

Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity
České Budějovice



Přípravenost sester na práci s pacientem cizincem

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Andrea Festová

Autor práce: Hana Vodičková

2007

Abstract

Nurses Preparedness for Work With a Foreign Patient

Our country used to be very closed and did not deal with the multicultural and multiethnic issue until 1989. Democratization of our society and opening of the border brought changes into nursing work. Nurses should be able to assess patients' reactions to their unsatisfied needs connected with their different culture.

Encounter of two cultures always comprises possibilities and risks. An aching spot of our education is the ability to communicate in foreign languages. The results of our educational system are decidedly very weak. The number of foreign language lessons is significantly lower than in other countries of The European Union.

The aim of my dissertation was to detect language preparedness of nurses to work with a foreign patient. Three hypotheses created the basis of my research. The first hypothesis traced nurses' unpreparedness from the language aspect. The second hypothesis was to confirm the solution of this problem through using communication tools. The third hypothesis was to prove that the starting point of care improvement is the issue of language studies.

The main research method was a questionnaire, a supportive method was a non-standard interview with foreign language lecturers from secondary schools and colleges. The result of my research confirmed all my hypotheses. The care of foreign patients becomes a common thing for nurses. The main language of communication is not only German or English, but also Russian. Foreign language lecturers agreed on a very low level of nurses' language skills. According to the European Reference Frame, nurses reach A1 level. Another problem is absence of translations of elementary nursing documentation. Nurses consider this and studies of languages to be the main change and starting point of the foreign patient care improvement.

Medical facility should keep track of language knowledge of the staff, use it and evaluate it financially. Also seminars on multicultural issues, creating of basic documents, and emphasising the studies of foreign languages would help the situation.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma **Přípravenost sester na práci s pacientem cizincem** v souladu s novelou zákona 111/1998 Sb. paragraf 47 b vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které uvádím v příložené bibliografii.

V Českých Budějovicích dne 10.5.2007

.....

Poděkování

Děkuji Mgr. Andree Festové za cenné rady, podněty a trpělivost, dále své rodině za podporu a pevné nervy.

OBSAH:

Úvod	3
1 Současný stav	5
<i>1.1 Migrace</i>	5
1.1.1 Historie – národnostní menšiny v ČR	6
1.1.2 Současnost – národnostní menšiny v ČR	6
1.1.3 Romové v české společnosti	8
1.1.4 Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu	9
1.2 Komunikace	10
1.2.1 Verbální komunikace	11
1.2.2 Neverbální komunikace	11
1.2.3 Druhy neverbální komunikace	12
1.2.4 Efektivní komunikace	16
1.2.5 Komunikace s klientem	16
<i>1.3 Transkulturní ošetrovatelství</i>	17
1.3.1 Základní používané pojmy v transkulturním ošetrovatelství	18
1.3.2 Transkulturní komunikace v ošetrovatelství	22
1.3.3 Specifika chování národnostních menšin	23
<i>1.4 Péče o pacienta cizince</i>	25
1.4.1 Sociologické hledisko v ošetrovatelské péči	25
1.4.2 První setkání zdravotníka s pacientem cizincem	26
1.4.3 Komunikace s pacientem cizincem	27

1.5 <i>Vzdělání a jazyková gramotnost</i>	28
1.5.1 Kurikulum české školy do r. 1989	28
1.5.2 Změny v obsahu vzdělávání po r. 1989	28
1.5.3 Statistika a srovnání	30
1.5.4 Vývoj vzdělávací politiky Evropské Unie	31
2 Cíle a hypotézy práce	32
2.1 <i>Cíl</i>	32
2.2 <i>Hypotézy</i>	32
3 Metodika	33
3.1 <i>Použitá metodika</i>	33
3.2. <i>Charakteristika sledovaného souboru</i>	33
4 Výsledky	34
4.1 <i>Dotazníková metoda</i>	34
4.2 <i>Řízený rozhovor</i>	59
5 Diskuse	61
6 Závěr	69
7 Seznam použité literatury	70
8 Klíčová slova	72
9 Přílohy	73

Úvod

Na základě svých zkušeností z praxe jsem se rozhodla zpracovat bakalářskou práci, týkající se problematiky připravenosti sester na práci s pacientem- cizincem. Naše společnost byla velmi uzavřenou zemí, která se v posledních 50 letech problémem multikulturality a jakéhokoliv multietnického soužití nezabývala. Ve školách jsme se nic podobného neučili, zavřené hranice nám neumožnily rozšířit zkušenosti osobní kontaktem a naše masmédia mezi své pracovníky nepřijala cizí nebo odlišné reportéry, hlasatele nebo herce. Nedožvěděli jsme se proto mnoho o skutečnosti, že každá národnostní či etnická skupina má vlastní historii, vlastní hodnotové vzory chování a jednání, které je velmi odlišné od naší „české normy“, a že při soužití obou může docházet k nedorozumění, nepochopení a konfliktu.(18)

Demokratizace naší společnosti spolu s otevřením hranic po roce 1989 jsou příčinou toho, že se ČR postupně stává nejen emigračním státem, ale také státem imigračním. Přichází k nám stále více cizinců, ať už za prací nebo podnikáním, aby našli ochranu před pronásledováním nebo válkou s tím, že zde chtějí dlouhodobě pracovat anebo se trvale usadit s celou rodinou.

Zdravotnická péče poskytovaná cizincům i migrantům je sice v ČR regulována speciálními zákony, jež musí zdravotníci znát a v praxi dodržovat, ale v běžné každodenní praxi se vyskytují specifické situace, které tyto zákonné normy neřeší a neupozorňují na ně, a právě ty se mohou stát předmětem případných konfliktů a žalob. Jedná se např. o některé specifické kulturní požadavky či rituální praktiky, na které naši zdravotníci nejsou připraveni, které neznají. Nejčastěji se jedná o specifické požadavky a nároky vznášené přímo pacientem či rodinou pacienta v souvislosti s jídlem, vyšetřováním a prováděním diagnosticko-terapeutických výkonů, s praktikováním náboženských rituálů v době hospitalizace, o rituály spojené s umíráním a smrtí, ale také v souvislosti s porodem, péčí o novorozence, s odnímáním tkání a částí těla, s pitvou apod. Kvalita ošetrovatelské péče je založena na uspokojování individuálních potřeb pacientů, což vyžaduje ošetrovatelský personál, který má odpovídající znalosti a dovednosti. Sestry by měly umět zhodnotit aktuální zdravotní stav a reakce pacienta na neuspokojené potřeby, včetně potřeb souvisejících s odlišnou kulturou, a podle toho

průběžně zajišťovat individuální péči. Zkušenosti z praxe však ukazují, že je to právě oblast lidských potřeb, kde sestřám chybí potřebné vědomosti a vzdělání.(20)

Nemocnice v Českých Budějovicích je jednou z mnoha krajských nemocnic, která jde s dobou a usiluje o respektování moderních trendů v ošetrovatelství. Izolace není možná, a čím se nám bude dařit lépe, tím více sem budou cizinci přicházet a s námi žít. Tento trend se nedá zastavit, a tak je nejvhodnější se systematicky připravovat a vést již děti k přijetí odlišnosti toho druhého jako samozřejmosti. Jako se musela před dvěma sty lety šlechta vzdát svých výsad a odlišností a panovníci se museli smířit se skutečností, že i jejich poddaní dovedou číst a psát a stěhovat se z panství na panství, tak si i Evropané musejí zvyknout na to, že jejich města se budou měnit, že vedle gotických chrámů se objeví i dosud nezvyklé svatyně, že jejich města budou „barevná“. Třeba se nám to bude časem líbit, budeme-li těm, kdo přicházejí, rozumět, budeme znát jejich zvyky, kulturu, jazyk, lépe porozumíme nejen jim, ale v blízké budoucnosti i svým vlastním potomkům, kteří budou mít s nově přicházejícími děti.(18)

1. Současný stav

1.1 Migrace

Migrace neboli pohyb obyvatelstva z míst na místo, z jedné země do druhé, provází lidstvo od samého počátku. Tlupy sběračů a lovců migrovaly podle ročních období, Adam a Eva byli vyhnáni z ráje, Židé hledali zemi zaslíbenou... Utíkalo se nebo odcházelo z rodných krajin vždycky a z různých důvodů. Od nás se většinou odcházelo do exilu, což je obvyklé označení pro ty, kdož opouštějí svoji zemi protože, že jsou v ní pronásledováni pro náboženské či jiné přesvědčení. Odhaduje se, že asi 2% světové populace jsou neustále v pohybu, tedy migrují odněkud někam nebo jsou na útěku. V současnosti se migruje z ostatního světa sem k nám, do Evropy, a to je pro nás viditelný a citelný rozdíl. Evropa je ve srovnání s jinými kontinenty bohatá, včetně naší země, České republiky. Hlavní příčinou současné migrace jsou tedy socioekonomické rozdíly mezi bohatými a chudými zeměmi. Mnohem méně významné jsou pro stěhování obyvatelstva válečné konflikty, politické pronásledování, náboženské boje, kmenové genocidy a ekologické katastrofy. Vedle médií nám zpřístupňují představu emigrace i poměrně pohodlné a rychlé dopravní prostředky. Ti, kteří odešli, o sobě dávají pravidelně vědět, píšou, posílají fotografie, někdy i peníze do původního domova. To všechno jsou viditelné důkazy, že v té jiné vzdálené zemi lidé žijí a že se tam žít dá. Migrace tedy vždycky byla a emigranti jsou přínosem, neboť vždycky migrují ze země do země ti schopnější, aktivnější, mobilnější, mladší a více kvalifikovaní lidé. Je-li jich ale příliš mnoho, přestěhují –li se v krátké době, neadaptují se, ale naopak podstatně mění jak svoje chování, tak i prostředí a kulturu země, do které přišli a kde se usadili. První emigranti se snaží co nejdříve a nejrychleji splynout, nežádají pro svoje děti vlastní školy, oblékají se tak, aby byli co nejméně nápadní. Když však jejich počet vzroste, mnozí z nich získají dobrý ekonomický statut, vzroste i jejich sebevědomí a ke své minoritě se pak hlásí. Sociálně nižší vrstvy tyto migranty oprávněně chápou jako nekalou konkurenci, neboť jsou levnou pracovní silou. Objevuje se vůči nim averze, včetně fyzických útoků. To vyvolává pocit nejistoty v minoritě, která se ještě více semkne. (18)

1.1.1 Historie-národnostní menšiny v ČR

Česká republika patří mezi státy, kde národnostní menšiny tvoří pouze 5% obyvatelstva. Tyto menšiny tvoří jak lidé, kteří jsou české většinové společnosti velmi podobní, tak i lidé, kteří mají jinou tradici, jinou kulturu a dokonce jiný antropologický zevnějšek. Mezi ně patří např. početná skupina Romů, ale i přicházející Arabové, Afričané a Asiaté. Některé národnostní menšiny žijí na našem území již delší dobu, jako jsou např. Němci, Poláci, Slováci, Maďaři, Ukrajinci, Bulhaři, Židé, Řekové a Romové, ale jsou zde i skupiny, které zde žijí teprve posledních deset či dvacet let, jako jsou Vietnamci, Arabové a Číňani. Poznání jejich kultury, tradic a historie přispěje k odhalení neznámého a pomůže vysvětlit některé jiné projevy chování a jednání; to ve svém důsledku pomůže snížit předsudky a stereotypy, které v naší společnosti vznikají.

Na území české republiky národnostní menšiny vznikly v důsledku migrace nebo politických událostí, konkrétně v důsledku rozpadu rakousko-uherské monarchie a vzniku nástupnických států, k nimž patřila i bývalá Československá republika, ale také v důsledku zániku československé federace. Obraz českých zemí doznal nejvýraznějších změn po druhé světové válce, kdy došlo k vysídlení německého obyvatelstva. Z výsledků sčítání lidu v roce 1991 vyplynulo, že respondenti v ČR uvedli příslušnost téměř k 20 národnostním menšinám, což v souhrnu činí 5,2% jiného než českého etnika. V souvislosti s postavením národnostních menšin v našich zemích po druhé světové válce je nutno zdůraznit, že Ústava Československé republiky se o otázce národnostních menšin vůbec nezmiňovala. Pouze bylo povoleno zřídit tři národnostní organizace pro polskou, maďarskou a ukrajinskou národnostní menšinu. Zásadní změny v postavení národnostních menšin v našich zemích nastaly po listopadu 1989 a následně v roce 1991 přijetím Listiny základních práv a svobod, jež se také stala součástí ústavního pořádku ČR.(2). Při sčítání v roce 2001 se přihlásilo k jiné než české národnosti 5,8 % osob. Poprvé byla také dána možnost uvést více národností než jednu.

1.1.2 Současnost - národnostní menšiny v ČR

Na území ČR žijí tyto menšiny : bulharská, chorvatská, maďarská, německá, polská, rakouská, romská, rusínská, ruská, řecká, slovenská a ukrajinská. Dále existují

další etnické a národnostní skupiny, avšak nejedná se menšiny, neboť jejich příslušníci nejsou občany ČR – jde např. o Vietnamce, Rumuny. Nejmenší skupiny představují Bulhaři, Chorvati, Rusíni a Řekové – dohromady jen několik tisíc obyvatel. Naopak nejpočetnější minority jsou Slováci a Romové. Všechny národnostní menšiny patří do třetí skupiny . tj. nepřevyšující 3% populaci ve státě. Z toho vyplývá, že ČR je státem silně národnostně homogenním.

Současná etnická struktura populace v ČR je pestřejší, než uvádí přehled zákonem uznávaných národnostních menšin. Z cizinců jsou to především:

Vietnamci, jejichž počet je odhadován na 20 000-30 000 osob

několik desítek tisíc Ukrajinců, převážně stavebních dělníků, z části s nelegalizovaným pobytem

přesně nezjištěný počet Rusů, převážně podnikatelů a jejich zaměstnanců, zejména v Praze a v Karlových Varech

pestrá směsice dalších cizinců – Němci, Američané, Irové, Italové aj. –převážně obchodníci, učitelé jazyků, žurnalisté

skupina Mongolů, která žije na jižní Moravě , hlavně v okolí Znojma

po roce 1993 přesídlilo do ČR přes 1000 krajanů z Kazachstánu, Ukrajiny a Rumunska, kteří žijí rozptýleně v různých oblastech

Kromě toho jsou v České republice ještě cizinci-uprchlíci. Jsou to cizinci chráněni mezinárodním právem, z nich většina se nachází v humanitárních střediscích Ministerstva vnitra ČR. V letech 1990-1998 prošlo uprchlickými tábory přes 14000 těchto osob. Jejich počet se ještě zvýšil v důsledku války v Jugoslávii v roce 1999 a jiných konfliktů. Část osob jsou lidé zadrženi při nelegálním přechodu hranic České republiky, zejména do Německa nebo odtud navrácení. Žadatelé o azyl jsou ze všech kontinentů, nejvíce je zastoupena Evropa, za ni Asie, pak Afrika a Amerika. K 30.6.2006 evidovala ředitelství Služby cizinecké a pohraniční policie MV ČR 296 tis. cizinců., z toho 32% představovali občané Ukrajiny, 18% občané Slovenska a 13% občané Vietnamu. Trvalý pobyt mělo na 125 tisíc cizinců.(20)

Většinový český vztah k menšinám i imigrantům, k poskytování azylu a vůbec k jinakosti se pochopitelně jen pomalu vzpamatovává z půlstoletého spánku. Je to dáno

především všeobecným nedostatkem kapitálu v české společnosti. Po půlstoletí tu lidé byli soustavně obírání o důvěru v sebe sama, o vzájemnou důvěru v ty druhé, v důvěru v základní sociální instituce a nakonec i o důvěru v budoucnost. Imigrační politika bývala v evropských zemích naprosto na okraji zájmu, existovala-li vůbec, bývala to agenda USA a snad Austrálie. Dnes patří právě v Evropě ke klíčovým otázkám volebních kampaní. Je to ovšem jen neúčinný pokus přenést problém na hranice, když už je uvnitř. Imigrace se stala tak citlivou otázkou proto, že evropské společnosti cítí ohrožení své sociální koheze problematickým soužitím etnik.(9).

1.1.3 Romové v české společnosti

V České republice tvoří Romové početně nejvýznamnější etnickou menšinu. K romské národnosti se v roce 2001 přihlásilo 12 tisíc občanů. Skutečné množství Romů je však ve skutečnosti výrazně vyšší. Střízlivé expertní odhady se pohybují na úrovni 200-300 tisíc (cca 2-3% obyvatel) a jsou i odhady vyšší. Bereme-li tyto odhady vážně, nemůžeme se existencí Romů v ČR nezabývat. Historické a etnografické analýzy vypovídají o tom, že Romové nikdy nebyli považováni za rovnocenné příslušníky české společnosti či právoplatné občany českého státu, ale že jejich místo bylo na okraji. Nikdy v minulosti sami sebe profesionálně neorganizovali, nepokoušeli se vytvořit národní nebo státní útvar, jejich společenství tvořila vždy rodina, případně kmen, ale nikdy to nebyla organizace pro hájení společných romských zájmů. Tím vším romská komunita byla a je vystavena vysokou měrou riziku sociálního vyloučení. Během 20. století bylo postavení romské komunity otřeseno třemi událostmi, jejich důsledky se sebou navzájem souvisely a podnítily se: vyvraždění většiny usedlé(povětšinou integrované či asimilované) populace v koncentračních táborech za druhé světové války, socialistický experiment násilného přesídlení velké části v ČR žijící romské komunity z rurálního prostředí slovenských osad do průmyslových městských sídelních zón a nakonec tržní transformace, v důsledku níž ztratili v masovém měřítku práci. To vše souvisí se sociální oblastí a následně zdravotním stavem Romů. Romové využívají medicínských služeb v nižší míře než většinová

populace. Jedním z důsledků sociálního vyloučení je horší zdravotní stav dotčené populace. (14)

1.1.4 Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu .

Uspokojování potřeb člověka se realizuje prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Ošetrovatelský proces je jednak myšlenkovým algoritmem sestry při plánování ošetrovatelských aktivit, jednak systémem kroků a postupů při ošetrování nemocného. Sestry se zabývají člověkem jako celkem, jako bytostí bio-psycho.sociální, bytostí holistickou, ne pouze souborem částí a celků (5). Potřeba jako projev nedostatku vyjadřuje stav organismu; vyjadřuje jednak určité nedostatky biologické /nedostatek, jídla, pohybu, odpočinku/, jednak nedostatky v sociálním životě jedince/zázemí, opora, projevů úcty, lásky apod./. různými psychology jsou sestaveny různé indexy potřeb. Abraham Maslow vytvořil teorii motivace, ze které vychází jeho hierarchická teorie potřeb. Podle ní má každý jedinec individuální systém motivů, který je hierarchicky uspořádán. Do hierarchického systému potřeb dle Maslowa patří fyziologické potřeby, potřeba jistoty a bezpečí, potřeba lásky a sounáležitosti, potřeba uznání ocenění a sebeúcty, a potřeba seberealizace, sebeaktualizace.

Odpověď na otázku, zda se uspokojují biogenní fyziologické potřeby, je většinou objektivním úsudkem sestry, ale může být subjektivní pro nemocného. Existuje celá řada faktorů, které znemožňují, znesnadňují, narušují a popř. mění způsob uspokojování potřeb člověka. Patří mezi ně nemoc, individualita člověka, mezilidské vztahy, vývojové stadium člověka a okolnosti, za kterých nemoc vzniká. Nemoc brání často lidem v uspokojování jejich potřeb a sama modifikuje způsob vyjádření a možnosti jejich uspokojování. Nemocní často zaměřují veškerou svoji pozornost na fyziologické potřeby /na „přežití“/ a přechodně se nezabývají potřebami jinými. V širokém slova smyslu existují kultury, u jejichž příslušníků nejsou vyvinuty vlastnické potřeby, které jsou naopak vyvinuty u příslušníků západní kultury. S určitými formami a s jeho ekonomickými podmínkami jsou spojeny určité charakteristické motivy činnosti, např. vystěhovalectví, revoluce, podnikání. U příslušníků všech kultur vystupují tytéž

biologické potřeby / hlad, sex, spánek/, ale směřují k různým způsobům uspokojování.
(1,22)

1.2 Komunikace

Komunikace je základní společenský proces, který můžeme charakterizovat jako odevzdávání významů mezi lidmi. Základem je mezilidské spojení, to znamená přenos od člověka k člověku. Komunikací obecně rozumíme způsob, kterým lidé navazují vzájemný kontakt a oznamují si své myšlenky, citové zážitky a postoje. Etymologicky slovo poukazuje na latinský původ (communicare by se dalo přeložit do češtiny jako spolupodílet se na něčem, doručovat, propůjčovat, dávat a přijímat, sdílet s někým, něco někomu dát, dopřát). Rozdíly v komunikaci jsou dány samotnou lingvistickou rozrůzněností lidstva, tedy tím, že národy a etnika používají odlišné jazyky. Dále rituály a konvencemi spjatými s užíváním těchto jazyků v sociálním styku a také konotacemi, tj. doprovodnými významy komunikovanými prostřednictvím jednotlivých jazyků. (20)

Pro každý jazyk je základním sdělovacím prostředkem řeč mluvená. Řeč psaná je sekundární formou, kterou mnoho jazyků ani nemá. Lidé dané etnické a kulturní skupiny hovoří plynule jazykem svojí skupiny, ale nemusejí ovládat jazyk kraje, ve kterém žijí, případně ve kterém se momentálně nacházejí. Dostávají-li se takovíto jedinci do nemocničního zařízení a nejsou schopni na základě neznalosti jazyka vyjádřit svoje těžkosti, popsat problémy a porozumět instrukcím, dochází k neuspokojování potřeby komunikace. Tyto jazyková bariéra a s ní související nedostatek může vyvolat frustraci, strach, úzkost, hněv, smutek a mnoho dalších nepříznivých emočních stavů, které jsou projevem neuspokojené potřeby jistoty a bezpečí, jež jsou řazeny mezi základní lidské potřeby (22).

Mezikulturní/interkulturní/ komunikace se odlišuje podstatně od monokulturní komunikace, tj. probíhající mezi příslušníky téže kultury. Subjekty mezikulturní komunikace vstupují do komunikačního procesu s odlišnými, kulturou determinovanými kognitivními a emocionálními strukturami, s odlišnými způsoby vnímání a hodnocení skutečnosti(3). Komunikace se dělí na verbální a neverbální. Při

verbální komunikace se používají slovní výrazy mluvené či psané. Při neverbální komunikaci se používají mimoslovní prostředky, jako jsou např. pohledy, gesta, dotyky, prostorové umístění (18).

1.2.1 Verbální komunikace – komunikace pomocí slov

Verbální komunikace je specificky lidský způsob komunikace, který má formu mluvené nebo psané řeči, tedy formu jazyka. Z historického i vývojového hlediska je nejmladším a nejvyspělejším komunikačním kanálem. Postupně získala dominantní postavení v dorozumívacím procesu. Verbální komunikací rozumíme dorozumívání se pomocí slov. Jde přitom o výběr, kombinování a produkci jazykových znaků. Sdělení jsou tedy kódovaná do mluveného nebo psaného textu, jako přenos slouží akustický a optický kanál. Verbální komunikace je zprostředkovaná jazykem a jeho významem.

K verbální komunikaci řadíme:

- 1.komunikaci zvukovou /ústní, mluvená/
- 2.komunikaci grafickou /písemná/

Znalost cizího jazyka vyžaduje schopnost mluvit v cizím jazyce, pochopit významy slov cizího jazyka, schopnost číst v cizím jazyce a schopnost písemně komunikovat v cizím jazyce. Rozdíl mezi pojmy jazyk a řeč je v tom, že zatímco jazyk má jen jeden rozměr, řeč má čtyři – tři rozměry prostoru a jeden rozměr času. Jazyk je návod, řeč je praktické použití jazyka v komunikaci. Jazyk a řeč je třeba chápat jako vzájemně propojené entity. Když užíváme mateřský jazyk, neuvědomujeme si ho jako systém pravidel, ani jako osobnostní výbavu. Jazyk je pro nás především prostředkem dorozumívání se, prostředkem, který umožní najít s komunikačním partnerem „společnou řeč“. Společným jazykem se dorozumíváme tehdy, když používáme pojmy, které mají blízký obsah, a slova, která jsme použili, se ním v mysli dekodují se stejným subjektivním významem. Při komunikaci v multikulturním prostředí se je schopnost najít společnou řeč obzvláště složitá. Různorodost jazyků vždy způsobovala dorozumívací problémy. Lidé sice mohou technicky zvládnout jiný jazyk, přesto neporozumí kultuře národa či etnika, a tím mohou vznikat interkulturní komunikační bariéry(11,20).

1.2.2 Neverbální komunikace – mimoslovní

Lidé se nedorozumívají jen pomocí slov, ale také pomocí celé řady různých projevů, které můžeme souborně nazvat mimoslovní či neverbální komunikace neverbální komunikace tvoří opticko-kinetický systém znaků. Sdělení kódujeme do gest, mimiky, vzájemné vzdálenosti, doteků, pohybů, oblečení aj. Přenos se děje především optickým a taktilním kanálem. Neverbální komunikace je nejpůvodnější způsob sociálního chování. Nehovoříme jenom slovy, také tón hlasu a signály řeči těla jsou velmi důležité. Je obecně známo, že když spolu mluví dva lidé, tak 7% veškerých informací sdělujeme prostřednictvím slov, 38% prostřednictvím tónu hlasu a 55% pomocí řeči těla. Dokonce platí zásada, že když je výraz naší tváře nebo tón hlasu v rozporu s našimi slovy, posluchač obvykle vnímá a přijímá to, co sdělujeme neverbálně. Význam neverbálních znaků je podmíněn kulturou, dobou, sociální skupinou a prostředím. Podle dráhy, kterou komunikace probíhá, rozlišujeme tyto kanály:

optické – gesta, pohledy, dotyky

taktilní – dotyky

akustické – parajazykové projevy

čichové – vůně pachy

chuťové – sladký, hořký, ostrý

1.2.3 Druhy neverbální komunikace / s uvedením některých interkulturních rozdílů/

Mimika – komunikace výrazem tváře. Lidská tvář je bohatým komunikačním prostředkem. Mimikou obličeje dokážeme vyjádřit sedm základních emocí, které nazýváme primární mimické výrazy: štěstí – neštěstí, neočekávané překvapení – splněné očekávání, strach a bázeň – pocit jistoty, radost – smutek, klid – rozčílení, spokojenost – nespokojenost až znechucení, zájem – nezájem. Dále na lidské tváři rozeznáváme tři základní mimické zóny. Z nejvyšší partie obličeje, oblasti čela a očí, se dá určit překvapení. Ze střední, nejdůležitější partie obličeje, oblasti očí a víček, lze zachytit vyjádření strachu a smutku. Z dolní oblasti obličeje, zahrnující tvář, nos a ústa lze poznat pocity radosti, zlosti či napětí. (20). Žádná část těla není výrazově tak bohatá

jako tvář. Pocity radosti, smutku, strachu, překvapení, zlosti či hnusu se odrážejí nejvíce na tváři. Svaly okolo očí a úst jsou zvláště výrazově bohaté. Přestože se učíme tyto svaly ovládat, aby mohli zprostředkovat okolním lidem různé pocity, běžní lidé je nedokáží vědomě řídit. Klient – pacient si velmi všímá výrazu tváře sestry, hlavně když se cítí špatně či nejistě. Ptá-li se na obávaný diagnostický závěr, vždy pozoruje sestru či lékaře, zda se mu bude přitom dívat do očí, anebo uhne pohledem. Překonal-li někdo znetvořující operaci, bude hledat v tváři sestry projevy zhnusení. Zdravotníci podobně jako herci si musí dávat pozor na výraz tváře a co jím předávají druhým. Mnoho výrazů má univerzální význam. Úsměv znamená štěstí. Sklopené koutky úst, oči směřující výše a hlava dozadu vyjadřuje pohrdání. Kontakt očima je základním výrazovým prostředkem tváře. Vzájemný kontakt očima potvrzuje poznání druhého člověka a vůli udržet komunikaci. Člověk, který se cítí slabší či neschopný obrany, často zrak odvrátí nebo přeruší, pokud na druhé straně cítí zastrašující či dominantní pohled.(10)

Z množství mimických projevů je pro vztah klient sestra nejdůležitější úsměv. V e zdravotnictví bývá klient často v roli závislého, má submisivní postavení. Personál je naopak v dominantním postavení. Úsměv pomáhá obrušovat hroty sociální nerovnováhy. Úsměvem sestra navozuje atmosféru uvolnění, důvěry, sdílnosti a optimismu. Takto je chápán úsměv především v našem evropském prostředí a v severní Americe. Evropané a Američané jím vyjadřují své sympatie, přátelství, dobrou náladu, dobrý úmysl. V Asii v kultuře Japonců, Korejců ,Vietnamců je často výrazem nejistoty, omluvy, rozpaků a zmatku. Úsměv tam často vyjadřuje omluvu v případě, že dotyčný nerozuměl tomu, co bylo řečeno. V praxi při neznalosti kulturní podmíněnosti se můžeme setkat s tím, že se snažíme příslušníkovi uvedené kultury něco vysvětlit a on se začne usmívat a pokyvnout hlavou. Pro Evropana je to signál, že problém dobře vysvětlil, ale jen do té chvíle, než zjistí, že dotyčný neporozuměl ani slovo z jeho projevu (20).

Haptika – hmat a dotek , jde o vyjádření taktilního doteku, tj. doteku „kůže na kůži“. Dotyková komunikace se realizuje hmatem. Jde o stimulaci receptorů, které mají své zakončení v kůži. Význam dotekové komunikace se mění v závislosti na tom, koho se dotýkáme, které části těla, jak se dotýkáme a v jaké situaci. Dotyková komunikace je

mnohovýznamová a patří k nejzákladnějším formám dorozumění(16).U některých etnik hraje významnou roli v komunikaci i pozdrav. Kupříkladu na rozdíl od Evropanů, kteří si při setkání podávají ruku, v kultuře asijských národů je tělesný kontakt při pozdravení tabu. Ale i mezi Evropany je rozdíl. Obyvatelé Středomoří / Francouzi, Španělé, Italové/, pokud jsou přátelé či známí, se při setkání líbají na obě tváře, a to příslušníci obou pohlaví. Ale k tomu dochází i v jiných kulturách, např. v Gruzii, setkají –li se známí na ulici, políbí se vzájemně muži (6).

Proxemika – sdělování přiblížením a oddálením, jde o vyjádření prostorové blízkosti. Může, aniž jsme si toho vědomi, vyvolat obavy nebo zlost, pocity nepřátelství či nepochopení. Přitom nemusí být vyřčeno ani jedno slovo. Při kontaktu s cizincem je třeba se ujistit, že jsme zvolili odstup odpovídající kultuře a povaze vztahu. V neverbální komunikaci rozeznáváme 4 základní proxemické zóny:

Intimní zóna – v této sféře vnímáme ostře čichové a dotykové vjemy, splývá s těsným hmatovým dotekem /lidé držící se za ruce, matka s dítětem.../.

Osobní zóna - jde o vzdálenost dodržovanou při setkání s neznámým člověkem. Velikost osobní zóny je kulturně podmíněna. Japonci a Vietnamci žijící v „přelidněném prostředí mají osobní sféru menší, než Kanadčané, Australané a Angličané.

Sociální zóna – tuto vzdálenou používají lidé při služebním nebo obchodním styku, umožňuje vidět celou postavu člověka.

Veřejná zóna – z této vzdálenosti je možno dobře zaujmout posluchače pomocí gest a pohybu v prostoru, např. učitel ve třídě, herec na jevišti.(20)

Posturologie -vyjadřuje držení těla, postavu. Každá kultura má své zvláštnosti při preferenci určitých postur. V naší kultuře se postoj člověka s rukama zkříženými přes hrudník považuje za obranu, pro obyvatelé Rádži je tento postoj známkou respektu. Ve francouzské kultuře není postoj člověka, při kterém má ruce v kapsách, pokládán za projev dobrého vychování. Směrem na sever, ve Finsku, je to už ale projev nezdvořilosti.Podobně vnímá vložení rukou do kapes i indonéská kultura. (Postoj s rukama v kapsách je projevem nezdvořilosti, postoj, při kterém má osoba své ruce na svých bocích, je morálním prohřeškem).

Kinezika – zabývá se všemi druhy pohybů lidského těla. Lidé obvykle hodnotí jiného člověka i dle jeho pohybů. Jestliže se chceme chovat slušně například vůči Vietnamcům, měli bychom dělat pomalé klidné pohyby a věci podávat s úctou ke druhým. Jenom pohyby, které nejsou ovládány afektem, jsou ve vietnamské kultuře pokládány za slušné a uctivé. Stejně neslušné je v této kultuře položení si nohou na stůl, přehození nohy přes nohu či smrkání na veřejnosti do kapesníku, to platí i o Japonsku.

Gestika – řeč rukou, gesty se rozumí pohyby, které mají výrazný sdělovací účel. Doprovázejí slovní projevy nebo je zastupují. Jde o pohyby kterékoliv části těla, nejen rukou. Gesta jsou ovlivňována vědomím – gesta vědomá, dále kulturou, sociálními vlivy a dědičností. Některá gesta mají svůj vlastní význam. Např. kroužek z prstu neboli gesto „OK“, se rozšířilo ze Spojených Států a v tamní a v naší kultuře je známo jako „všechno v pořádku!“. Ovšem ve Francii znamená nic nebo nulu, v Japonsku peníze a v zemích mluvící španělsky naznačuje symbolicky, že určitý muž je homosexuál. Dále naše kultura zakazuje ukazovat na někoho prstem.. Ve Vietnamu je námi často používané gesto pokynutí ukazováčkem na někoho, koho chceme přivolat, považováno za neslušné, tak se v tamní kultuře volá jenom na psa.

Pohledy – oboustranný zrakový kontakt je nejhlubší neverbální projev. Oči slouží jako přijímač informací a také jako jejich vysílač. V naší středoevropské kultuře, stejně jako v americké, se oční kontakt hodnotí jako projev pozitivního sebehodnocení, otevřené mysli, zájmu o druhé, věnování pozornosti jiným, projev čestnosti. V Německu se při rozhovoru vyžaduje udržování přímého očního kontaktu, což je pokládáno za projev toho, že posloucháme a souhlasíme s mluveným. Ohlížení se vevnitř místnosti je pokládáno za stejně neslušné jako otevření si dveří bez dovolení. Finové se při rozhovoru dívají jeden na druhého, ale oční kontakt je také přerušován. Rusové udržují při vzájemné interakci přímý oční kontakt. Neudržení očního kontaktu s partnerem je projevem nečestnosti. U Australanů se přímý pohled z očí do očí střídá s pohledem mimo hovořícího, což je projevem zájmu. Pohled je důležitým faktorem také v ošetrovatelství a medicíně vůbec. Vyšetření pohledem patří k nejvíce používaným fyzikálním metodám ve zdravotnické praxi. Pohled otevírá komunikační kanál a je to zároveň nejhlubší forma sociálního kontaktu.

Paralingvistika – je disciplína, zabývající se prajazykovými projevy, tedy souborem vokálních a hlasových projevů. Patří sem barva, výška, melodie a síla hlasu a časové charakteristiky hlasového projevu. Každý jazyk má svůj vlastní způsob používání paralingvistických projevů. Čím je národ pokládán za temperamentnější, tím více využívá paralingvistické projevy v řeči. V Dánsku je například žádoucí do konverzace vsouvat pauzy ticha. U Vietnamců není důležité, co se přesně říká, nýbrž musí být jasné, že hovořící chce spolupracovat. Ostrá a hlasitá komunikace je ve vietnamské kultuře považována za nevhodnou a nepříjemnou.

Komunikace úpravou zevnějšku – rozuměno je všechno, co můžeme zjistit ze způsobu oblečení, účesu, kosmetiky, značky auta, bydlení, preference barev atd. Kultura se výrazně podepisuje na oblečení člověka. I když je dnes odívání ovlivňováno módou, stále na něm zůstává rukopis kultury. Kultura ovlivňuje i to, která část lidského těla má zůstat zahalená. V Indii je obnažení ramena nebo horní části ruky považováno za nemravné. Velká část muslimských žen nosí dodnes oděv zvaný sádor, který jim zahaluje celé tělo, kromě očí. I muslimky, které se pokládají za liberální, si zahalují aspoň vlasy (20).

1.2. Komunikace efektivní

Při efektivní komunikaci nedojde ke zkreslení informací a komunikující partneři si rozumí. Je podmiňována naplněním sedmi bodů – „sedmi C“:

- Credibility – důvěryhodnost, klient spoléhá na kompetentnost údajů
- Context - kontext musí odpovídat sdělení, nebýt s ním v rozporu
- Content – sdělení musí mít význam, musí být relevantní pro jeho situaci
- Clarity – sdělení musí být vyjádřeno jasně, v jednoduchých pojmech
- Continuity and consistency – kontinuita a konzistence, neustálé opakování v nikdy nekončícím procesu
- Channels – vytvořené komunikační kanály je třeba náležitě využívat, tvorba nových je velmi složitá
- Capability – schopnost veřejnosti, což předpokládá znát zvyky klienta, přijímání informací, znalostí apod.

1.2.5 Komunikace s klientem

Komunikace s klientem probíhá jako cyklický proces. Při každé konzultaci s klientem bychom měli dosáhnout konkrétních cílů. Tate 2005/ tyto cíle shrnuje do pěti hlavních úkolů:

- 1/objevit důvody, proč klient přišel
- 2/ definovat klinický problém
- 3/ věnovat pozornost problémům klienta
- 4/ vysvětlit klientovi problém
- 5/ využít daného času efektivně

Nejčastěji a neúmyslně dochází také k překroucení informace, prostou nepozorností poslouchajícího. Jiným důvodem může být chyba ve špatné výslovnosti, slovosledu, neadekvátní intonace. Příkladem může být situace, kdy lékař předepisuje léky pro pacienta a říká sestře, že pacient užívání dobře zná. Sestra odejde do své kanceláře a pacientovi doporučí, aby léky užíval do března. Také zpětná vazba- otázka „ Rozumíte mi?“ je nedostatečná, protože většina dotazovaných odpoví, že ano. Vhodnější formou je prosba o zopakování pochopeného, vysvětlení apod.

Komunikační zahlcení – může být spojeno s nedostatečnou diagnostikou schopností posluchače. Komunikační klíč je třeba přizpůsobit aktuálnímu psychickému a fyzickému stavu klienta z hlediska nemoci, ale také věku, vzdělání atd. není možno podat stejné penzum informací dítěti a dospělému, stejně jako pacientovi při přijetí a v době propuštění z hospitalizace. (15)

1.3 Transkulturní ošetřovatelství

Pojem transkulturní ošetřovatelství významově znamená „přesahující“ hranice kultury, kdy střetávající se kultury se navzájem ovlivňují a jsou mezi nimi popsané identifikované prvky. Dříve byla snaha přijmout koncepci asimilace migrantů, tyto snahy se však ukázaly jako málo efektivní. Na základě kritiky této koncepce se přijal koncept multikulturalismu (60. a 70. léta 20. století). V 80. letech se dospělo ke zjištění, že ani multikulturalismus nevede k rovnoprávnému soužití, ale spíše se prohlubuje izolovanost cizinců, vytvářejí se cizinecká ghett, objevují se tendence ke

společenskému znevýhodňování a sociální segregaci. Moderní pluralitní společnosti tedy lépe vyhovuje koncepce transkulturalismu. Staví totiž do centra pozornosti nikoliv pouze kulturu, ale obousměrnou interakci mezi majoritní společností a cizí minoritními skupinami.

V oblasti zdravotnictví na významu nabývá interakce mezi zdravotníkem a pacientem, jeho rodinou, komunitou. Důležité je hledání společných nebo blízkých kulturních hodnot. Z těch je možné vyjít při budování vzájemného vztahu respektu, důvěry, tolerance a porozumění. (19)

1.3.1 Základní používané pojmy v transkulturním ošetřovatelství

V souvislosti s transkulturní tematikou by pro veřejnost měly být upřesněny základní pojmy, které jsou dosud vnímány nepřesně či vágně, a proto je nezbytné vysvětlit jejich význam i základní rozdíly. Pojmy se často prolínají a je nutné je pozorně vnímat a v případě potřeby se k nim vrátet.

Etnikum, etnická skupina znamená kulturně definované a diferencované skupiny lidí. Všemi těmito termíny se často označuje také národ, národnost, národnostní menšina, kmen, ale to je nepřesné, neboť ne všichni příslušníci jednoho etnika jsou příslušníky stejného národa. Etnická skupina je společenství, v němž je účast téměř vždy dána zrozením jehož členové sdílejí pocit sounáležitosti. Jde o označení historicky vzniklé skupiny, sociálního celku se společnými a specifickými etnickými rysy, mezi které patří především rysy jazykové, kulturní, náboženské, barva pokožky, národní nebo geografický původ předků aj. v etnických skupinách jsou udržovány stálé, jednou provždy dané a během společenského vývoje schválené a osvědčené způsoby existence skupin. (20)

Etnicita - souhrn vlastností či znaků vymezující etnikum

Etnická příslušnost – sounáležitost jednotlivce s etnickým společenstvím, rozumí se postoje, zvyklosti, hodnotový systém, jazyk, teritorium aj.

Etnické vědomí – vědomí sounáležitosti s určitou etnickou skupinou. Je-li povýšeno na jediné správné vědomí, hovoříme o etnocentrismu. Ten je obecně považován za projev fundamentálního postoje jedné kultury vůči druhé. (20)

Kulturní šok - tento pojem se označuje pro psychickou reakci, kterou prožívá člověk přemístěný do kultury velmi odlišné od jeho vlastní, nebo od kultury, na kterou je zvyklý. Odehrává se ve 4 fázích: 1. fascinace novými lidmi a novou kulturou 2. krize – období, kdy život v nové kultuře se stává složitým 3. poznání – učí se zvládat nové situace, komunikovat, řešit problémy 4. přizpůsobení se – je to období, kdy se člověk opět těší z nové kultury, váží si jí i lidí kolem sebe. Tvrdíme-li, že systém profesionální zdravotnické péče je subkulturou, pak je třeba připustit, že i v tomto prostředí mohou mít jedinci problémy s kulturní adaptací a mohou prožívat kulturní šok. (20)

Rasa – antropologický termín, vztahující se k druhové diferenciaci lidských plemen. Jde o souhrn společných dědičných rysů, jimiž se vyznačuje jistá skupina lidí. V dnešní době se dělení určuje na tři hlavní rasy – kavkazoidní, mongoloidní a negroidní.

Rasismus – ideologie představující soubor koncepcí vycházející ze strachu z cizího/xenofobie/, předpokládá fyzickou a duševní nerovnost lidských plemen/ras/ a rozhodující vliv rasových odlišností na dějiny a kulturu lidstva. Všechny rasové teorie jsou podloženy představou, že lidstvo je původně rozděleno na nižší a vyšší rasy. Rasismus byl v průběhu historie využíván jako ideologický základ pro agresivní chování, expanzi, ovládání a vykořisťování. (18)

Rasismus existuje všude, kde žijí lidé. Neexistuje žádná země, která by mohla tvrdit, že v ní není rasismus. Rasismus je součástí lidské historie. Je to jako nemoc. Je lepší ji znát a naučit se ji vypudit, odmítnout. Člověk se musí kontrolovat a říkat si „jestliže se bojím cizince, on se mě bojí také“. Jsme vždy něčím cizincem. Naučit se žít společně znamená bojovat proti rasismu. Boj proti rasismu musí být každodenní úvaha. Slova jsou nebezpečná. Některá se používají, aby zranila a ponížila, aby podnítila nedůvěru a dokonce i nenávisť. U některých se překroutí původní význam, a podporuje se tak hierarchie a diskriminace. Jiná jsou krásná. Boj proti rasismu začíná u práce s jazykem. Tento boj vyžaduje kromě jiného vůli, vytrvalost a fantazii. Každá tvář je svým způsobem zázrak. Je jedinečná. Nikdy se nenajdou dvě úplně stejné. Co záleží na krásě, barvě, ošklivosti? Každá tvář je symbolem života. Každý život zaslouží respekt. Když respektujeme lidskou bytost, vzdáváme tím hold životu, všemu, co je v něm krásné,

úžasné, odlišné a neočekávané. Když jednáme s ostatními důstojně, ukazujeme tím, že respektujeme sami sebe. (6)

Rasová diskriminace znamená jakékoliv rozlišování, vylučování, omezování a znevýhodnění založené na rase, barvě pleti či národnostním nebo etnickém původu, jehož cílem a následkem je znemožnění nebo omezení uznání, užívání a uskutečňování lidských práv a základních svobod. Zahrnuje dva druhy, : diskriminaci úmyslnou a diskriminaci strukturální. Obsahem prvního druhu je úmyslné chování s konkrétním obsahem např. upírání určitého druhu zaměstnání. V druhém případě jde o chybu systému, který nepočítá s odlišnostmi a možnostmi, např. vzdělávací systém nebere v úvahu jazykové možnosti Romů(4,18).

Rasové násilí– pod tímto termínem se rozumí násilné chování s rasovým motivem, jehož objektem je neindividualizovaný příslušník rasově odlišné skupiny (18)

Xenofobie – jde o soukromý svobodný pocit či postoj, spojené s pocity strachu z toho, kdo přichází odjinud, z cizího prostředí. Je to způsob posuzování jiných na základě tradice své etnické či národnostní skupiny. Je základem různých nenávistných ideologií- rasismu, šovinismu, fašismu apod.(18)

Národ - je osobitě a vědomě kulturní a politické společenství, na jehož utváření mají největší vliv společné dějiny a společné území. Prolínají se zde kritéria kulturní /spisovný jazyk, náboženství, dějinná zkušenost/ s kritérii politické existence a psychologickými /příslušnost k národu, vlastenectví, nacionalismus/.

Národnost v současném světě je chápána ve dvojím smyslu, a to ve smyslu etnickém a politickém. Právní skutečností je udělení státního občanství, která se získává narozením, sňatkem nebo na základě určité doby pobytu v dané zemi (20).

Národnostní menšina -vzniká za zvláštních okolností, často v důsledku přelomových společensko politických událostí. Disponuje silným národním vědomím, které se opírá o historické, jazykové a kulturní tradice mateřského národa. Jako jedno z klasifikačních kritérií národnostních menšin se mnohdy uplatňuje hledisko relativního počtu. Podle toho se vymezují tři skupiny národnostních menšin:

1. početnost přesahuje 10% obyvatelstva státu

2. společenství v rozsahu 3-10% populace příslušného státu

3. společenství nepřevyšující 3% populace příslušného státu

Jednotlivé národnostní menšiny se nejčastěji řadí do třetí skupiny, v demografické skladbě může vystupovat několik národnostních menšin. Charakteristickým znakem je především predispozice výrazného národního vědomí a různorodá fixace nemateřský národ. Hlavní důraz je kladen na jazykové právo, šíření a přijímání informací v mateřském jazyku, vydávání vlastních tiskovin, právo na kulturní rozvoj a sdružování v občanských sdruženích nebo hnutích. (1). Obecně je výraz národnostní menšina užíván k tomu, aby bylo možno zařadit všechny typy a kategorie etnických společenství, tedy malá etnika nedisponující vlastním národním státem např. Baskové, dále části velkých státních národů sídlící na území jiného státu např. Španělé na území Francie, a také specifické případy na pomezí etnografické či sociální skupiny např. Romové a Židé. Pojem menšiny se však užívá i v jiných významech. Může označovat skupinu homosexuálů, nezaměstnaných, tělesně postižených, seniorů stejně jako skupinu etnicky či národnostně odlišenou. (20)

Spiritualita, náboženství a duchovní zdraví

Duchovní rozměr bytí a náboženské přesvědčení jsou významné fenomény v životě mnoha lidí různých kultur. Víra a náboženství ovlivňují způsob života, životní hodnoty, názory a postoje, vztahy k sobě a druhým a také vztah k životu, k chorobě i ke smrti. Některá organizovaná náboženství nevyžadují jen vyznávání a praktikování víry, ale jsou pro své stoupence smyslem a stylem života. Jiné skupiny podporují medicínskou léčbu, ale mají své specifické praktiky, např. vyhýbání určitých léků atd. Duchovní přesvědčení může nabýt větší význam v době onemocnění a umírání více než kdy jindy v lidském životě. Víra může významným způsobem ovlivňovat přístup nemocného a jeho rodiny k nemoci, k těžkostem, k riziku, k edukaci, k umírání. Někteří pacienti pohlížejí na chorobu jako na zkoušku víry, jiní zase jako na trest. Obvykle však duchovní přesvědčení pomáhá lidem akceptovat jejich chorobu a dělat si plány do budoucnosti. Náboženství může pomoci připravit lidi na nemoc i na smrt a posilovat je během života. Některá duchovní přesvědčení jsou však v konfliktu s přijatelnou profesionální medicínsko ošetrovatelskou praxí. Pokud víra vede jedince k odmítnutí

jistých léčebných výkonů, může nastat ohrožení života, např. svědci Jehovovi nesouhlasí s transfuzí krve, aneb rituální léčebné metody upřednostňované mimo Evropu. Vycházení vstříc duchovním potřebám pacientů a jejich rodinám tvoří významnou část úloh sester. Aby sestry mohly hodnotit stav duchovního zdraví svých klientů, musí se dokázat samy orientovat v tom, co je znakem zdraví nebo již projev duchovní tísně (21)

1.3.2 Transkulturní komunikace v ošetrovatelství

Transkulturní komunikace v ošetrovatelství je organizovaný a schematizovaný systém chování, který umožňuje a řídí interakci mezi sestrou a pacientem. Jde o výměnu zpráv a tvorbu jejich významů. Protože odevzdávání zpráv a tvorba se děje současně, komunikace a kultura jsou vzájemně úzce spjaté. V efektivní komunikaci jde tedy o vzájemné pochopení významů souvisejících s odevzdávanou zprávou (20).

Kvalita komunikace je významným činitelem v ošetrovatelském procesu a také v systému kvality přímé ošetrovatelské péče. V mnoha studiích bylo dokázáno, že nedostatečný či špatná komunikace je nejvýznamnějším zdrojem nespokojenosti pacientů, ale v téže souvislosti platí, že efektivní komunikace zvyšuje kvalitu péče o pacienty (21). Transkulturní komunikace má velký vliv na porozumění mezi národy a rasami, stává se nesmírně důležitou při kontaktu s přistěhovalci, utečenci i turisty, proto je pochopení verbální komunikace i neverbálních projevů v dnešním multikulturním světě velmi významné. Pacient/klient, který nechápe, co se děje, nebo který nerozumí řečenému, se cítí nepochopený, méněcenný, ztracený. Sestry se také mohou cítit rozčarované nebo bezmocné, když je jejich sdělení nesrozumitelné nebo nemohou klientovi rozumět. Komunikace je základem pro vybudování terapeutického vztahu mezi sestrou a klientem. (20)

Je důležité studovat způsoby, jakými komunikují lidé různých kultur mezi sebou a také s ostatními, kteří k jejich kultuře nepatří. Kromě toho v mluvené komunikaci jsou zprávy doprovázeny nonverbálními komunikačními prostředky, jako jsou pohyby těla, postoje, tón hlasu, mimika. Velmi významný je také kontext, ve kterém komunikace probíhá. Kontext prostředí stojí mimo zprávu, ale je důležitý pro sestru i pacienta. Pokud také

pacient nemůže komunikovat ve své mateřštině, velmi snadno dochází k omylům a nepřesnostem v komunikaci.

Především zdravotníci si musí uvědomovat, že člověk v kritických situacích může ztrácet schopnost komunikovat v cizím naučeném jazyce. Specifickými problémy v komunikaci s pacienty jsou např. žargon, nářečí, zkratky, odborná lékařská terminologie apod. Leiningerová a McFarland (2002) zmiňují význam znalosti cizích jazyků pro sestry. V transkulturním ošetřovatelství je zřejmé, že chybně pochopená verbální i nonverbální komunikace může zmařit výstupy péče o klienta a jeho rodinu. Autorky uvádějí několik komunikačních modelů, které doporučují sestřím jako dobrou pomůcku ve fázi hodnocení klienta a jeho rodiny. Z toho je zřejmé následující – angloamerický model komunikace je přímý, jihovýchodní Asiaté komunikují cirkulárně, hovoří k druhým. Evropané jsou typičtí tím, že hovoří k několika osobám, model Rusů je vnímán nedirektivní, Mexičané zapojují rozsáhlou rodinu, Arabové komunikují přímo nebo nepřímo.(21)

1.3.3 Specifika chování národnostních menšin

Náhled do některých rozdílů mezi naučenými gestikulacemi různých národů

Setkání dvou kultur v sobě skrývá možnosti i rizika. Výhodou – hned máme námět k hovoru, ptát se na příčinu návštěvy, odkud klient pochází, druh potíží, dojmy z odlišné kultury. Ovšem s náboženstvím, světovým názorem a kritikou životního stylu bychom měli být dvakrát opatrní. Například:

- Pokud je Vietnamec v dané situaci nervózní či nejistý, začne se usmívat nebo se nahlas smát.
- Pokývnutí hlavou chápeme u nás jako potvrzující, popř. souhlasný signál, zatímco zavrtění hlavou jako signál záporný nebo odmítavý. V některých asijských kulturách je tomu přesně naopak.
- V Anglii a zemích ovlivněnou anglickou kulturou se lidé zdraví silným potřesením ruky při seznámení, později ale už ne.
- V některých oblastech Asie a Afriky klient viditelně zneklidní, když mu podáte ruku.

- Italové jsou štědrější v pohledech i gestech(konverzace).
- Když vám naslouchá japonský partner a pokyvuje hlavou, jen tím dává najevo, že vám rozumí po obsahové stránce, nemusí to být souhlas. Nezdvořilý nesouhlas nechce vyjádřit verbálně; začne pofrkávat a kývat trupem dozadu a dopředu.
- Při evropském semináři nebo v diskusním kroužku je volán posměšně k pořádku ten účastník, který hledí nepřítomně, zasněně kamsi do dále. V arabském světě jej respektují, protože medituje.
- V Evropě hledíme vážené osobě do tváře, když odpovídáme na její otázku. V Indonésii se však nikdo nesmí dívat do obličeje výše postavenému člověku.
- Důvěrné zamrknání je v naší západní kultuře většinou přípustné mezi známými. V arabských zemích by však našinec neměl mrkat na žádnou dívku či ženu, pokud se nebojí jejího otce bratra či snoubence.
- Ve Skandinávii a v Anglii hleděla žena odjakživa muži otevřeně do očí.
- V Evropě podává žena při uvítání ruku muži, v USA nikoli.
- Stolování má v sobě hodně rituálních prvků. V Evropě se pracně učíme jíst vidličkou a nožem. Abychom byli plně akceptováni v USA, měli bychom si to raději odvyknout.
- Ve Francii si kolegové na pracovišti podávají ruku nejméně dvakrát za den. Ve Švédsku se rukama pokud možno nepotřásá, protože je to zde považováno za nehygienické.
- V burgundské/např. belgické/ kultuře políbí muž ženu třikrát letmo na tvář. Při tomto tradičním obřadu položí žena dlaň jako ochranu na hrud' muže.
- V arabském světě líbají muži muže a ženy ženy. Na veřejnosti nikdy nelíbá muž ženu a naopak.
- V severní Evropě se muži líbají na veřejnosti pouze tehdy, když jsou otevřeně homosexuální. Ve Španělsku a v Rusku se muži líbají neustále.
- Jihoevropské národy jsou v řeči těla o poznání nespoutanější než Severané. Když Němec přihlíží prodejnímu rozhovoru dvou Italů, mohl by snadno nabýt domů, že se hádají do krve.

- Stejně je pro nás nezvyklé, že podřízení v anglické i americké kultuře oslovují své nadřízené křestním jménem.
- Velké množství zdvořilostních frází v angličtině; „How do you do?“.
- Pro Vietnamce je projevem dobrého vychování být slušně a čistě oblečen, na Balkáně se od vnějšího vzhledu odvozuje společenská prestiž.
- Vietnamci prožívají bolest stoicky, naopak v arabské kultuře je bolest projevována vysoce emotivně, zvláště před vlastní rodinou.
- Rumunské ženy rodí kupř. bez jakékoliv analgezie a v průběhu porodu nevydávají žádné zvuky (8).
- Romové nade vše milují své děti a rodinu, teprve potom následují materiální potřeby, jejich prožívání je velmi emotivní, dokáží být silně empativní (14).
- Shodné typické znaky muslimů a židů: nejí vepřové maso, abstinence alkoholu, smí jíst pouze ryby se šupinami, věří v jednoho Boha, dělí se do různých skupin dle míry dodržovaných pravidel, jejich život je spjat s modlitbami, nedovolí euthanasii atd.
- Poslední den týdne zvaný sabat Židé odpočívají(21).

1.4 Péče o pacienta cizince

1.4.1 Sociologické hledisko v ošetrovatelské péči

Pro sociologii medicíny představuje přeměna celého zdravotnického systému, která od roku 1990 intenzivně probíhá, závažný teoretický problém. Nemění se jen role a činnosti lékaře a zdravotní sestry, ale i role pacienta, a zejména vztahy zdravotník – pacient. V případě hospitalizovaného pacienta znamená změna jeho sociální situace radikální, byť dočasnou změnu prostředí, v němž se odehrává jeho každodenní život. Také role sestry se podstatně mění. Dosažení a udržení standardu péče vyžaduje na sestřích nové dovednosti, které se nepožadovaly v minulosti a jsou v mnoha směrech jiného řádu, než byly požadavky dřívější. Jde o širší spektrum dovedností, a to zejména ve vztahu k sociálním problémům, které obklopují a doprovázejí stále více nemoc a zdraví jedince nebo skupiny. Sociologické teorie, týkající se rozhodujících funkcí role

sester v současné etapě vývoje, se proto stávají součástí vzdělání sester a podmiňují kvalitu jejich výkonu v léčebné péči. Sestra má obvykle s pacientem častější a užší kontakt než lékař. Od sestry se očekává, že bude znát sociální situaci nemocného, bude mít zájem o jeho problémy, stížnosti a její přístup bude humánní. Politika Zdraví pro všechny v 21. století klade na jedno z předních míst problematiku spravedlnosti a solidarity v oblasti zdraví mezi sociálními skupinami.(1)

Různé třídy v naší společnosti žijí různě nejen kvantitativně, ale také různě kvalitním životním stylem. Každá společnost může být nahlížena z hlediska své sociální struktury a svých sociopsychických mechanismů, ale také s ohledem na světový názor, který slouží jakou společné universum obývané jejími členy. Světové názory jsou sociálně proměnlivé, mění se od jedné společnosti k druhé. V tomto smyslu můžeme např. říci, že Číňané „žijí v jiném světě“ než lidé na Západě. Rozdíly jsou samozřejmě zcela zjevné v takových oblastech, jako jsou politická filozofie, náboženství nebo etika.. Zásadní rozdíly bychom však našli i v takových kategoriích jako je čas, prostor a číslo.(2)

S formou komunikace souvisí existence řečových bariér a symbolické komunikace. Učit se jazyku znamená osvojovat si stereotypizovaná verbální gesta, z tohoto hlediska představuje lingvistická socializace zkušenost, rituál. Posiluje vazby sounáležitosti a identifikaci osob se skupinou. Přesto řeč, která je již od Platóna chápána jako nástroj dorozumění, kooperace a sjednocení, se stává paradoxně překážkou . Této skutečnosti využívá např. odborný žargon různých profesí k oddělení odborníků od laiků a cílem je vyloučit nezasvěcené z účasti na konverzační účasti vyvolených. (7)

1.4.2 První setkání zdravotníka s pacientem cizincem

Při poskytování kvalitní zdravotnické péče je třeba zohlednit pacientovy etnické a kulturní hodnoty, názory a praktiky, které se vztahují k vlastnímu zdraví a k poskytování zdravotnické péče. Na začátku procesu by si měli zdravotníci uvědomit, jaké jsou jejich vlastní etnické a kulturní hodnoty, názory a praktiky a jak se tyto názory

projevují ve zdravotnické praxi. Základními údaji, které by měl zdravotník znát při péči o příslušníky jiných etnických etnik, menšin a kultur, jsou:

Poznání etnické příslušnosti pomůže lépe pochopit potřeby pacienta. Je užitečné vědět, zda jde o utečence, současného přistěhovalce či potomka přistěhovalců, žijícího u nás delší dobu, člena usedlé a integrované menšiny aj.

Jazyk – je důležité zjištění, jaký je rodný jazyk pacienta, i když mluví česky. Může se stát, že vlivem onemocnění, stresu, vysokých teplot aj. začne používat svůj rodný jazyk
Náboženské a duchovní potřeby – poskytování zdravotní péče si také vyžaduje pochopení víry klienta a s tím související potřeby.

Model rodiny – podstatná je i informace, z jaké rodiny pacient pochází. Souvisí např. s následným chováním i rozhodováním pacienta.

Jídla a způsob stravování – názory na výživu a stravování mohou výrazně ovlivnit zdraví pacienta. Zdravotníci by měli vědět či zjistit, která jídla pacientova kultura zakazuje atp.

Názory na zdraví a zdravotní praktiky – poznání názoru pacienta na příčinu jeho choroby může pomoci při léčebné spolupráci.

S nárůstem přílivu cizinců v posledních letech se stále více otevírá otázka péče o jejich zdravotní stav. Představuje novou situaci, kterou je nutno řešit dříve, než se stane problémem. Se stoupajícím počtem migrantů roste i možnost toho, že ne všichni jsou při příchodu do České republiky zcela zdraví. Roste pravděpodobnost, že trpí infekčními nemocemi, které jsou pro zemi, ze které přicházejí, zcela běžné, pro nás však představují novou situaci /Nesvadbová,2001/.

Kromě potřeby znát nová, pro ČR atypická onemocnění je nutno se také vzdělávat v symptomatologii nemocí a v biologických odlišnostech u jednotlivých ras.(20,21)

1.4.3 Komunikace s pacientem cizincem

Jak komunikovat s cizincem:

Zjistit, zda je možná komunikace ve třetím jazyce (angličtina, němčina) a do jaké míry ho klient zná

Mluvit pomalu a zřetelně, artikulovat, přitom nekřičet
Používat gesta a obrázky, které klientovi zlepší pochopení
Když klient neporozuměl, zopakovat zprávu jinými slovy
Používat jednoduché věty, vyhýbat se složitým souvětím
Všímat si, kterým slovům klient rozumí nejlépe a ta pak používat
Pokud je to možné, naučit se v řeči klienta alespoň základní pozdrav
Ponechat klientovi čas, hlavně má-li problém něco vyjádřit se v cizím jazyce
Nespěchat!!
Po podání informace si ověřit, zda klient skutečně porozuměl
Vyhýbat se medicínským výrazům a zdravotnickému slangu, kterému nemusí klient rozumět ani ho chápat
Pozor na specifika češtiny, například názvy měsíců jsou pro cizince složité, vhodnější bude používat čísla
Na doplnění používat obrázky, piktogramy, jazykové karty, překlady základních dokumentů apod.

Při komunikaci přes tlumočníka dodržovat následovné:

Mluvit pomalu, v krátkých větách, ponechat tlumočnickovi čas na přeložení
Adresovat otázky přímo klientovi, ne tlumočnickovi!
Ověřit si, zda tlumočnick zná nejen čistý jazyk, ale také kulturní podmíněnost
Trvat na tom, aby tlumočnick překládal přesně co říkáme a nemodifikoval obsah
Na závěr vždy poděkovat tlumočnickovi za překlad (8)

1.5 Vzdělání a jazyková gramotnost

1.5.1 –Kurikulum české školy do r. 1989

Cíle školy byly vymezovány v politických dokumentech a zdůrazňovaly funkci školy jako přípravy na život, práci a obranu socialistické společnosti., obsah vzdělání byl podřízen ideologii marxismu leninismu a kurikulum bylo nástrojem stratifikace společnosti. Vzdělání se stalo nástrojem tlaku na rodiče – účast na vyšších stupních vzdělání byla často podmiňována lojalitou rodičů s politickým systémem. Tradiční koncepce byla přeplněna abstraktními a teoretickými poznatky, které nevedly k syntéze.

Školní kurikulum odráželo znaky totalitní společnosti, vztahy hierarchičnosti a podřízenosti, autoritativnost. Existence dvou odlišných kultur – školy a rodiny vedlo ke schizofreničnosti výchovného působení na mladou generaci.(17)

1.5.2 Změny v obsahu vzdělávání po r. 1989

Nepochybně zásadní přeměna nastala a stále průběžně probíhá v obsahu školního vzdělávání. To, čemu se vyučovalo před padesáti nebo dvaceti léty, už třeba v současných školách nenajdeme. Změnil se repertoár vyučovacích předmětů na všech stupních a druzích škol a změnil se rovněž obsah v jednotlivých předmětech. Část předmětů se odlišuje, ale zvláště výrazná změna nastala u cizích jazyků. V dřívějším gymnáziu byla pro studenty povinná pouze němčina a samozřejmě ruština, kdežto v současném gymnáziu je povinná výuka dvou živých cizích jazyků, avšak s možností výběru (angličtina, němčina, francouzština, španělština, italština, ruština). Přitom je ale pozoruhodné, že celkový počet předepsaných týdenních vyučovacích hodin se průběhu let a v průběhu studia téměř neliší. Znamená to, že celkově se současní studenti např. gymnázia vzdělávají se stejnou časovou dotací povinných vyučovacích hodin jako studenti gymnázia před sedmdesáti lety, i když samozřejmě s jinou náplní učiva předmětů ve stanoveném časovém prostoru. O čem to svědčí? Vzdělání se proměňuje, ale zároveň si zachovává univerzální rysy.(17)

Prostor, který národ otevírá pro nastupující generaci tím, co ze své dnešní možné spotřeby raději uloží do vzdělání svých dětí, je prostorem, který vytváří pro svou budoucnost.

Češi, kteří se narodili v prvních desetiletích 20. století, prošli na svou dobu velmi dobrým školstvím. Vzmach národního sebevědomí Čechů ke konci drolícího se rakousko-uherského soustátí dal národu elitu, která v budoucnost svého národa věřil a odpovídajícím způsobem do ní investovala. Pak ale přišlo půlstoletí, kdy vzdělanost české populace nedržela krok s evropským vývojem, stagnovala a obsahově i upadala. Už vstup na střední školu byl pro některé děti poznamenané režimem nepřekročitelným prahem. Opřen o starou představu, že univerzity jsou jen pro elitu, starý režim uděloval toto studium jako odměnu.

Do nového tisíciletí vstupujeme s dědictvím těchto půlstoletých deformací. Deset let nového režimu je nemohlo zahladit, zvláště proto ne, že nejvýraznějším otiskem starých poměrů do poměrů nových je přetrvávající pohrdavý postoj ke vzdělání a nevěle skutečně něco změnit v přístupu k němu. Klíčem k řešení je otevření prostoru pro vyšší vzdělání pro všechny a v těch oborech, které oni sami považují pro sebe za perspektivní. V mezinárodních srovnáních funkční gramotnosti, přes kterou se měří kvalita vzdělávání pro orientaci v praxi, se čeští studenti umisťují lépe, než odpovídá investicím do nich vložených. Bolavým místem na výstupu ze základního, ale i středoškolského vzdělání je schopnost komunikace v cizích jazycích. Po letech ztracených v komunistickém zajetí není divu, že dospělá populace nezná jazyky; smutné je, že pořád ještě své zaostávání prohlubujeme. Na českých školách je věnováno výuce cizích jazyků výrazně méně hodin než ve vyspělých zemích Evropy.(12).

Od roku 1995 je povinný cizí jazyk zařazen od 4. ročníku základní školy, od r. 2006 od 3. ročníku. Dva cizí jazyky jsou povinné pouze na gymnáziu. Převažuje angličtina, na středních odborných učilištích a v regionech sousedících s Rakouskem a Německem němčina. Problémem ovšem je, že poptávka po výuce cizích jazyků je vyšší, než je skutečná nabídka škol, protože jim chybějí učitelé. Je nezbytné vypracovat ucelenou koncepci, která zavede povinně volitelný druhý cizí jazyk od 6. ročníku, zajistí potřebnou návaznost a průchodnost výuky na základní a střední škole a bude řešit výuku cizích jazyků pro profesní účely.(9)

1.5.3 Statistika a srovnání

Rozhodně velmi slabé jsou výsledky našeho školství ve schopnosti naučit žáky cizí jazyky, zejména ty, kterými dnes komunikuje vzdělaná Evropa. Jen 15% Čechů ve věku 15-65 let udává, že jsou schopni se domluvit anglicky. Ve srovnání s kupř. Polskem, kde to o sobě tvrdí jen 5% populace, to není tak špatné, ale podíváme-li se do zemí EU, srovnání je pro nás velmi nelichotivé. Zejména příslušníci malých národů jsou daleko před námi (Nizozemci 70%, Belgičani 51%).

Znalost angličtiny je i u nás ovšem všude výrazně lepší mezi mladými lidmi. V České republice udává schopnost konverzovat anglicky jen 3,5% lidí nad 50 let, ale už 28% z lidí od 16-35 let.

Ještě větší vliv má samozřejmě dosažené vzdělání: z absolventů vysokých škol je to celá třetina, což je ovšem pořád žalostně málo – v Nizozemsku mluví z VŠ vzdělaných obyvatel anglicky 94% a i mezi dospělými se základním vzděláním udává schopnost konverzovat anglicky poloviny Nizozemců, tedy víc než z českých vysokoškoláků.

Tento politováníhodný stav se nijak nelepší, naše zaostávání za Evropou naopak vzrůstá. Na českých školách se věnuje výuce jazyků na konci povinné školní docházky v průměru 2,3 hodiny týdně. Průměr v Evropské unii je 4,6 hodin týdně. Menší plochu než u nás věnuje výuce jazyků jen Anglie, jejíž jazyk zmezinárodněl.(12)

1.5.4 Vývoj vzdělávací politiky Evropské unie

Faktory a síly, které se uplatňují v zapojování Evropského společenství a Evropské unie do oblasti vzdělávání, jsou celkem zřejmé. Klíčovou roli hraje vzdělávání; je klíčovým faktorem v dosažení cíle Evropy občanů. Krokem na této cestě se stala podpora Evropského společenství ve výměnách mladých lidí na všech úrovních a důraz na tom, aby každý měl možnost ovládnout prakticky alespoň dva cizí jazyky už před koncem školní docházky. Vysoké školství je považováno za odborné vzdělávání a přípravu. Tím Evropské společenství získalo legislativní základ pro své iniciativy a činnosti v oblasti vzdělávání, což také vedlo během krátké doby ke vzniku několika důležitých evropských programů (Erasmus, Commett, Lingea, Petra a Force).

Schopnost komunikovat v oficiálním jazyku členské země a v dalších nejméně dvou cizích jazycích je považována za klíčovou pro rozvoj osobní, občanský i profesní u každého občana Evropské unie.

Důsledkem vstupu EU do pro český vzdělávací systém jsou požadavky na cíle a obsah vzdělání, kde jde o vytvoření předpokladů pro soužití jednotlivých národů. Mezi ně patří především výuka cizích jazyků, výchova k demokracii a k evropskému občanství, uplatnění evropské dimenze a multikulturních aspektů ve vzdělávání.(9)

2 Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

Cílem mé bakalářské práce je zjistit jazykovou připravenost sester na práci s pacientem cizincem.

2.2 Hypotézy

H 1 Předpokládám, že sestry nejsou po jazykové stránce připraveny pracovat s pacientem cizincem.

H 2 Domnívám se, že výše zvolený problém se může zlepšit doporučením komunikačních pomůcek.

H 3 Východiskem ke zlepšení péče o pacienty cizince je oblast studia jazyků (dokonalejší výuka cizích jazyků na SŠ i VŠ, ale také samostudium cizího jazyka alespoň v rámci oboru).

3 Metodika

3.1 Použitá metodika

Jako hlavní metodu výzkumu jsem zvolila metodu dotazování pomocí dotazníku. Anonymní dotazník pro sestry obsahoval 30 otázek, které byly identifikační, polootevřené a uzavřené. Byl určený pro sestry a porodní asistentky. V dotazníku byla dána možnost jedné nebo více odpovědí, které měly sestry zaškrtnout v abecedních možnostech. Některé otázky uváděly možnost škály 1-5, jejíž čísla kopírovala hodnocení užívané běžně ve škole, tj. 1 výborně, 2 velmi dobře, 3 dobře, 4 dostatečně a 5 nedostatečnou znalost.

Jako metodu podpůrnou byl zvolen řízený rozhovor s učiteli cizích jazyků na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulty. Rozhovor s pedagogy si kladl za cíl zmapovat názor na používání cizích jazyků u sester v praxi, které pacienty cizince ošetřují. Lektorům bylo kladeno 5 otázek, na které měli stručně odpovědět. Dotazy u obou byly směřovány zejména na úroveň znalostí cizích jazyků, ale částečně i na multikulturní znalosti a možnosti zlepšení komunikace mezi sestrami a pacienty cizinci.

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

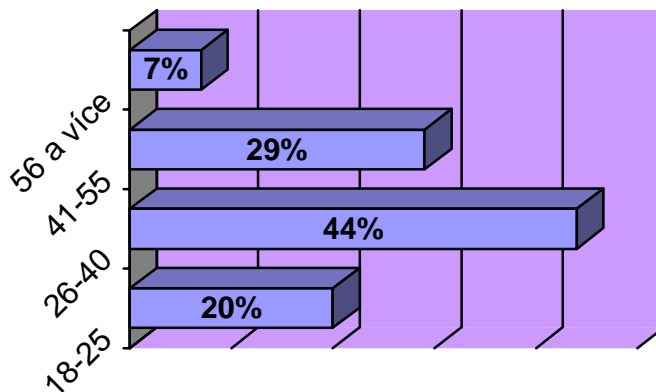
Dotazník byl rozdán sestřám a porodním asistentkám v rámci Nemocnice České Budějovice a.s. na oddělení interní, chirurgické, gynekologicko porodnické, ORL a na některá menší oddělení. Sestry nebyly omezeny věkem, vyšší vzdělání, dotazník byl zcela anonymní.

Řízený rozhovor byl pořízen s lektory cizích jazyků na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity a s učiteli cizích jazyků Střední Zdravotní školy v Českých Budějovicích. Odpovědi jsou uvedeny anonymně.

4 Výsledky

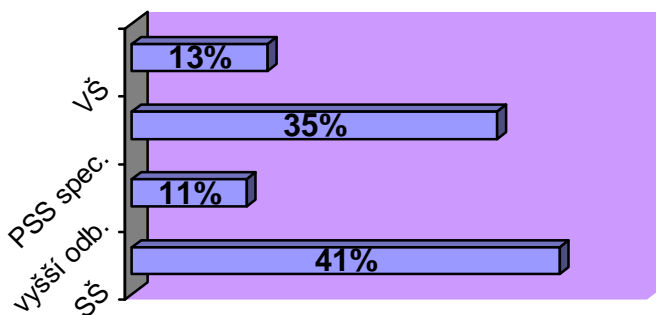
4.1 Dotazníková metoda

Graf 1 Věková skupina



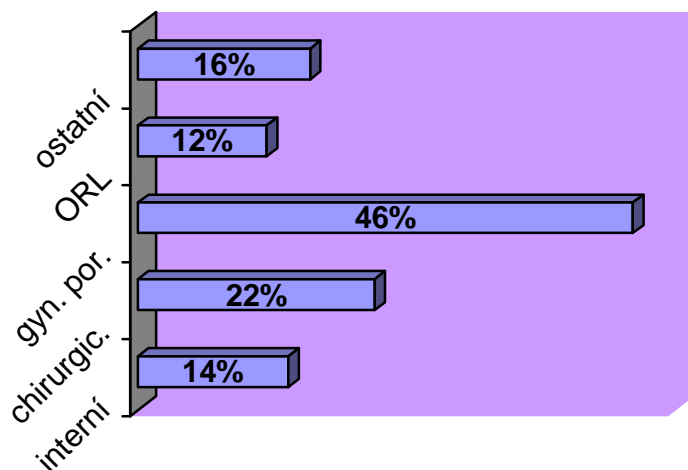
Otázku Věková skupina zodpovědělo 100 respondentek, tedy 100 %. Věk 18-25 let uvedlo 20 (20%), věk 26-40 let uvedlo 44 (44%), ve věku 41-55 let se nachází 29 (29 %) a věk 56 a více let uvedlo 7 (7%) respondentek.

Graf 2 Nejvyšší ukončené vzdělání



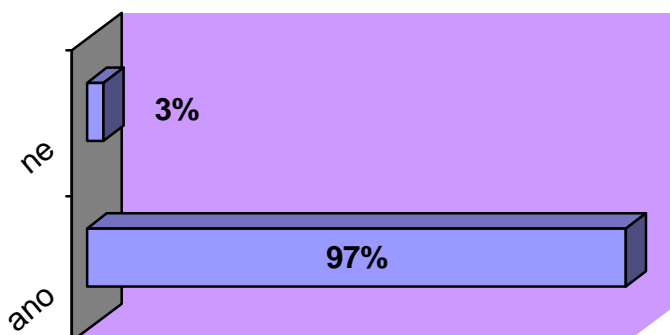
Na dotaz Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání odpovědělo všech 100 (100%) dotázaných. Středoškolské vzdělání uvedlo 41 (41%) sester, vyšší odborné 11 (11%), pomaturitní specializační studium 35 (35 %) a vysokoškolské vzdělání 13 (13 %) respondentek.

Graf 3 Druhy oddělení



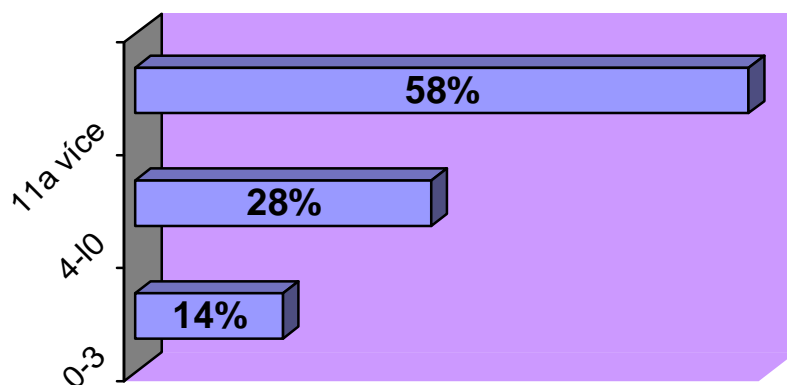
Na otázku Na jakém oddělení jste zaměstnána odpovědělo všech 100 sester-respondentek (100 %). Interní oddělení uvedlo 14 (14 %), oddělení chirurgické 22 (22 %), oddělení gynekologicko porodnické 46 (46 %), oddělení ORL 12 (12 %) a 16 sester(16%) uvedlo různé menší obory sloučené do názvu ostatní. Z uvedených 16 to byla rehabilitace, urologie, neurologie a RZP

Graf 4 Ošetření pacienta cizince



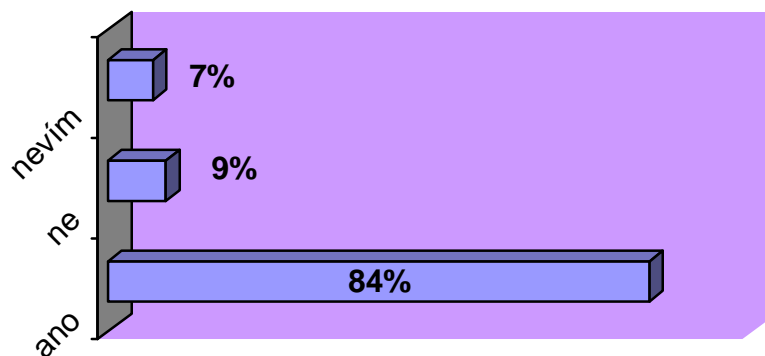
Na otázku Ošetřovala jste někdy pacienta cizince odpovědělo 97 (97 %) dotázaných ano, 3 sestry(3%) uvedly ne.

Graf 5 Počet pacientů ošetřených během praxe



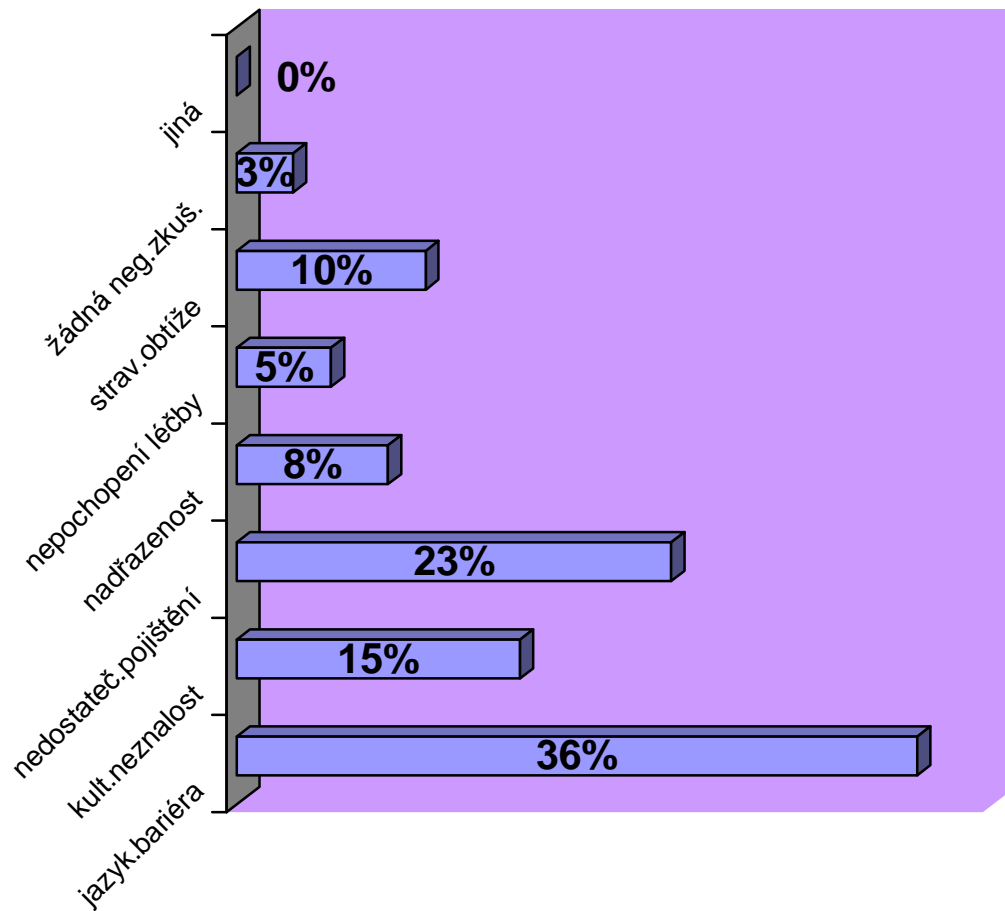
Odpovědělo všech 100 (100%) respondentek. Počet 0-3 uvedlo 14 (14 %), počet 4-10 uvedlo 28 (28%) a 11 a více uvedlo 58 (58 %) dotázaných.

Graf 6 Narůstání počtu pacientů cizinců



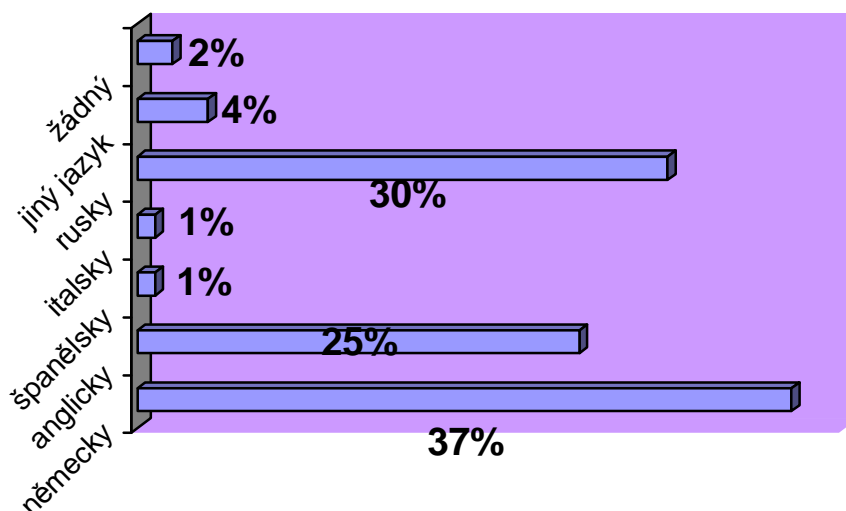
Na dotaz, zda pacientů cizinců v posledních letech přibývá odpovědělo všech 100 sester(100 %). Z toho 84 (84 %) odpovědělo ano, 9 respondentek (9 %) odpovědělo ne a 7 sester (7 %) vybralo odpověď nevím.

Graf 7 Negativní zkušenost z komunikace s pacientem cizincem



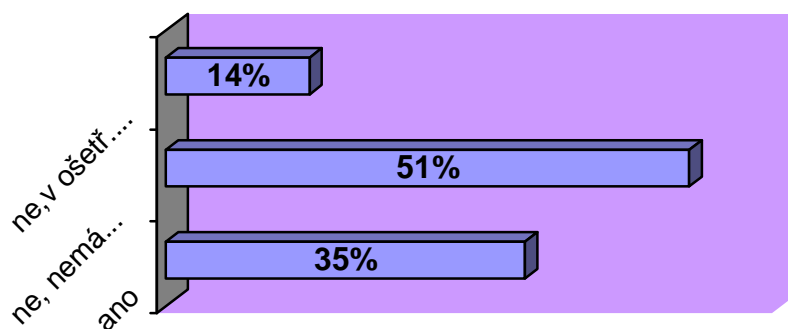
Dotaz na negativní zkušenosti z komunikace s pacientem cizincem zodpovědělo 100 respondentek, tedy 100%. Některé však uvedly více odpovědí. Celkem bylo uvedeno 195 odpovědí. Jiné než nabízené neuvěděla žádná respondentka (0%). Žádnou negativní zkušenost uvedlo 7 (3 %) sester, obtíže se stravováním uvedlo 19 (10%) dotázaných. Nesprávné pochopení léčby a z něj vyplývající komunikační potíže uvedlo 9 (5 %). Nadřazenost byla popsána 15 (8 %)sester a komunikační problémy s nedostatečným pojištěním uvedlo 46 (23 %) respondentek. Neznalost kulturních zvyklostí byla uvedena v 29 (15%) a jazykovou bariéru uvedlo 70 sester(35%).

Graf 8 Dorozumění sester cizím jazykem



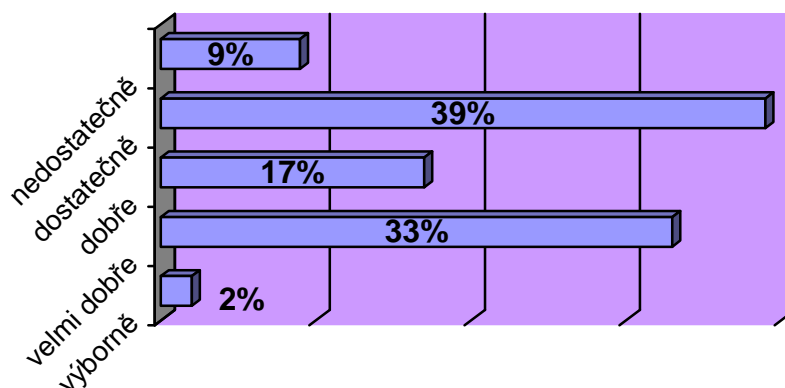
Na otázku jak se domluvíte odpovědělo všech 100 dotázaných. Některé uvedly více možností, celkem 156 odpovědí (100 %). Německy hovoří 58 sester (37 %). Anglický jazyk uvedlo 39 (25%) dotázaných, španělsky a italsky shodně uvedly po 1 respondentce (1 %). Ruský jazyk byl uveden v 47 (30%), jiný jazyk uvedlo 7 (4 %) a žádný jazyk 3 dotázané(2%).

Graf 9 Zdokonalení v cizím jazyce



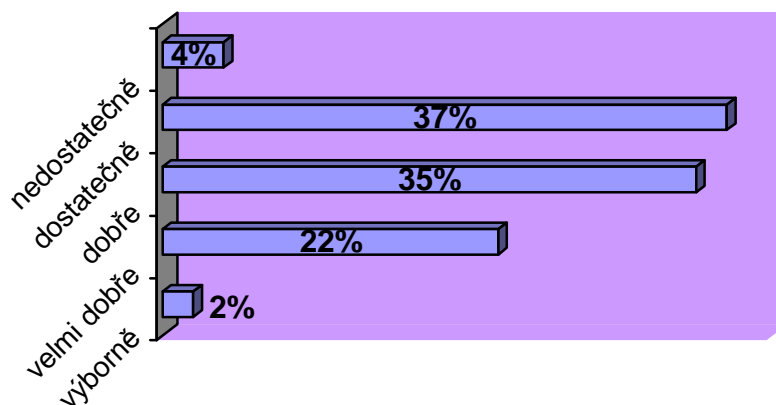
Na dotaz zdokonalování se v současnosti ve znalosti cizího jazyka odpovědělo 100 (100%) účastníků. Odpověď ano uvedlo 35 (35%) sester, odpověď ne, nemá čas uvedlo 51(51%) respondentek a odpověď ne, v ošetřovatelské profesi není cizí jazyk důležitý odpovědělo 14 (14%) .

Graf 10 Znalost německého jazyka



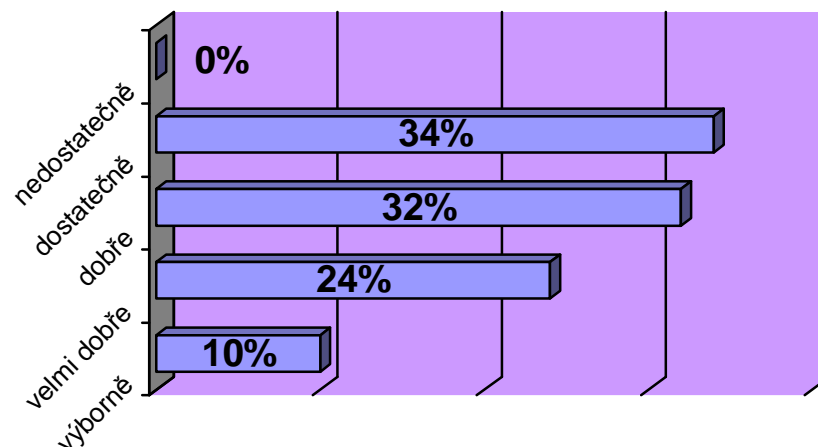
Možnost znalosti německého jazyka uvedlo celkem 46 dotázaných(100%). Výborně mluví 1 respondentka(2%), velmi dobře mluví 15 sester (33 %), dobře mluví 8 respondentek(17%). Možnost dostatečně si vybralo 18(39 %) a nedostatečně uvedly 4 sestry(9%).

Graf 11 Znalost anglického jazyka



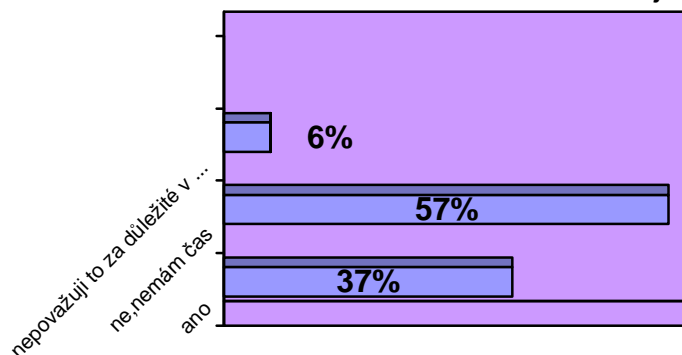
Možnost znalosti anglického jazyka uvedlo celkem 56 respondentek (100%). Z toho výborně uvedla 1 (2%), velmi dobře bylo uvedeno v 10 případech(22%), dobře hovoří 16 sester(35%). Dostatečně bylo uvedeno u 17 respondentek(37%) a 2 respondentky uvedly znalost anglického jazyka jako nedostatečnou (4%).

Graf 12 Znalost ruského jazyka



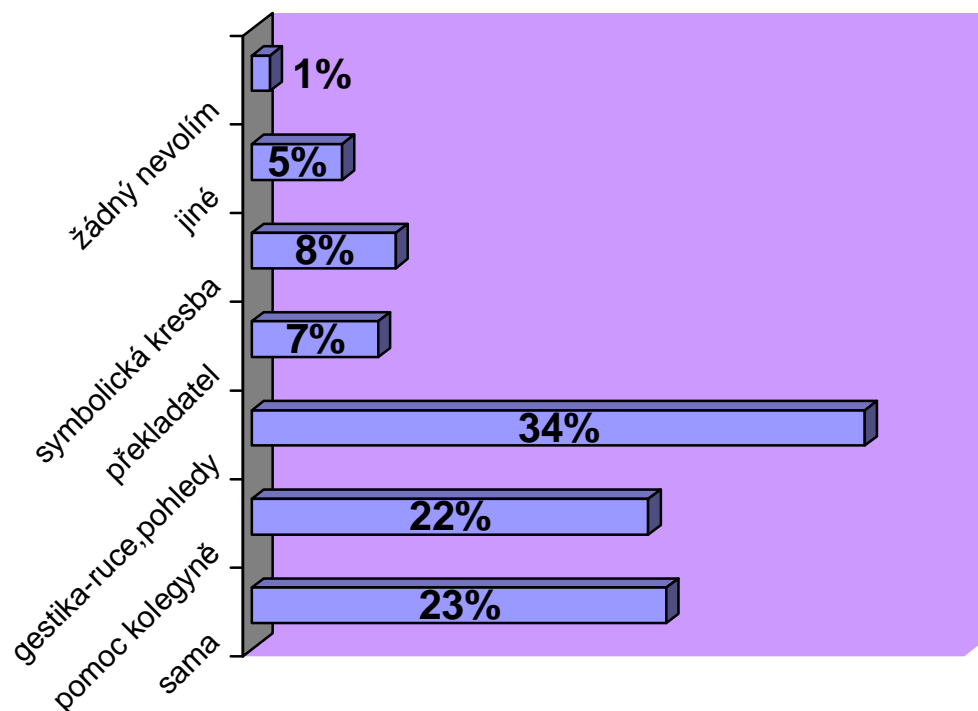
Znalost ruského jazyka uvedlo celkem 59 respondentek (100%). Z toho výborně se domluví 6 (10%), velmi dobře 14 (24%), dobře se domluví 19 (32%) a dostatečně se dohovoří 20 (34%) respondentů. Možnost nedostatečně nebyla uvedena (0%).

Graf 13 Zdokonalování ve znalosti cizího jazyka



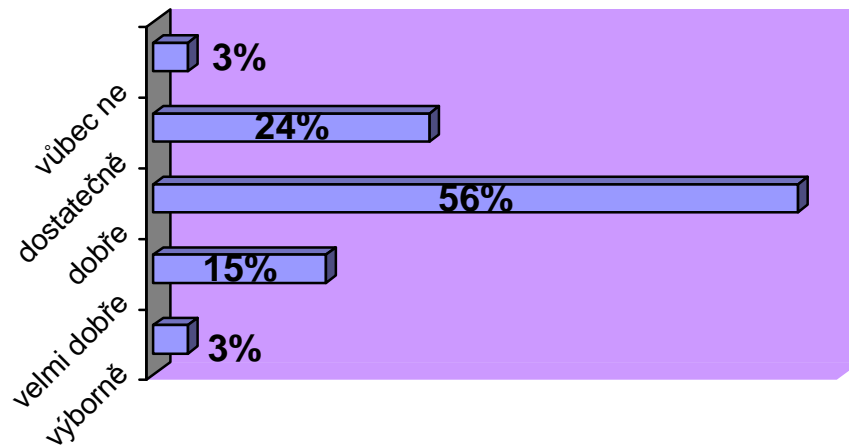
Na dotaz Zdokonalujete se v současnosti ve znalosti cizího jazyka odpovědělo všech 100 respondentek. Možnost ano zvolilo 37 (37%). Možnost ne,nemám čas zvolilo 57(57%) a možnost ne, nepovažuji to v ošetrovatelství za důležité zvolilo 6 sester (6%).

Graf 14 Způsoby dorozumění s pacienty cizinci



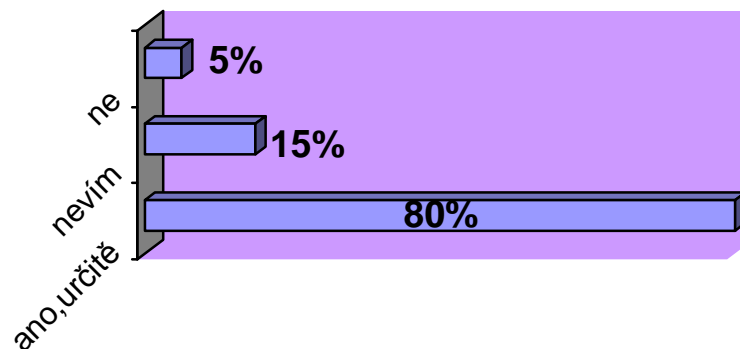
Na dotaz způsobu dorozumění s pacienty cizinci odpovědělo všech 100 dotázaných respondentek (100%). Některé uvedly více odpovědí, celkem 166 (100%). Možnost dorozumění sama cizím jazykem uvedlo 39 dotázaných(23 %), pomoc kolegyně uvedlo 37(22 %), pomocí gestiky-ruce, pohledy uvedlo 55 tázaných(34 %), s pomocí překladatele 12 respondentek (7%), symbolickou kresbu užívá 14 sester(8%), jiné možnosti volí 8 sester(5%). Způsob žádného dorozumění s pacientem cizincem uvedla 1 respondentka(1%).

Graf 15 Dorozumění s pacienty cizinci



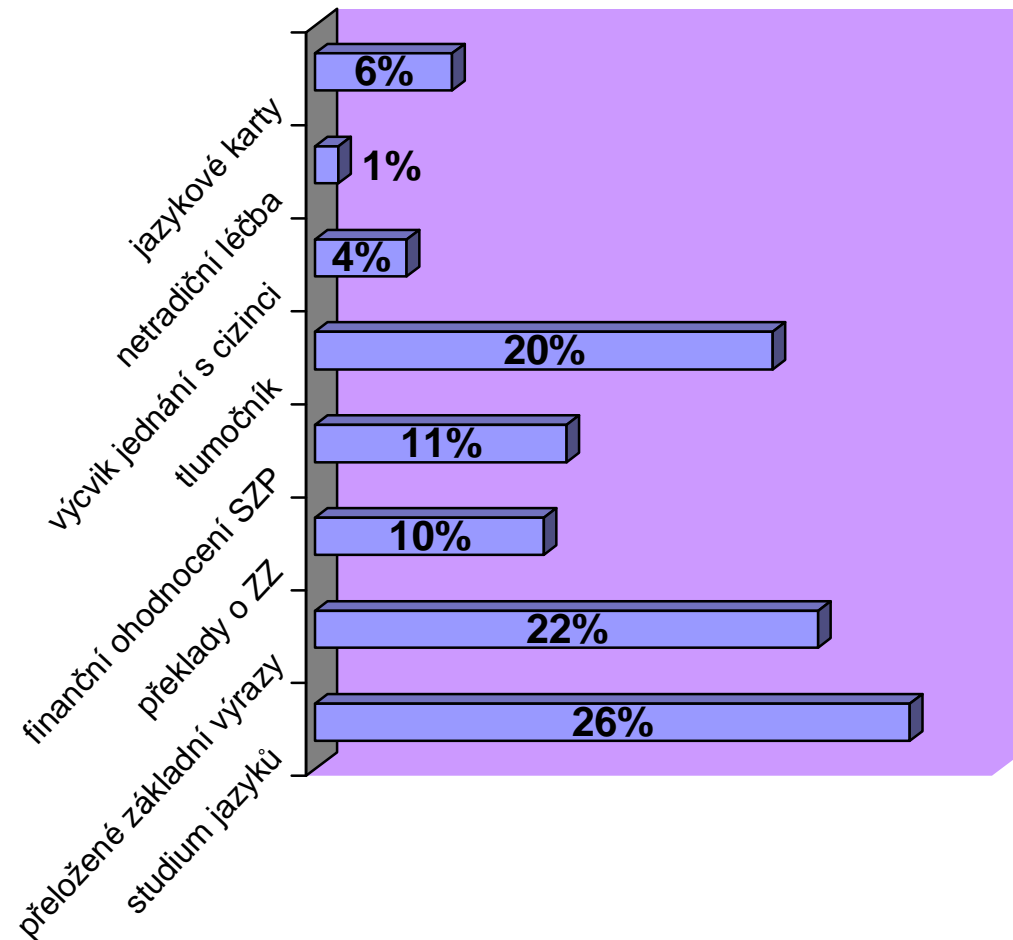
Na otázku dorozumění s pacienty cizinci, vyznačenou na ose 1-5 ,odpovědělo všech 100 dotázaných (100%). Možnost výborně uvedly 3 (3%), možnost velmi dobře 15(15%), dobře se dorozumí s pacienty cizinci 56(56%) sester, dostatečně 24(24%). Vůbec se nedorozumí3(3%).

Graf 16 Možnost menších komunikačních problémů nastupující generace sester díky dokonalejší výuce cizích jazyků na SŠ a VŠ



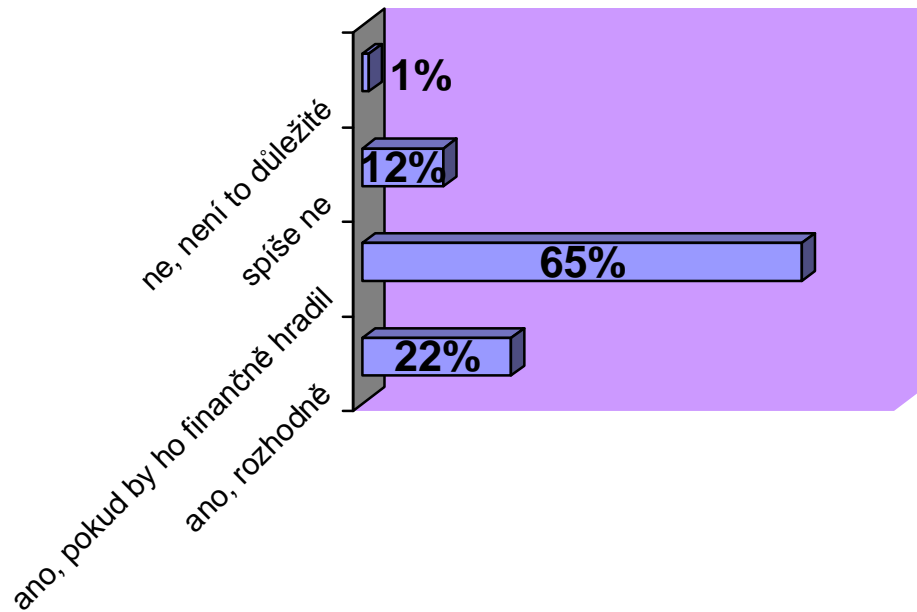
Na otázku, zda nastupující generace sester bude mít menší komunikační problémy s pacienty cizinci díky dokonalejší výuce cizích jazyků na SŠ a VŠ odpovědělo všech 100 sester(100%). Z toho 80 odpovědělo ano, určitě(80%), 15 uvedlo odpověď nevím(15%) a 5 sester uvedlo odpověď ne(5%).

Graf 17 Možnosti zlepšení péče o pacienty cizince



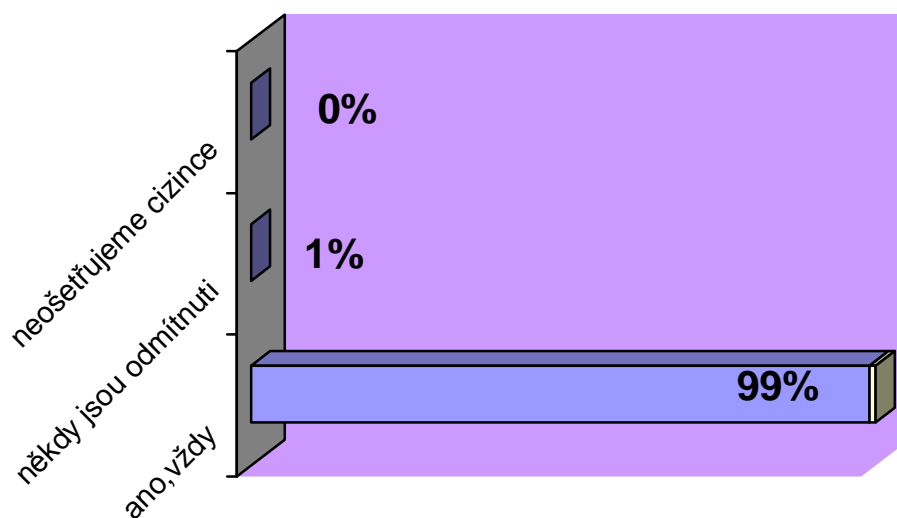
Na otázku východiska ke zlepšení péče o pacienty cizince odpovědělo všech 100 tázaných, některé využily možnosti více odpovědí, celkem 221 (100%). Zlepšení vidí v oblasti studia jazyků 59 respondentek(26%), překlady základních výrazů užívaných ve zdravotnictví by přivítalo 48 sester(22), překlady základních informací o zdravotnickém zařízení zvažovalo 21 sester(10%), finanční ohodnocení znalosti cizího jazyka by kladně hodnotilo 24 respondentek(11%), spolehlivého tlumočníka by vítalo 44 sester(20%), zavedení výcviku jednání s pacienty cizinci uvedlo 9(4%), uplatnění netradičních způsobů léčby by umožnilo 2(1%) a jazykové karty by si přálo 14 (6%) respondentek.

Graf 18 Návrh zaměstnavatele na povinné studium cizího jazyka



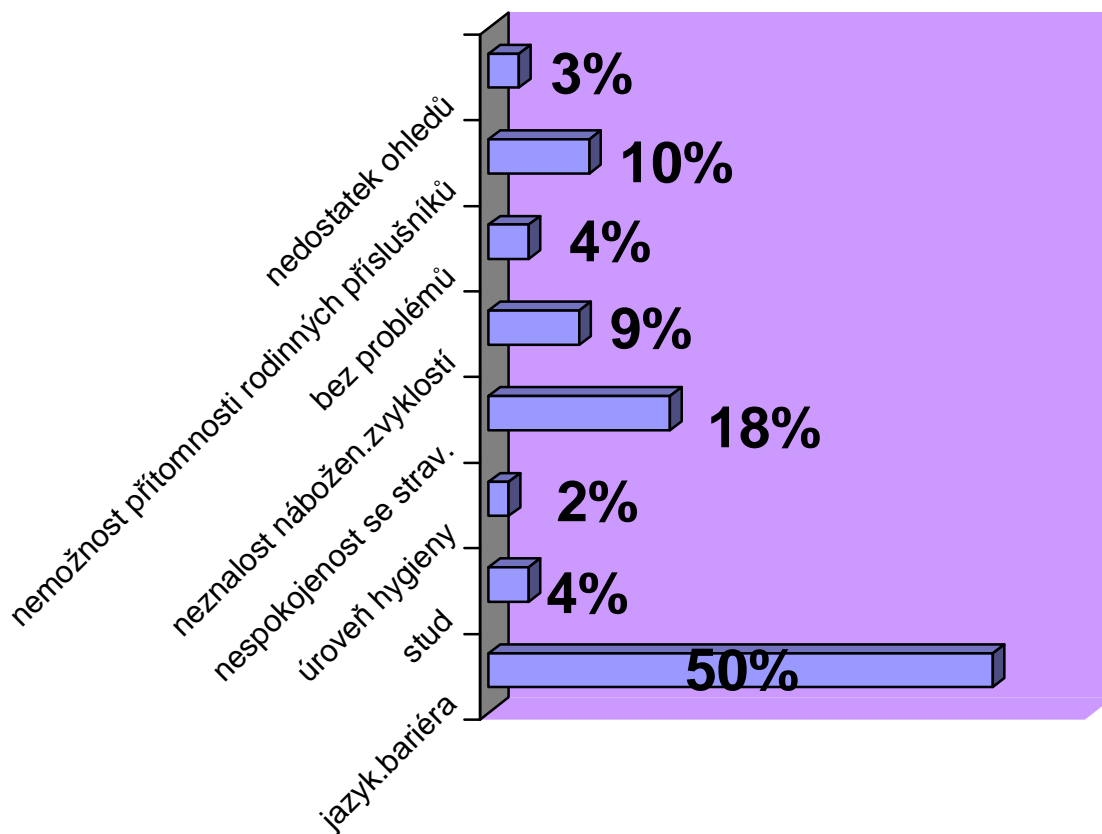
Na dotaz Přivítala byste návrh zaměstnavatele na povinné studium cizího jazyka odpovědělo 100 respondentek(100%). Odpověď rozhodně ano uvedlo 22(22%), odpověď ano, pokud by ho finančně hradil zaměstnavatel odpovědělo 65 sester(65%), spíše ne odpovědělo 12 (12%) a ne, není to důležité odpověděla 1 respondentka(1%).

Graf19 Ošetření pacientů cizinců



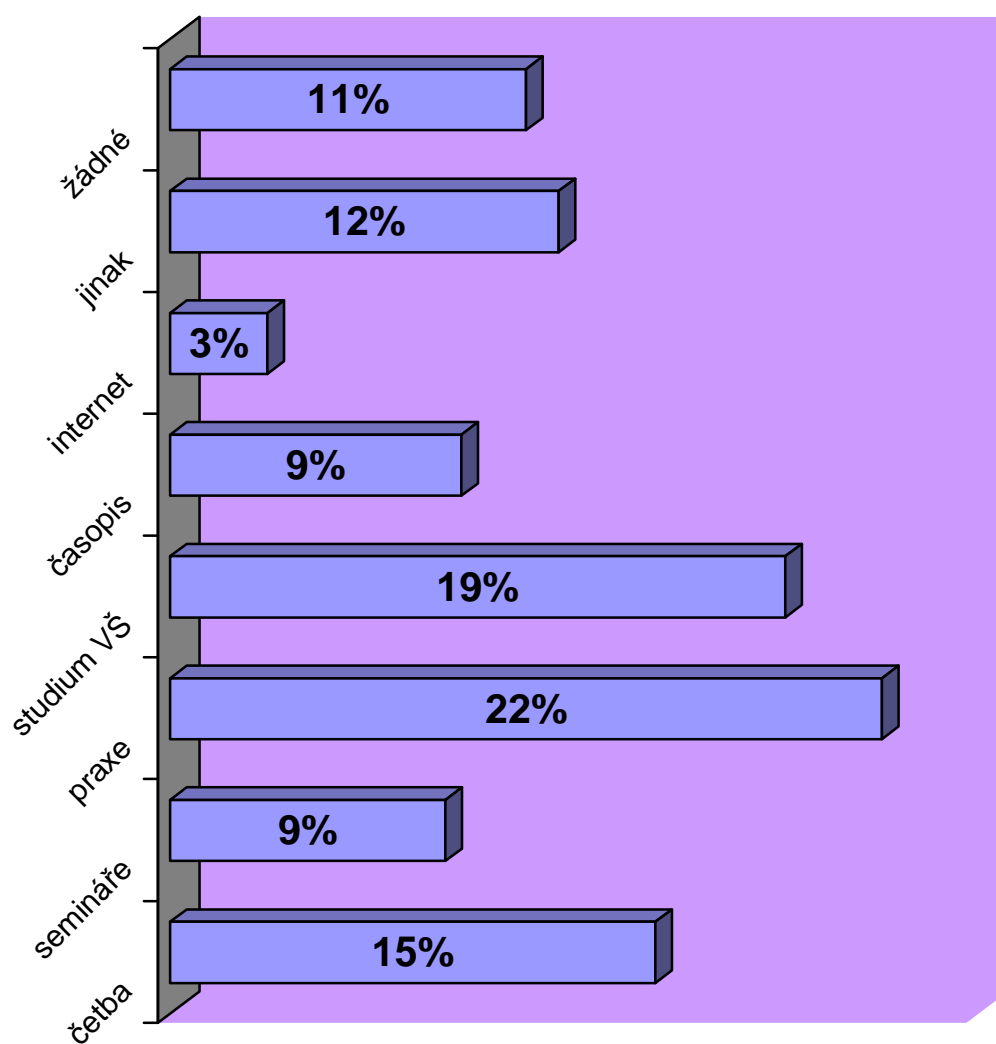
Otázku Jsou na Vašem oddělení ošetřeni vždy pacienti cizinci odpovědělo 100 respondentek(100%). Odpověď ano, vždy uvedlo 99 sester (99%), odpověď někdy jsou odmítnuti uvedla 1 respondentka(1%). Odpověď neošetřujeme cizince nebyla ani v jednom případě využita(0%).

Graf 20 Problémy, jež mají nejspíše pacienti cizinci



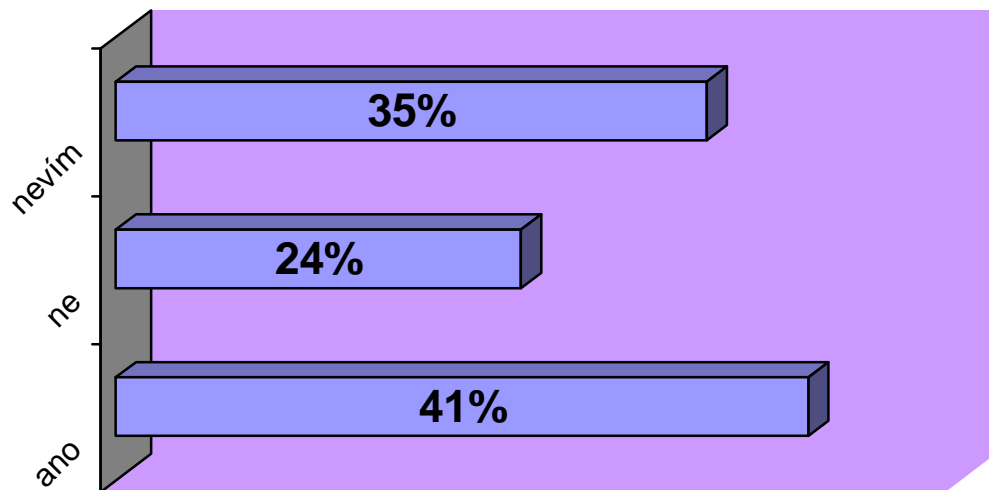
Na dotaz Jaké problémy mají nejspíše pacienti cizinci na Vašem oddělení odpovědělo všech 100 respondentů. Bylo využito možností více odpovědí, celkem 163 (100%). Jazykovou bariéru se domnívá 82 respondentek(50%), stud zvolilo 7(4%), úroveň hygieny napsaly 3 (2%), nespokojenost se stravováním uvedlo 29 sester(18%), neznalost náboženských zvyklostí vidí jako problém 14(9%), bez problémů se domnívá 7 (4%), nemožnost přítomnosti rodinných příslušníků při léčbě uvedlo 16 respondentů(10%) a nedostatek ohledů s přístupem zvolilo 5 sester(3%).

Graf 21 Znalosti o specifických potřebách pacientů cizinců



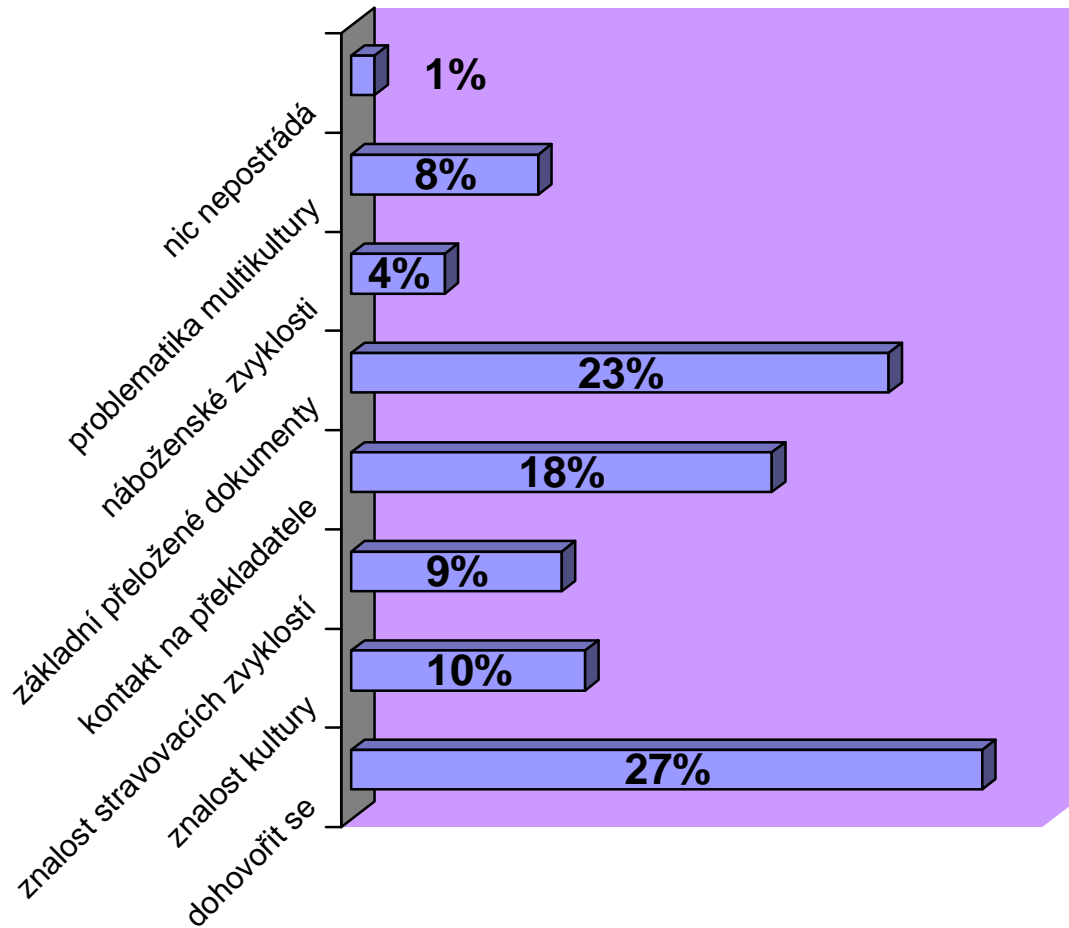
Na dotaz o získání znalostí o specifických potřebách pacientů cizinců odpovědělo všech 100 zúčastněných, využily možnost více odpovědí; celkem 147 (100%). Své znalosti získaly respondenty :četbou studijní literatury 24(15%), semináři o problematice 14(9%), praxí 35(22%), studiem VŠ 31(19%), z časopisů 15(9%), z internetu 5(3%), jinými způsoby 4(3%), žádné znalosti uvedlo 19(11%) respondentek.

Graf 22 Ohledy na specifické potřeby pacientů cizinců



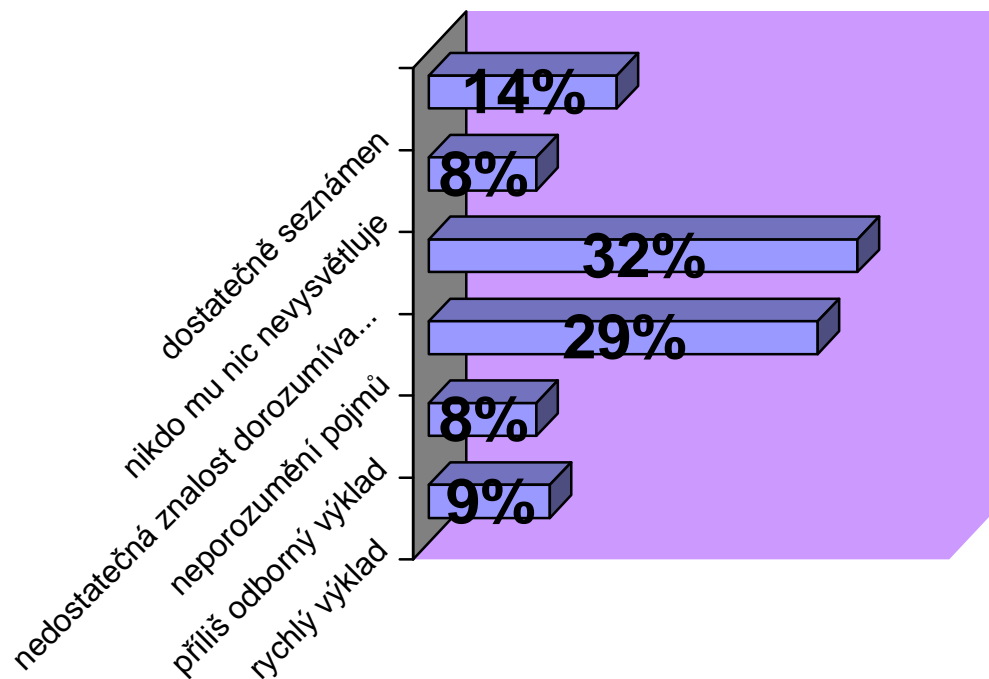
Na otázku, zda je ve ZZ brán ohled na specifické potřeby pacientů cizinců odpovědělo všech 100 účastníků výzkumu. 41% se domnívá , že ano. 24% odpovědělo ne a 35 % odpovědělo nevím.

Graf 23 Problémy při poskytování péče



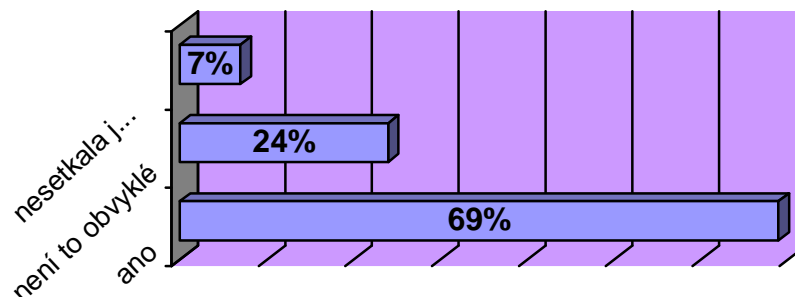
Na dotaz Postrádáte něco při poskytování zdravotní péče pacientům cizincům odpovědělo všech 100 dotázaných s využitím více možností odpovědí, celkem 237 (100%). Schopnost dohovořit se postrádá 64 respondentů (27%), znalost kultury chybí 23 (10%), znalost stravovacích zvyklostí chybí 21 (9%), chybějící kontakt na překladatele uvádí 43 (18%) respondentek, přeložené základní dokumenty potřebné pro oš. péči postrádá 54 (23%) sester. Seznamování s problematikou multikulturní ošetrovatelské péče nemá 10 (4%), náboženské zvyklosti nezná 19 (8%), nic nepostrádá 3 (1%).

Graf 24 Obeznamenost pacientů cizinců s nabízenou ošetrovatelskou péčí



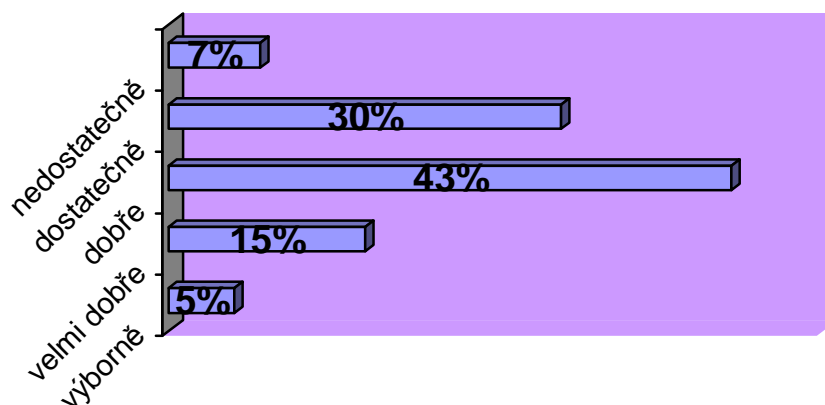
Hodnocení obeznámenosti pacientů cizinců s nabízenou péčí odpovědělo 100 zúčastněných, některé uvedly více možností odpovědí, celkem 139 (100%). Možnost, že výklad je příliš rychlý zvažuje 12 sester(9%), výklad je příliš odborný 11 (8%), dochází k častým neporozuměním 40(29%), znalost dorozumívacího jazyka je nedostatečná se domnívá 46 r.(32 %), nikdo nic pacientovi cizincovi nevysvětluje 11 (8%). Odpověď pacient cizinec je dostatečně seznámen s problematikou týkající se jeho ošetrovatelské péče uvedlo 19 sester(14%).

Graf 25 Uvítání možnosti dorozumění v českém jazyce



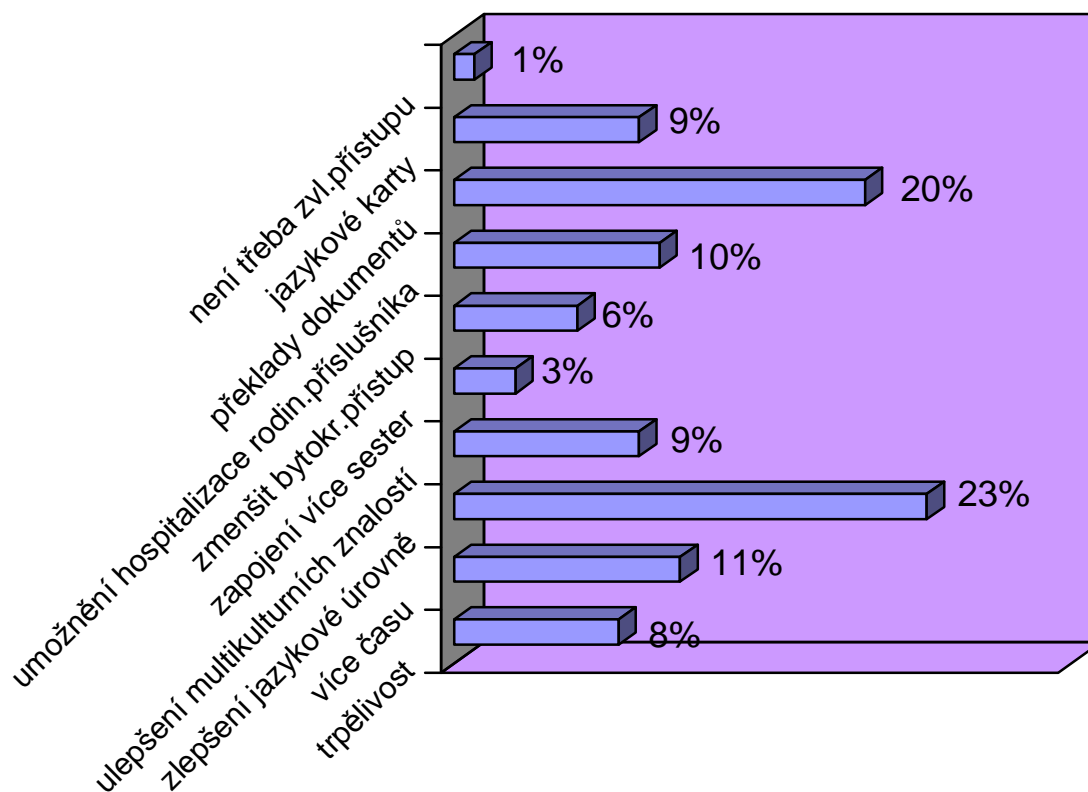
Na otázku Vítáte dorozumění s pacienty cizinci v českém jazyce odpovědělo všech 100 respondentů. Odpověď ano uvedlo 67 sester(67%), odpověď není to obvyklé uvedlo 24 sester(24%) a 9 sester(9%) se nesetkalo s touto možností.

Graf 26 Připravenost pacientů cizinců z hlediska informovanosti o následné péči



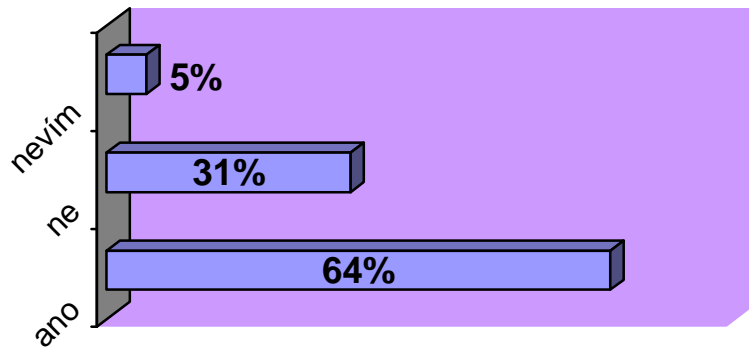
Otázku Jak jsou podle Vás z hlediska informovanosti o následné péči pacienti cizinci připraveni na hospitalizaci/ vyznačit na ose 1-5 /zodpovědělo 100 respondentek, celkem 100 odpovědí(100%).Možnost výborně uvedlo 5(5%), dorozumění velmi dobře uvedlo 15(15%), dorozumění dobře 43(43%), dostatečně 30(30%) a nedostatečnou informovanost uvedlo 7 sester(7%).

Graf 27 Změny v přístupu k pacientům cizincům



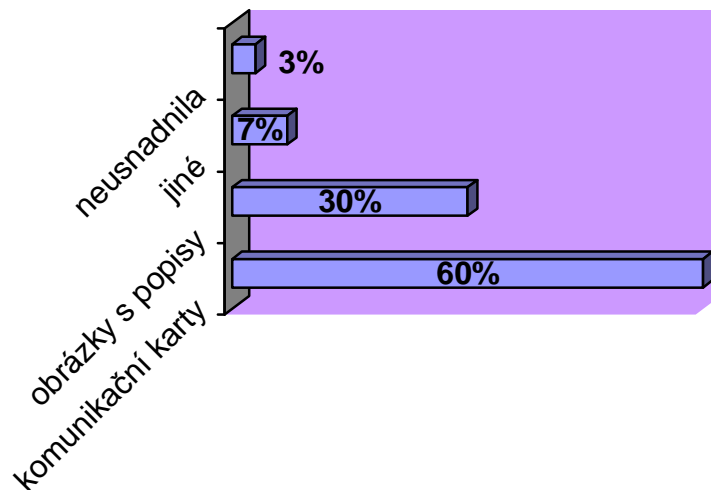
Na otázku Jakou změnou by měl projít přístup v poskytování ošetrovatelské péče pacientů cizinců odpovědělo všech 100 respondentů , celkem odpovědí 282 (100%). Více trpělivosti si přeje 22(8%), více času 32(11%), zlepšení jazykové úrovně 65 (23%), vylepšení multikulturních znalostí 26 (9%), zapojení více sester 9(3%), potřeba zmenšit byrokratické přístupy k léčbě 17 (6%), umožnění hospitalizace dětí cizinců s rodiči 27(10%), vybavenost základní dokumentace v cizím jazyce 56(20%), vybavenost jazykovými kartami se základními údaji 26(9%), není třeba zvláštního přístupu 2(1%).

Graf 28 Splnění práva pacienta cizince na informace



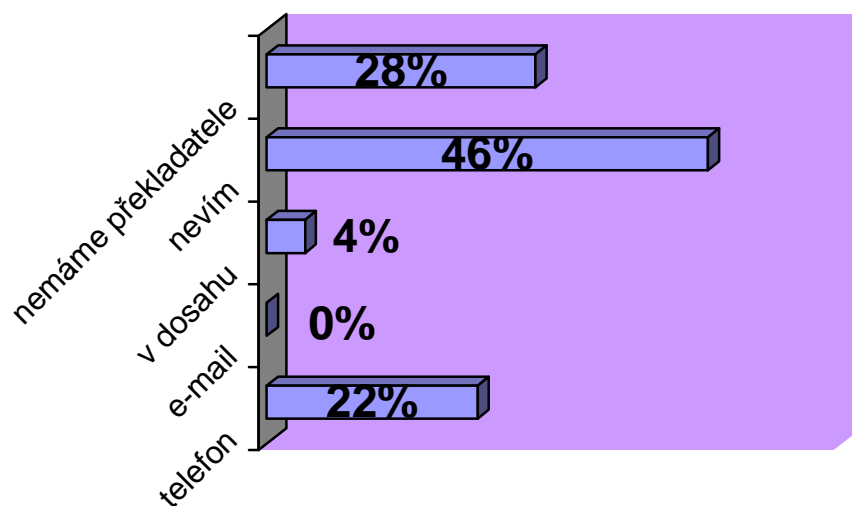
Otázku Domníváte se, že právo pacienta cizince na informace je zdravotníky naplňováno zodpovědělo všech 100 respondentek. Z toho ano uvádí 64(64%) , 31(31%) ne, 5(5%)uvádí možnost nevím.

Graf 29 Usnadnění komunikace - pomůcky



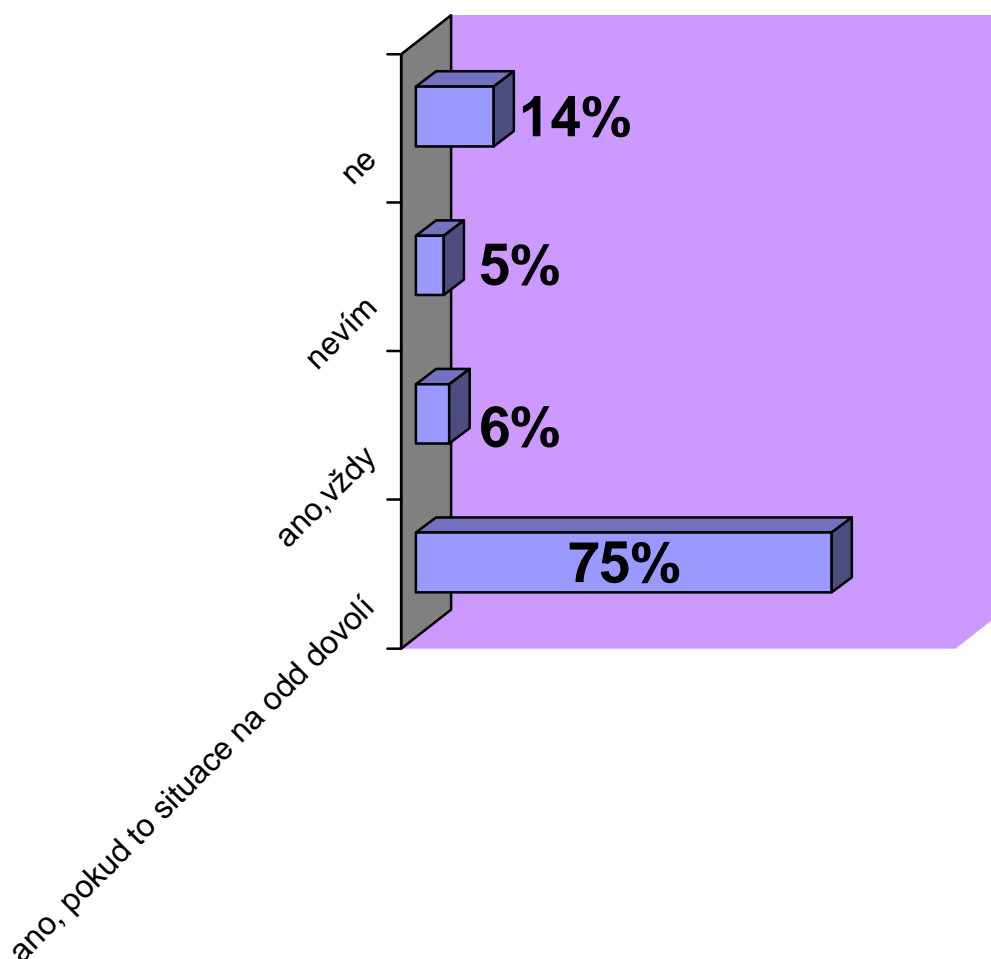
Otázku Pomocí jakých pomůcek by se usnadnila komunikace s pacienty cizinci zodpovědělo 100 respondentů s možností více odpovědí: celkem 125. Komunikační karty uvedlo 75 sester(60%), obrázky s popisy uvedlo 37 sester(30%), jiné 9 (7%) a možnost žádné uvedly 4 sestry(3%).

Graf 30 Kontakt na překladatele



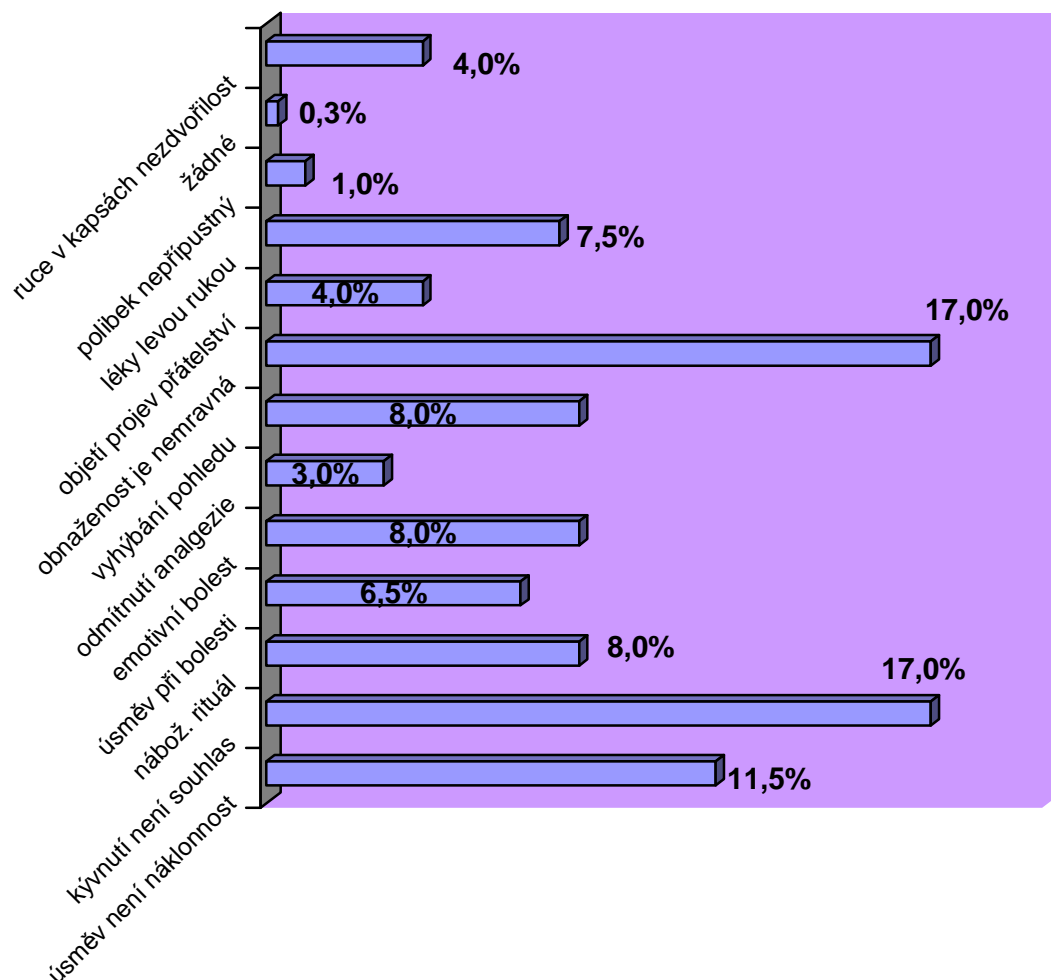
Otázku zodpovědělo 100 respondentů (100%) . Možnost telefon uvedlo 22 (22%), e.mail nevedl nikdo(0%), vždy v dosahu č (4%),nevím 46 (46%),překladatele nemáme 28 (28%).

**Graf 31 Respektování přání pacientů cizinců
vymykající se zvyklostem v naší zemi**



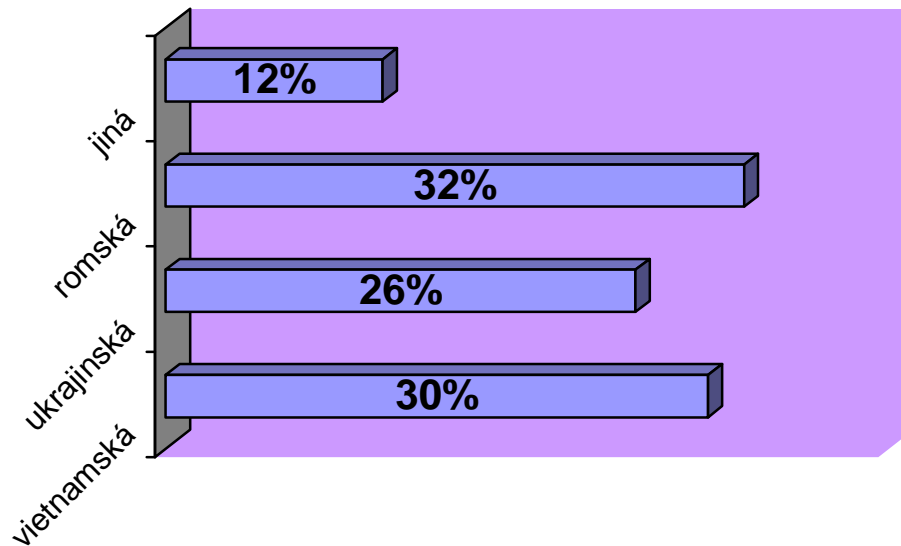
Otázku, zda je třeba respektovat přání cizinců vymykající se zvyklostem v naší zemi zodpovědělo 100 respondentek (100%). Z nich 75 (75%) uvedlo odpověď ano s ohledem na situaci na oddělení, 9% ano vždy, 6 sester(6%) uvedlo nevím a 14 sester(14%) uvedlo ne.

Graf 32 Zvláštnosti neverbální komunikace u cizinců



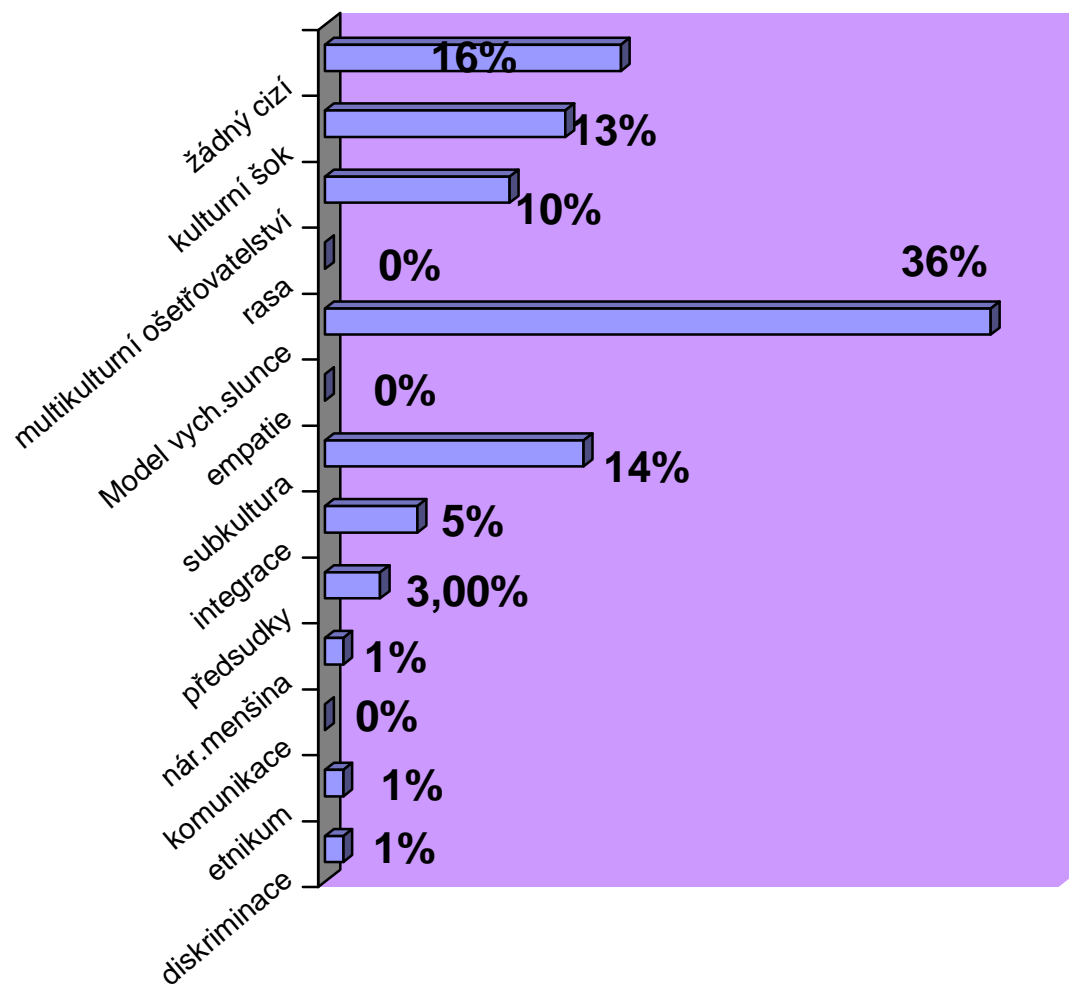
Otázku Znáte nějaké zvláštnosti neverbální komunikace u cizinců zodpovědělo všech 100 respondentů (100%). Využily možnosti více odpovědí, celkem 329 (100%). Možnost úsměv není vždy náklonnost, souhlas udalo 38 (11,5%), kývnutí nemusí znamenat souhlas 57 (17%), náboženský rituál znalo 27 (8%), i při bolesti se pacient usmívá 22 (6,5%), bolest projevovaná vysoce emotivně 27 (8%), odmítnutí analgezie 11 (3%), vyhýbání pohledu přímo do očí 27 (8%), obnaženost části těla je nemravné 56 (17%), ruce v kapsách projev nezdořilosti 13 (4%), objetí je projevem přátelství 25 (7,5%), podání levou rukou je urážlivé 3 (1%), polibek někde běžný zvyk a jinde nepřípustný na veřejnosti 22 (6,5%), žádnou zvláštnost nezná 1 (0,3%)

Graf 33 Nejčastěji ošetřovaná národnost



Otázku Cizince které národnosti jste nejčastěji ošetřovala zodpovědělo všech 100 respondentů, některé vybraly více odpovědí, celkem 144 (100%). Vietnamskou národnost uvedlo 43 (30%), ukrajinskou 38(26%), romskou 46 (32%), jinou 17 (12%).

Graf 34 Neznámé termíny



Otázku Který z termínů je pro Vás zcela cizí zodpověděla celkem 100 sester(100%). Pojmy diskriminace 1(1%),etnikum1(1%), národnostní menšina 1(1%), pojmy komunikace, empatie a rasa nebyly vůbec použity (0%), pojem předsudky 3(3%), pojem subkultura 14(14%), integrace 5(5%), Model vycházejícího slunce byl zmíněn 36(36%),multikulturní ošetřovatelství 10(10%), kulturní šok 13(13%), možnost žádný cizí 16 (16%).

4.2 Řízený rozhovor:

Tabulka 1

Otázka : Hodnocení úrovně jazykových schopností u absolventek (všeobecná sestra, porodní asistentka) pomocí ERR
Respondent 1 : úroveň A1, v případě absolventek gymnázií následně studující porodní asistentku dosažení úrovně A2
Respondent 2 : bez výjimky A1
Respondent 3: z větší části A1, v případě AJ maturitního předmětu dosažení A2
Respondent 4 : A1, výjimečně dosažení A2 (praxe v zahraničí)

Tabulka 2

Otázka : Využití dosažených znalostí studentů v praxi
Respondent 1 : Dosažené odborné znalosti jsou nedostatečné, znalost konverzace velmi slabá, velmi snaživé, chybí široké základy ze střední školy
Respondent 2 : cizí jazyk příliš neuvžívají
Respondent 3 : využití znalostí cizího jazyka pouze za předpokladu, že jdou pracovat mimo Českou republiku
Respondent 4 : předpoklad malého využití, snižování znalostí během praxe

Tabulka 3

Otázka : Největší problém ve výuce cizího jazyka
Respondent 1: rozšířená praxe studentů na úkor výuky cizího jazyka, slučování různých oborů (PA+VS), nedostatečný počet vyučovacích hodin
Respondent 2 : převaha hodin praxe nad vyučováním
Respondent 3: nižší dotace hodin, v porovnání s gymnázii slabší materiál
Respondent 4: sestry rozdílné úrovně, málo vyučovacích hodin

Tabulka 4

Otázka : Možnosti změn a zlepšení výuky cizího jazyka
Respondent 1: Zvýšit počet vyučovacích hodin, možnost zařazení odborných témat,
Respondent 2: možnost stáží, motivace studentů
Respondent 3 : více vyučovacích hodin, zájem o výuku ze strany studentů i společnosti
Respondent 4 : více konverzace, menší vyučovací skupiny, učebnice dle volby lektora

Tabulka 5

Otázka : Nejlepší připravenost – druh střední školy
Respondent 1: jednoznačně z gymnázia
Respondent 2 : gymnázia mají širší záběr, více hodin, lepší materiály
Respondent 3: určitě gymnázia, studenti s vyšším zájmem o výuku CJ
Respondent 4: asi studenti z gymnázia, případně absolventi stáže v cizině

5 Diskuse

Pro výzkum mé bakalářské práce byl vypracován dotazník , který obsahoval 30 otázek. Celkem bylo rozdáno 150 dotazníků sestřám a porodním asistentkám zmiňovaných skupin. Návratnost byla 103, ale 3 dotazníky byly vyplněny nedostatečně, proto byly vyřazeny. Konečný počet dotazníků byl 100(100%). Žádné jiné problémy se v šetřící části nevyskytly, žádná respondentka neuvedla neporozumění otázce či jiný dotaz.

Věková skupina, která vyplnila dotazník, byla z větší části ve věku 26-40 let (44%), tedy sestry s již hotovou nástupní praxí či pracující delší dobu. Naopak sester z nejvyšší věkové kategorie vyplnilo dotazník pouze 7 (7%), což může být vysvětleno i již částečným nezájmem k novým metodám ve výzkumu v ošetrovatelství. Potěšující asi naopak bude fakt, že v otázce vzdělání narůstá počet sester s vysokoškolským vzděláním (graf 2), VŠ vzdělání uvedlo 13 sester ,tj. 13%. Proto můžeme předpokládat, že část sester vyplňující dotazník již také studuje a číslo bude reálně během 1 roku určitě vyšší. Toto tvrzení mohu opřít o výsledky grafu č. 21- získání informací o specifických potřebách pacientů cizinců. Informace získalo studiem na VŠ celkem 31 sester (31%). Graf č.3 naznačuje, které sestry z jakých oddělení se na mém dotazníku podílely. Největší návratnost byla z gynekologicko-porodnického oddělení, kde pracuji, protože to byly sestry, s kterými dlouhé roky pracuji a chtěly mi v mém studiu pomoci alespoň velmi dobrou návratností, tj. 46% ze všech dotazníků.

Nemocnice České Budějovice je jedna z největších v republice. Je tedy nasnadě, že ošetřování pacienta cizince je pro sestry běžná záležitost, skoro všechny se s ním někdy setkaly. Tomu odpovídá graf 4 a graf 5, kdy 97% dotázaných na dotaz, zda ošetřovaly pacienta cizince odpovědělo kladně . V grafu 5 dotazovaných 58 % sester ošetřilo během své praxe více jak 10 pacientů cizinců.

Také otázka počtu narůstání cizinců potvrzuje mou domněnku, že ošetřovaných pacientů cizinců přibývá , což ukazuje graf 6. Celkem 84 % sester se domnívá, že v posledních letech tento počet narůstá.

Důležitou podmínkou pro splnění jedné z hypotéz (H 1) byla otázka negativní zkušenosti z komunikace s pacientem cizincem. Jazykovou bariéru uvedlo v grafu 7

celkem 70 sester, tedy 35% ze všech 195 odpovědí. Důsledkem zmíněného problému mohou být nadále potíže v nepochopení léčby, které zmínilo 5% sester. Ale také potíže se stravováním (10%) a kulturní neznalostí (15%). Velká část sester (23%) uvádí problém také v nedostatečném zdravotním pojištění pacientů. Zajímavá je i uvedená nadřazenost pacientů cizinců, ke které se přiklonilo 8% sester.

Poněkud překvapivé, ale pochopitelné, bylo zjištění v grafu 8, že hlavním dorozumívacím jazykem sester není pouze německý a anglický jazyk, jak by se dalo předpokládat, ale také jazyk ruský, který jako svůj dorozumívací jazyk uvedlo 30% respondentek. Nejvíce sester sice uvedlo jako dorozumívací jazyk němčinu, celkem 37%, ale jazyk ruský byl se svými 30% na místě druhém a jazyk anglický se umístil s 25% dokonce na pomyslném třetím místě. Protože otázka byla kladena s možností více odpovědí a tedy i eventuelní znalostí více jazyků, srovnáním grafů 10, 11, 12 bylo zjištěno, že ke znalosti němčiny se přihlásilo celkem 46 dotázaných, ke znalostem angličtiny 56 sester a znalost ruského jazyka uvedlo 59 respondentek. Vysvětlení bude patrně takové, že vzhledem k nejčastěji zastoupené věkové skupině 26-40 let a 40-55 let (graf 1) bude relativně slušná znalost ruského jazyka pozůstatkem tzv. předlistopadové éry. Ruský jazyk patřil na všech typech středních škol ke sledovaným a procvičovaným předmětům a u většiny respondentek byl určitě i předmětem maturitním. Co se týká porovnání znalostí anglického a německého jazyka, počet sester ani možnost znalostí se příliš nelišily, shodně v obou otázkách odpovědělo pouze po 1 respondentce (2%), že jazyk ovládá výborně. Naopak u jazyka ruského uvedlo hned 6 respondentek (10%) dorozumívací schopnost na výbornou. Ve srovnání s grafy 10 a 11 výbornou znalost němčiny i angličtiny připustilo pouze vždy po jedné respondentce (2%). To jsou určitě zajímavá čísla. Je potěšující a zároveň překvapující, že dorozumívání v ruském jazyce uvedlo celkově nejvíce sester (59 z celkem 156 odpovědí), protože otázka byla kladena s možností více odpovědí. Žádná respondentka z daného vzorku neuváděla znalost nedostatečnou! Dá se tedy předpokládat, že přestože jazyková úroveň sester není na nejvyšší úrovni, pacienti cizinci z rusky mluvících oblastí a sestry mají v této oblasti o něco větší šanci v komunikaci uspět. Toto tvrzení mohu potvrdit i rozhovorem s pracovnící p. Lindou Robauschovou, která má v Nemocnici České Budějovice a.s. na

starosti jednání s cizinci, chodí s nimi řešit problémy s pojištěním apod. Na dotaz, jak probíhá domluva sester s pacienty, odpověděla zcela jednoznačně, že dle jejích zkušeností špatně. Sestry podle ní ovládají velmi průměrně anglický a německý jazyk, docela dobře se podle jejích slov domluví rusky, zvláště ty starší, tj. myšleny sestry kolem 40 let. V žádném případě však neovládají jiné jazyky, maximálně několik pracujících Slovenek umí slovensky, ale tento jazyk jsem ve svém výzkumu ani nezohledňovala, protože předpokládané dorozumění českého a slovenského jazyka a podobnost obou je vysoká.

K předpokládané malé znalosti cizích jazyků jsem také navázala kontakt s vyučujícími na ZSF, kteří připravují studentky pro praxi v oblasti německého a anglického jazyka. Připravený řízený rozhovor byl zvolen s možností anonymity dotazovaných. Zvolila jsem lektory pro jazyk německý a jazyk anglický. Velmi ochotně mi poskytli dostatek údajů a informací ke řízenému rozhovoru. Jednoznačně potvrdili, že sestry absolventky podle nich nejsou dostatečně připraveny na komunikaci s pacientem cizincem. Částečně a s nedostatečnou znalostí německého jazyka přicházejí ze střední zdravotnické školy, absolventky gymnázií mají prý znalosti výrazně lepší. Děje se tak pravděpodobně rozdílným nasměrováním těchto středních škol, neboť zdravotní škola své studentky směřuje zejména pro odbornou praxi a gymnázia naopak kladou na znalost cizího jazyka větší nároky. Podle pedagogů by měly teoreticky sestry absolventky při nástupu do praxe být zařazeny přibližně do skupiny B1 či B2 dle Evropského referenčního rámce (ERR), viz příloha č 4. V praxi se prý s takovou sestrou nesetkali a stěží bývá dosaženo hodnocení A1-A2. I zde jsou tedy ještě velké rezervy, které by měly být díky novému školskému Kurikulu postupně naplňovány.

K výzkumu byl navázán kontakt i s vyučujícími na SZŠ a VOŠ v Českých Budějovicích. Také shodně potvrdily platnost mých hypotéz, že studentky ukončující maturitní ročník a nastupující do praxe nebo ke studiu na VŠ nespĺňují bohužel podmínky ERR a jejich jazyková připravenost na práci s pacientem cizincem je nedostatečná. Všem 4 vyučujícím bylo položeno 5 otázek, na které odpověděli. Prakticky všichni se shodli na tom, že jazyková úroveň je naprosto nedostačující a nedosahující ani předpokládané úrovně A2 v ERR. Jako nejčastěji studovaný jazyk t

všichni shodně uvedli jazyk anglický. Mými výzkumnými výsledky ohledně používání jazyka ruského byly překvapeni. Otázkou využití v praxi uvedl respondent č.3 zkušenost, že vycestují –li sestry za prací do ciziny, jejich znalosti se díky používání jazyka zlepší. Zůstávají-li zde, znalosti stagnují až mizí. Jako hlavní problém mezi rozdílnými znalostmi studentů z gymnázií a ostatních středních škol vidí lektori jednoznačně problém v nižších dotacích jazykových hodin na SZŠ a také použitý slabší výukový materiál pro výuku anglického jazyka. Vyučující ze střední školy také uvedly, že s výbornými výsledky ve znalostech cizího jazyka se setkají pouze v tom případě, chce-li studentka z daného jazyka mít maturitu.

Na řízený rozhovor mohu navázat grafem 13, tázající se na zdokonalování v cizím jazyce. Možnost nemám čas volilo 57%, tedy více jak polovina dotázaných, naopak 35% uvedlo odpověď ano. Oproti tomu však v grafu 18, zda by sestry přivítaly návrh zaměstnavatele na povinné studium cizího jazyka, k možnosti rozhodně ano se přiklonilo 22 %. V případě hrazení této výuky zaměstnavatelem dokonce celých 65% sester. Je možné se tedy domnívat, že sestry se v současnosti zdokonalují v cizím jazyce pouze v omezeném rozsahu, ale pokud by zaměstnavatel vytvořil finanční zázáemí, určitě by se zájem o výuku výrazně zvedl.

Zatím se sestry dorozumívají takřkajíc jak se dá, ale většina vidí jako východisko studium jazyků a také bolavý problém – chybějící jakékoliv přeložené dokumenty. V grafu 14 měly sestry uvést způsob, jak se vlastně dorozumí s pacienty cizinci. Nejvíce sester se dorozumívá pomocí gestiky-ruce, pohledy, celkem 34%.

Jenom 23% sester uvedlo dorozumění se sama cizím jazykem. Pokud si toto číslo představíme v praxi, jenom každá čtvrtá sestřička je schopna se sama domluvit! Tomuto výsledku zhruba odpovídá i graf 15, kde měly respondentky na ose 1-5 označit, jak dobře se s pacienty dorozumí. Nejvíce zastoupená byla odpověď dobře, tedy průměrně, kterou uvedlo 56% sester. Dostatečně, tedy na čtyřku, se domluví 24%,čili právě asi tak každá čtvrtá sestra.

Graf 16 měl naznačit, zda nastupující generace sester bude mít menší komunikační problémy s pacienty díky dokonalejší výuce cizích jazyků. Celkem 80% sester se přiklonilo k názoru ano a jen 5% sester se domnívá ne. Srovnání grafů 17 a 27

ukazuje, že překlady alespoň základních výrazů (22%) potřebných pro ošetrovatelskou péči považují hned po zlepšení jazykové úrovně (26%) za velmi důležité. Ani otázka tlumočnicka či překladatele, byť zdánlivě jednoduchá, problém neřeší, neboť podle grafů 17 a 23 by přítomnost či alespoň kontakt na tlumočnicka vítalo 20% respondentek. Zatím to není vůbec běžná a asi ani levná záležitost a domnívám se, že i v budoucnu budou sestry spíše odkázány na své znalosti a dorozumivací schopnosti než mít spolehlivého překladatele, navíc vždy v dosahu.

Dotaz v grafu 19, zda jsou pacienti cizinci vždy ve ZZ ošetřeni, odpovědělo 99% sester ano, vždy. Možnost odmítnutí uvedla 1 respondentka(1%), v dotazníku byla připsána poznámka z důvodu nepojištění.

Dalším dotazem, potvrzující mé hypotézy, byl graf 20. Dotazoval se na nejčastější problémy, které mohou nejspíše pacienty cizince trápit. Celých 50% sester se domnívalo, že hlavním problémem pro ně bude jazyková bariéra. Také problémy se stravováním zmínilo 18% sester, Potíže může způsobovat i neznalost náboženských zvyklostí(9%) a nemožnost pobytu rodinných příslušníků při léčbě(10%).

V již zmíněném grafu 21, kde sestry získávají své znalosti o specifických potřebách cizinců, bylo využito možnosti více odpovědí. Uvedené výsledky získání informací byly poměrně vyrovnané. Nejvíce svých znalostí sestry získávají praxí(22%), dále studiem na VŠ(19%), četbou časopisů a studijní literatury(9% +17%), internetem 9%. 12% sester uvedlo, že žádné znalosti nemají.Graf 22 zkoumal, zda jsou brány ohledy na specifické potřeby pacientů cizinců. 41% sester se domnívá, že ano, 24% ne a 35% neví. Z tohoto grafu vyplývá nejistota a pouhých 41% kladných odpovědí to potvrzuje. Sestry prostě nejsou dostatečně se specifiky pacientů cizinců v celé šíři seznámeny, asi proto se objevuje vysoký podíl odpovědi neví(35%).

Graf 23 hledal, které problémy se při poskytování péče především vyskytuje. Na tuto otázku odpovědělo 27% sester, že především jim činí problém se domluvit a také chybějící přeložené dokumenty (23%). Problémem bývá i kontakt na překladatele, tlumočnicka. Toho postrádá 18% respondentek.V grafu 24 Obeznamenost pacientů s nabízenou péčí a dostatečnou informovaností byly jako nejčastější problémy zmiňovány opět nedostatečnost dorozumivacího jazyka (29%) a z toho vyplývající

časté neporozumění pojmům (29%). Ale ani 8% zastoupená možnost, že nikdo pacientu cizinci nic nevysvětluje je patrně na pováženou. Zde jsou určité porušována Práva pacientů, bod 3. Určitě by pomohly vícekrát zmiňované přeložené základní dokumenty, ať už by se mohlo jednat o pozitivní či negativní reversy, informované souhlasy s výkony či přímo popis ,co se s pacientem děje či bude dít. Související graf 26 o připravenosti pacientů na hospitalizaci výsledky potvrzuje. Nejčastěji se na ose 1-5 objevilo právě dobře(43%) a dostatečně (30%). Mohu opět konstatovat, že dochází k rozporu s Právy pacientů, bod 7,8,9. S tímto tvrzením je v rozporu graf 28, kdy 64% sester se domnívá, že právo cizince na informace je naplňováno dostatečně.

Jako lehkou odlehčující otázku jsem si dovolila vložit graf 25 , zda by sestry uvítaly možnost dorozumění v českém jazyce, kde podle očekávání odpovědělo 69% ano a zbytek sester to nepovažoval za obvyklé a nesetkal se s tím.

Graf 27 hledá optimální změny, které by mohly vést ke zlepšení v přístupu k pacientům cizincům. Nejvíce sester(23%) si přeje zlepšit jazykovou úroveň. Další sestry si přejí mít na pacienta cizince více času(11%), vylepšit své multikulturní znalosti(9%), vybavit zdravotnické zařízení přeloženou základní dokumentací(20%), umožnit hospitalizovat děti cizinců s rodiči (10%), mít více trpělivosti (8%). Mohu si jen přát, aby se toto vše sestrám postupně splňovalo.

Jako nejsnáze dosažitelné k usnadnění komunikace se pomocí grafu 29 jeví komunikační karty, které uvedlo 60% sester. Také obrázky s popisy by vítalo 30% sester.

Kontakt na překladatele v grafu 30 zmiňuje slepé místo na mapě možností v Nemocnici České Budějovice. Pouze 26% sester tuší, kde najde či dosáhne možnosti překladu, zbytek neví nebo nemá možnost(74%).

Dotaz v grafu 31, zda se mají respektovat přání cizinců vymykající se zvyklostem v naší zemi odpovědělo 75% sester ano, pokud to situace na oddělení dovolí . 9% sester odpovědělo ano, vždy. 14% sester uvedlo ne. Je to zdánlivě malé číslo, ale zároveň může poukazovat na nedostatečnou informovanost multikulturních specifik, které sestry ještě v plné šíři neznají. S tím související následný graf 32 ukázal pouze některá vybraná specifika. Naznačuje, že znalost multikulturního ošetřovatelství bude

ještě nějaký čas u sester chybějící částí ošetrovatelského procesu. Na tuto otázku bylo odpovězeno celkem v 329 možnostech, nejčastěji sestry znaly nemravnost obnažení těla (17%). Znalost ostatních specifik byla na podobné úrovni.

Dotazy na xenofobii a rasismus sester jsem do dotazníku nezahrnovala, protože jsem se domnívala, že by nebylo na tyto dotazy odpovězeno popravdě či vůbec. Nicméně se mohu dohadovat, že určitá část sester může přijímat pacienty cizince i s tímto pocitem či přesvědčením. Je to ovšem otázka celkového vzdělávání a informovanosti, nejen multikulturního ošetrovatelství, ale celkového světového názoru, který v občanech České republiky je zakořeněný a jen pomalu se mění.

Otázku v grafu 35, které termíny jsou pro sestry zcela cizí, jednoznačně zvítězil Model vycházejícího slunce od M. Leiningerové. Byl neznámý pro 43% sester. Dokonce i při osobním přebírání dotazníků jsem byla dotazována, co to je a k čemu se tento termín vůbec vztahuje. Mnohem snadněji se dotazovaným prý vyplňovala otázka na nejčastěji ošetrovanou národnost graf 34. Ošetření Vietnamců uvedlo 30% sester, ošetření Ukrajinců 26% a Romů 32%. Výsledky byly přibližně stejné. Srovnání grafů 34 a 34 poměrně jasně ukazuje, že na jedné straně stojí praxe a jasná představa o odpovědích. Na straně druhé teorie, termíny multikulturního ošetrovatelství a z toho vyplývající tápání, nevědomost. Na tomto místě by bylo dobře zmínit graf 16. Na otázku, zda nastupující generace sester bude mít méně komunikačních problémů díky dokonalejší výuce na SŠ a VŠ, převážných 80 % respondentek odpovědělo ano.

Srovnáním výsledků grafů a odpovědí řízeného rozhovoru potvrzuje jazykovou nepřípravenost sester, vstupujících do praxe. Není divu, že lektoři shodně uvedli znalosti cizího jazyka pouze ty nejzákladnější, nikoliv odborné, znalosti odpovídající A1. Sestry v praxi musí logicky čelit problémům, vyplývajícím z velmi malé neznalosti základů cizího jazyka až po naprostou neznalost termínů odborných.

Dokonalejší výuka cizích jazyků, nové kurikulum a zavedení multikulturního ošetrovatelství spolu dnes při výuce souvisí, jedno podmiňuje druhé. Sestry se musí nejen s pacientem cizincem slušně domluvit, musí také znát jeho potřeby, specifika, předpokládat problémy, které pacient cizinec může mít, nepodceňovat jeho zvyklosti náboženské, stravovací ani kulturní. Odborná literatura zatím tyto problémy řeší

okrajově, přímo k tomuto tématu jsem žádnou knihu neobjevila, čerpala jsem z dostupných zdrojů multikulturního ošetrovatelství, literatury se sociologickým, psychologickým a integračním zaměřením. Práci podobného zaměření jsem objevila v časopisu Sestra 4/2004, kde ovšem na rozdíl od mého výzkumného cíle měla tato práce za cíl zjistit možnosti využití konkrétních jazykových karet pro region.

Zajímavé na této práci bylo, že sestry různých profesí, různého věku a dá se říci i různého stupně vzdělání se poměrně dost často sjednocovaly ve svých názorech. Žádný z dotazů nebyl pro ně vysloveně nesrozumitelný s výjimkou Modelu vycházejícího slunce (výše vysvětleno). Žádná ze sester nežadávala možné jiné návrhy, všechny si v navrhovaných možnostech dokázaly vybrat a přiklonit je ke svému názoru. Z diskuse při rozdávání a stahování dotazníků vyplynulo, že všechny by nadchlo, kdyby v Nemocnici Č. Bud a.s. byla zavedena výuka cizích jazyků a zaměstnavatel by se na ní alespoň částečně podílel. Neznalost různých termínů zase naznačuje, že vhodnost semináře věnovaného problematice, specifickým potřebám cizinců a multikulturního ošetrovatelství vůbec by byla vítána, neboť nic takového se v nemocnici neděje. Pro část sester by byla určitě lákavá i finanční odměna za prokázané jazykové schopnosti při jednání s pacientem cizincem, byla by to částečně i motivace pro sestry další.

Ze své praxe si dovoluji tvrdit, že neexistence jakýchkoliv přeložených dokumentů je zcela tristní a tato nedostatečnost by měla být spolu se znalostmi alespoň jednoho cizího jazyka řešena a vyžadována. Zajímavé je, že stížnosti českých pacientů jsou docela promptně řešeny, ale nespokojenost pacientů cizinců, patrně chybějící, je alibisticky přehlížena. Oni nerozumí nám, my jim, takže si vlastně ani na nic stěžovat nemohou. Z příložené přílohy č.1 – Práva pacienta se zdá, že v případě pacientů cizinců jsme jim ještě leccos dlužni a mnoho věcí by se mělo změnit a napravit. Jazykové porozumění by mohlo být tím prvním krokem, který tento nedostatek může postupně naplňovat.

6 Závěr

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit jazykovou připravenost sester na práci s pacientem cizincem. Pomocí techniky dotazníku a také podpůrné metody řízeného rozhovoru jsem zjistila, že úroveň znalostí cizího jazyka, ale také celková komunikace a používání komunikačních pomůcek u sester je nedostačující. Cíl byl splněn.

Hypotéza 1 Sestry nejsou po jazykové stránce připraveny pracovat s pacientem cizincem - byla potvrzena.

Hypotéza 2 Problém se může vylepšit doporučením a vytvořením komunikačních pomůcek/ překlady, karty, piktogramy/ - byla potvrzena.

Hypotéza 3 Východiskem ke zlepšení péče o pacienty cizince je studium jazyků - byla potvrzena.

Zdravotnické zařízení by mělo mít přehled o jazykových znalostech personálu a využívat jich při zajištění tlumočení, eventuelně je i finančně ohodnotit. Ke zlepšení péče by určitě přispěly překlady základních informací o zdravotnickém zařízení – orientační tabule, letáky brožury, základní dokumenty nejčastěji používané na konkrétních odděleních, vše minimálně ve 2 světových jazycích. Pro zdravotníky by mohl být vydán informační bulletin o nejdůležitějších kulturních, stravovacích a náboženských zvyklostech s cílem vyvarovat se potíží v oblasti oslovování, diety atd.

Tato práce byla pro mne přínosná především v oblasti seznámení multikulturních ošetrovatelských specifíků různých národností, poněkud zarážející byla diskutovaná skutečnost o nízké úrovni znalosti cizích jazyků mladších sester, které ještě mají šanci své znalosti v budoucnu využít, ale nejsou ničím motivovány. Také jejich znalost multikulturality by se určitě zvýšila přínosným cíleným seminářem na danou problematiku, zdůrazněním nutnosti cizího jazyka i v ošetrovatelství. Možných návrhů řešení je tedy hned několik:

- Finančně zajistit a ohodnotit jazykové schopnosti sester

- Uspořádat seminář o multikulturní problematice, seznámit s pojmy a specifiky

- Vypracovat komunikační pomůcky- překlady základních dokumentů

- Zdůrazňovat důležitost studia jazyků

- Zlepšovat jazykovou připravenost sester

7 Seznam použité literatury:

1. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 5.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. 181 s. ISBN 80-7013-391-0
2. BERGER, P.L. *Pozvání do sociologie*. Přel. J. Ogrocký. 2.vyd. Brno: Barristel Principál – Studio, 2003. 194 s. Přel. z: *Invitation to Sociology*. ISBN 80-85947-90-0
3. DE VITO, J. A. *Základy mezilidské komunikace*. Přel. Milan Bartůšek, Jiří Rezek. 1.vyd. Praha: Grada, 2001. 420 s. Přel. z: *Essentials of Human Communication*. ISBN 80-7169-988-8
4. DEMJANČUK, N. *Vzdělání a extremismus*. 1.vyd. Praha: Epoque, 2005. 136 s. ISBN 80-86328-83-X
5. DOENGES, M.E, MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Přel. I. Suchardová. 2.vyd. Praha: Grada, 2001. 568 s. Přel. z: *Nurse's Pocket Guide: Diagnose, Intervention, and Rationales*. ISBN 80-247-0242-8
6. JELLOUN, T. B. *Tati, co je to rasismus?* Přel. A. a E. Lukařští. 1.vyd. Praha: Dauphin, 2004. 67 s. Přel. z: *Le racisme expliqué á ma fille*. ISBN 80-7272-0490X
7. KELLER, J. *Úvod do sociologie*. 5.vyd. Praha: SLON, 2006. 204 s. Studijní texty. sv. 2. ISBN 80-86429-39-3
8. KOLEKTIV *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče*. 1.vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2003. 120 s. ISBN 80-7042-344-7
9. KOLEKTIV. *České vzdělání a Evropa* 1. vyd. Praha: Tauris, 1999. 88s. ISBN 80-211-0312-4
10. KOZIEROVÁ, B. *Ošetrovatelstvo 1,2*. 1.vyd. Martin, SR: Osveta 1995. 1474+1500 s.. Přel. z: *Fundamentals of Nursing*. ISBN 80-217-0528-0
11. MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. *Komunikace pro zdravotní sestry* 1.vyd. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8

12. MOŽNÝ, I. *Česká společnost*. 1.vyd. Praha: Portál 2002. 207 s. ISBN 80-7178-624-1
13. NAUMANN, F. *Umění konverzace*. Přel. Petr Patočka. Vyd.1. Praha: Portál, 2002. 170 s. Přel. z : Die Kunst des Smalltalk. ISBN 80-7178-622-5
14. NAVRÁTIL, P. *Romové v české společnosti*. 1.vyd. Praha: Portál, 2003. 223 s. ISBN 80-7178-741-8
15. POKORNÁ, A. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 1.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 86 s. ISBN 80-7013-440-2
16. PRINS, B. *Konec nevinnosti*. Přel. P. Schurová . 1. vyd. Brno: Barrister Principál, 2005. 152 s. Přel z: -Voorbij de onschuld. ISBN 80-86598078-0
17. PRŮCHA, J. *Alternativní školy a inovace ve vzdělávání*. 1. vyd. Praha: Portál 2001. 139s. ISBN 80-7178-584-9
18. ŠIŠKOVÁ, T. ,ed. *Výchova k toleranci a proti rasismu*. 2. vyd. Praha: Portál, 2000. 203 s. ISBN 7178-285-8
19. ŠPIRUDOVÁ, L. Ed *Multikulturní ošetrovatelství ve vzdělávání sester SZŠ a VZŠ*. 1. vyd. Olomouc 2002 .181s, pracovní texty
20. ŠPIRUDOVÁ, L. ed. *Multikulturní ošetrovatelství I.I*. vyd. Praha: Grada, 2005. 248 s. ISBN 80-247-1212-1
21. ŠPIRUDOVÁ, L. ed. *Multikulturní ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 248.s. ISBN 80-247-1213-X
22. TRACHTOVÁ, E. ed. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: NCONZO, 2004. 184s. ISBN 80-7013-324-21.

8 Klíčová slova

Pacient cizinec

Vzdělání

Multikulturní ošetrovatelství

Komunikace

Národnost

Jazyková vybavenost

9 Přílohy

Seznam příloh:

Příloha 1 Práva pacienta

Příloha 2 Pobyť cizinců na území České republiky

Příloha 3 Evropský referenční rámec pro zhodnocení jazykové úrovně (ERR)

Příloha 4 Dotazník pro sestry a porodní asistentky

Pobyt cizinců na území České republiky

Podmínky pro pobyt cizinců na území České republiky, vstup na území a vycestování z něho jsou upraveny v zákoně č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky.

Za cizince se podle tohoto zákona považuje každá osoba, která není státním občanem České republiky (včetně občanů EU a EHP). **Cizinecký zákon se nevztahuje na cizince, kteří požádali v ČR o azyl a na osoby, kterým byl azyl udělen** (pro tyto obě skupiny osob platí právní režim vyplývající ze zákona č. 325/1999 Sb., o azylu), **na cizince pobývající na území na základě zvláštního zákona upravujícího přechodný pobyt cizích ozbrojených sil nebo na cizince, který požádal o udělení oprávnění k pobytu za účelem dočasné ochrany nebo mu bylo oprávnění k pobytu za účelem dočasné ochrany uděleno.**

Státními orgány České republiky, které vykonávají působnost ve vztahu k pobytu cizinců v ČR jsou především Cizinecká a pohraniční policie, Ministerstvo vnitra ČR a Ministerstvo zahraničních věcí ČR včetně jednotlivých zastupitelských a konzulárních úřadů v zahraničí.

Zvláštním druhem pobytu je pobyt za účelem dočasné ochrany. Tento druh pobytu upravuje zákon č. 221/2003 Sb., o dočasné ochraně cizinců. **Podle tohoto zákona se postupuje jen v případě, že dočasná ochrana cizinců byla vyhlášena rozhodnutím Rady EU.**

Vstup na území, hraniční kontrola

Na území ČR je cizinec oprávněn vstoupit v místech stanovených jako hraniční přechod, tzn. na vymezených místech na hranicích státu, v prostoru mezinárodního letiště, popř. v prostoru mezistátního vlaku. Při překročení hranic je cizinec povinen se na požádání policie podrobit hraniční kontrole. Rozsah dokladů, které je cizinec při vstupu do ČR povinen předkládat závisí jednak na zemi původu cizince (povinnost předkládat vízum či vstup bez víza) a jednak na délce a účelu jeho pobytu v ČR. V zásadě platí, že cestovní doklad při hraniční kontrole předkládají všichni cizinci. Cestovním dokladem je v případě občanů států EU i průkaz totožnosti. Občané EU při hraniční kontrole nepředkládají žádný další doklad. Občané států, s nimiž má ČR mezinárodní smlouvou sjednán bezvízový styk nebo vláda České republiky nařízením rozhodla o zrušení vízové povinnosti, předkládají při hraniční kontrole na vyzvání policie vedle cestovního dokladu další doklady, obdobně jako cizinci mající vízovou povinnost, s výjimkou víz. Cizinci, kteří mají ve vztahu k ČR vízovou povinnost jsou povinni při hraniční kontrole na požádání policie vedle cestovního dokladu předkládat platné vízum, dále doklad o zajištění prostředků k pobytu (hotovost, výpis z účtu, mezinárodně platná kreditní karta, policií ověřené pozvání), doklad o zdravotním pojištění, které uhradí náklady léčení v souvislosti s úrazem nebo náhlým onemocněním včetně nákladů spojených s převozem ostatků zemřelého, doklad o zajištění ubytování, vízum státu, do kterého hodlá cizinec přes území ČR cestovat, prokázat zajištění

nákladů spojených s vycestováním do státu, jehož cestovní doklad vlastní nebo jiného státu trvalého pobytu, vyplnit a podepsat hraniční průvodku, případně sdělit údaje v rozsahu žádosti o vízum.

Přechodný pobyt

V cizineckém zákoně je upraven dvojí režim pobytu, a to pobyt přechodný a pobyt trvalý.

Cizinec může pobývat v ČR přechodně:

- ◆ bez víza
- ◆ na základě krátkodobého víza, dlouhodobého víza, diplomatického víza nebo zvláštního víza
- ◆ na základě povolení k přechodnému pobytu
- ◆ na základě výjezdního příkazu

Krátkodobým vízem je:

- ◆ průjezdní vízum
- ◆ letištní vízum
- ◆ vízum k pobytu do 90 dnů
- ◆ tzv. jednotné schengenské vízum (bude platit až ode dne rozhodnutí o zrušení kontrol na vnitřních hranicích, které bude platné pro ČR).

Dlouhodobým vízem ve smyslu cizineckého zákona je:

- ◆ vízum k pobytu nad 90 dnů
- ◆ vízum za účelem strpění pobytu

Upozornění!

Bez víza jsou oprávněni pobývat na území v rámci přechodného pobytu občané EU a občané ostatních států s nimiž ČR uzavřela příslušnou mezinárodní smlouvu. Další, více speciální případy, jsou stanoveny v zákoně (např. cizinec ve výkonu testu odnětí svobody, letec či jiný člen posádky mezistátní letecké linky apod.).

Pobyt cizince narozeného na území ČR

Pokud se cizinec narodí na území České republiky, považuje se jeho pobyt po dobu 60 dnů od jeho narození za přechodný. V této době je jeho rodič povinen podat za dítě žádost o udělení v zásadě stejného druhu víza, či jiného povolení k pobytu na území, na jehož základě sám v ČR pobývá. To učiní pouze v případě, že dítě v době 60 dnů od narození neopustí území ČR. Pokud by podání žádosti bránilo důvody na vůli rodiče nezávislé (např. zdravotní stav matky po porodu), je cizinec – rodič povinen oznámit tyto důvody bez odkladu policii a žádost za dítě podat bez odkladu po odpadnutí těchto překážek.

K žádosti se dokládá cestovní doklad dítěte, pokud dítě cestovní doklad nemá, cestovní doklad rodiče, rodný list dítěte a doklad o jeho zdravotním pojištění, popř. čestné prohlášení rodiče, že uhradí náklady spojené s poskytováním zdravotní péče dítěti.

Hlášení místa pobytu na území ČR

V následujícím textu budou uvedeny hlavní povinnosti cizince spojené s hlášením místa pobytu na území ČR. Cizinci jsou povinni do 3 pracovních dnů ode dne vstupu na území ohlásit na policii místo pobytu. Při hlášení pobytu jsou povinni vyplnit přihlašovací tiskopis a v něm uvést jméno, příjmení, datum a místo narození, státní občanství, trvalé bydliště v zahraničí, číslo cestovního dokladu a víza, je-li v cestovním dokladu vyznačeno, počátek, místo a předpokládanou dobu a účel pobytu na území a státní poznávací značku motorového vozidla, pokud jím přicestoval. Povinnost ohlásit pobyt se nevztahuje na členy personálu zastupitelského úřadu cizího státu nebo mezinárodní vládní organizace akreditované v ČR a jejich rodinné příslušníky registrované ministerstvem zahraničních věcí. Povinnost ohlásit místo pobytu na policii se dále nevztahuje na cizince, který tuto povinnost splnil u ubytovatele. V případech změn místa pobytu s předpokládanou delší dobou trvání (180 dnů cizinci s povolením pobytu nebo se zvláštním pobytovým povolením, 30 dnů cizinci s dlouhodobým vízem, 90 dnů cizinci oprávnění pobývat bez víza) je cizinec povinen tuto změnu rovněž nahlásit místně příslušné (podle místa nového pobytu) cizinecké policii.

Občan EU a jeho rodinný příslušník je povinen hlásit policii místo pobytu na území do 30 dnů ode dne vstupu, pokud jeho předpokládaný pobyt bude delší než 30 dnů. Přihlašovací tiskopis a v něm uváděné údaje jsou totožné jako u ostatních cizinců. Cizinec nemusí hlásit pobyt policii splnil-li ohlašovací povinnost u ubytovatele.

Ubytovatelem je ve smyslu cizineckého zákona ten, kdo ubytovává cizince za úplatu, nebo ten, kdo ubytovává více jak 5 cizinců (pokud nejde o blízké osoby). Ubytovatel plní přihlašovací povinnost ve vztahu k policii místo cizince. Ubytovatel je povinen vést registraci ubytovaných cizinců a údaje v ní uvedené hlásit ve stanovené lhůtě policii.

Povinnosti cizince:

Kromě ostatních povinností uvedených v cizineckém zákoně má cizinec zejména tyto **povinnosti:**

- ◆ po propuštění z vazby či výkonu trestu se následující den dostavit na cizineckou policii pokud nemá platný cestovní doklad a vízum, je-li ho k jeho pobytu třeba
- ◆ prokazovat se na požádání policie platným cestovním dokladem či průkazem o povolení k pobytu a doložit, že oprávněně pobývá na území ČR (např. platným vízem)
- ◆ hlásit policii změnu příjmení, osobního stavu (sňatek, rozvod)

- ◆ odevzdat policii doklad jí vystavený pokud skončila doba jeho platnosti (s výjimkou cestovního průkazu totožnosti a víza, na jehož základě cizinec vycestoval)
- ◆ ohlásit policii ztrátu či odcizení dokladů vydaných policií, popř. cestovního pasu
- ◆ v zákonem stanovených důvodech strpět úkony jako sejmutí daktyloskopických otisků, pořízení obrazových záznamů, provedení lékařského vyšetření apod.
- ◆ doložit policii na požádání poměrnou část prostředků k pobytu na území

Cestovní doklady:

Za cestovní doklad budou uznány v jednotlivých případech následující dokumenty:

- ◆ veřejná listina, která je Českou republikou uznána jako cestovní doklad
- ◆ veřejná listina, která prokazuje údaje o státním občanství cizince, o jeho totožnosti, údaj o době platnosti listiny a fotografii cizince, pokud je tato listina veřejným dokladem vydaným cizím státem
- ◆ průkaz totožnosti občana EU
- ◆ cizinecký pas
- ◆ cestovní průkaz totožnosti
- ◆ cestovní doklad vydaný Českou republikou na základě mezinárodní smlouvy

Poslední tři jmenované doklady vydává cizinecká policie na žádost cizince. Jedná se o:

Cizinecký pas vydá policie na žádost cizince, který v ČR pobývá na základě povolení k pobytu, nemá platný cestovní doklad a doloží, že si jej jiným způsobem nemůže opatřit. Cizinecký pas lze dále vystavit cizinci mladšímu 15 let nebo jehož způsobilost k právním úkonům byla rozhodnutím soudu omezena, který pobývá v ČR na základě rozhodnutí o svěření do náhradní výchovy.

Cestovní průkaz totožnosti vydává policie na žádost cizince, který nemá platný cestovní doklad a nemůže si jej jiným způsobem opatřit.

Cestovní průkaz totožnosti vydá policie cizinci, který nemá platný cestovní doklad, bez požádání cizince v těchto případech:

- ◆ po prohlášení krátkodobého víza za neplatné
- ◆ po nabytí právní moci rozhodnutí o neplatnosti dlouhodobého víza nebo o zrušení povolení k pobytu
- ◆ po zániku oprávnění k trvalému pobytu
- ◆ po udělení víza za účelem strpění pobytu cizinci, jehož vycestování není ze zákonem stanovených důvodů možné

Cestovní průkaz totožnosti vydá policie cizinci, který nemá platný cestovní doklad, a o jehož vyhoštění v ČR bylo pravomocně rozhodnuto.

Zadržení cestovního dokladu provede policie při kontrole cizince ze zákonem stanovených důvodů, tedy zejména pokud se cizinec prokazuje cestovním dokladem,

který nebyl vydán na jeho jméno, pokud cestovní doklad, který byl vystaven policií lze považovat za neplatný. Pokud policie při kontrole cizinci zadrží jeho doklad, je povinna mu o tom vydat písemné potvrzení. Do 15 dnů od předání místně příslušnému útvaru policie tento rozhodne o jeho odnětí nebo vrácení.

Příloha č. 4

Vážená kolegyně,

Jmenuji se Hana Vodičková a jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty JU v Českých Budějovicích. Téma mé bakalářské práce zní: „Připravenost sester na práci s pacientem-cizincem“, k jejímuž vypracování Vás prosím o vyplnění následného dotazníku. Je zcela anonymní, údaje budou použity pouze pro mou bakalářskou práci, je možné jedna i více možností odpovědí. Za spolupráci děkuji

H.V.

1. Věková skupina

- a) 18 – 25 let
- b) 26 – 40 let
- c) 41 – 55 let
- d) 56 a více let

2. Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) středoškolské
- b) vyšší odborné
- c) specializační PSS
- d) vysokoškolské

3. Na jakém oddělení jste zaměstnána?

.....

4. Ošetřovala jste někdy pacienta – cizince?

- a) ano
- b) ne

5. Jaký počet pacientů cizinců jste během své dosavadní praxe ošetřovala?

- a) 0 -3
- b) 4 -10
- c) 11 a více

6. Máte pocit, že pacientů cizinců ve Vašem zdravotnickém zařízení v posledních letech přibylo?

- a) ano
- b)nevím
- c) ne

7. Máte nějakou negativní zkušenost z komunikace s pacientem cizincem?

- a) jazyková bariéra
- b)neznalost kulturních zvyklostí
- c) nedostatečné zdravotní pojištění a z toho vyplývající problémy
- d)nadřazené chování pacienta cizince
- e)nesprávné pochopení léčby
- f) obtíže se stravováním
- g) žádnou negativní zkušenost nemám
- h) jiná:.....

8. Jak se domluvíte a na jaké úrovni? / 1 výborně5 nedostatečně/

- a) německy 1-----2-----3-----4-----5
- b) anglicky 1-----2-----3-----4-----5
- c)španělsky 1-----2-----3-----4-----5
- d)italsky 1-----2-----3-----4-----5
- e) rusky 1-----2-----3-----4-----5
- f)jiný jazyk..... 1-----2-----3-----4-----5
- g) žádný

9. Zdokonalujete se v současnosti ve znalosti cizího jazyka?

- a)ano
- b)ne, nemám čas
- c) ne, nepovažuji to v ošetřovatelství za důležité

10. Jaké způsoby volíte při dorozumívání s cizinci?

- a)domluví se sama cizím jazykem
- b)vyhledám pomoc kolegyně
- c)gestika – pomocí rukou, pohledů
- d)zavolám překladatele
- e)symbolická kresba
- f)jiné.....

g) žádné způsoby nevolím

11. Vyznačte na ose, jak se dokážete dorozumět s pacienty cizinci?

výborně

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

vůbec ne

12. Přivítala byste návrh zaměstnavatele na povinné studium cizího jazyka?

- a) ano, rozhodně
- b) ano, pokud by ho finančně hradil
- c) spíše ne
- d) ne, nepovažuji to za důležité

13. Kde spatřujete východisko ke zlepšení péče o pacienty cizince?

- a) oblast studia jazyků
- b) překlady základních výrazů používaných ve zdravotnictví v hlavních jazycích
- c) překlady základních informací o zdravotnickém zařízení
- d) finanční ohodnocení znalosti cizího jazyka středně zdrav. personálu
- e) spolehlivé zajištění tlumočnické služby
- f) zavedení výcviku jednání s cizinci
- g) uplatnění netradičních způsobů léčby
- h) jazykové karty

14. Domníváte se, že nastupující generace sester bude mít menší komunikační problémy s pacienty cizinci díky dokonalejší výuce cizích jazyků na střední a vysoké škole?

- a) ano, zcela určitě
- b) nevím, nedokážu posoudit
- c) ne, problémy s cizinci budou i nadále

15. Postrádáte něco při poskytování zdravotní péče pacientům cizincům?

- a) schopnost dohovorit se
- b) znalost jejich kultury
- c) znalost jejich stravovacích zvyklostí
- d) znalost jejich náboženských zvyklostí
- e) chybějící kontakt na překladatele
- f) přeložené základní dokumenty potřebné pro oš. péči /reversy, informované souhlasy.../
- g) seznamování s problematikou multikulturní ošetrovatelské péče
- h) ne, nic nepostrádám

16. Kde jste získala znalosti o specifických potřebách pacientů cizinců?

- a) četbou studijní literatury

- b) semináře o problematice
- c) praxí
- d) studiem na VŠ
- e) žádné nemám
- f) jinak g) časopis h) internet

17. Myslíte si, že je ve ZZ brán ohled na specifické potřeby pacientů cizinců?

- a) ne
- b) nevím
- c) ano

18. Vítáte dorozumění s pacienty cizinci v češtině?

- a) ano
- b) není to obvyklé
- c) nesetkala jsem se s tím

19. Dostane se ve Vašem ZZ vždy ošetření pacientům cizincům?

- a) ano, vždy
- b) někdy jsou odmítnuti, důvod:.....
- c) neošetřujeme cizince, důvod:.....

20. Jaké problémy mají nejspíše pacienti cizinci ve Vašem ZZ?

- a) jazyková bariéra
- b) stud
- c) nízká úroveň hygieny
- d) nespokojenost se stravováním
- e) neznalost náboženských zvyklostí
- f) nemají žádné problémy
- g) nemožnost přítomnosti rodinných příslušníků
- h) nedostatek ohledů s jejich přístupem

21. Jak hodnotíte obeznámenost pacientů cizinců s nabízenou ošetrovatelskou péčí?

- a) výklad je příliš rychlý
- b) výklad je příliš odborný
- c) dochází k častým neporozuměním pojmů
- d) znalost dorozumivacího jazyka je nedostatečná
- e) nikdo mu nic nevysvětluje
- f) pacient cizinec je dostatečně seznámen s problematikou týkající se jeho oš. péče

22. Jak jsou podle Vás z hlediska informovanosti o následné ošetrovatelské péči pacienti cizinci připraveni na hospitalizaci, vyznačte na ose:

dostatečně 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 nedostatečně

23. Jakou změnou by měl projít přístup k poskytování ošetrovatelské péči pacientů cizinců:

- a) více trpělivosti
- b) více času
- c) zlepšení jazykové úrovně cizího jazyka
- d) vylepšení multikulturních specifík. znalostí
- e) zapojení více sester
- f) potřeba zmenšit byrokratické přístupy k léčbě
- g) umožnění hospitalizace dětí s rodiči
- h) vybavenost základní dokumentace v cizím jazyce
- ch) není třeba zvláštního přístupu
- i) vybavenost jazykovými kartami se základními údaji

24. Domníváte se, že právo pacienta cizince na informace je zdravotníky naplňováno?

- a) ano
- b) ne

25. Pomocí jakých pomůcek by se podle Vás usnadnila komunikace s cizinci?

- a) komunikační karty v cizím jazyce
- b) obrázky s popisy
- c) jiné
- d) neusnadnila

26. Víte, kde kontaktovat překladatele?

- a) telefonem
- b) e-mailem
- c) vždy je v dosahu
- d) nevím
- e) překladatele nemáme

27. Znáte nějaké zvláštnosti neverbální komunikace u cizinců?

- a) úsměv není vždy náklonnost, souhlas, může vyjadřovat jen zdvořilost /asijská kultura/
- b) kývnutí nemusí znamenat souhlas /Bulharsko, Turecko/
- c) náboženský rituál /islám, judaismus/
- d) i při bolesti se pacient cizinec usmívá asijská kultura/
- e) bolest projevovaná vysoce emotivně/arabská kultura/
- f) odmítnutí analgezie /vietnamská kultura/
- g) vyhýbání pohledu přímo do očí /islám/
- h) obnaženost části těla je nemravné / Indie, muslim ženy/
- ch) ruce v kapsách – projev nezdvořilosti /Vietnam, čína/
- i) objetí je projevem přátelství/Rusové/
- j) podání léků levou rukou je urážlivé /Afghánistán/
- k) polibek někdy běžný zvyk, jinde nepřipustné na veřejnosti /Francie, Rusko X Vietnam/

28. Myslíte si, že je třeba respektovat přání pacientů cizinců vymykající se zvyklostem v naší zemi?

- a) ano, pokud to situace na odd. dovolí
- b) ano, vždy
- c) neví
- d) ne – přizpůsobit by se měli oni, ne my

29. Který z termínů je pro Vás cizí?

- diskriminace
- etnikum
- komunikace
- národnostní menšina
- předsudky
- integrace
- subkultura
- empatie
- „Model vycházejícího slunce“
- rasa
- multikulturní ošetřovatelství
- kulturní šok

30. Cizince které národnosti jste nejčastěji ošetřovala?

- a) vietnamské b) ukrajinské c) romské
- d) jiné.....