

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

MULTIKULTURNÍ PŘÍSTUP SESTER K ČÍNSKÉ MINORITĚ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Vedoucí práce:

doc. PhDr. Valérie Tóthová, Ph.D., R.N.

Rok:

2007

Autor práce:

Bc. Květa Zapletalová

Abstract

Multi cultural approach of nurses to the chinese minority

This survey assignment is orientated towards subjects closely linked to each other to establish how NHS nurses in the Czech Republic perceive ethnic minorities. What are the opinions on tuition of multicultural nursing and if there are any differences between university and college educated nurses? It was established that the better-educated influences viewed an importance in multicultural nursing.

The next aim of this research was to monitor knowledge of nurses working in areas of multicultural nursing and how they prepare to meet their clients. Also if introduction of carer models is needed in preparation. Multicultural education has already been introduced in colleges, but is lacking evidence how effective this is in practice. Even though nurses are dissatisfied with the obligatory lifelong education (mainly because it is an involuntary system), this is still a necessary way to complete their training, especially the older nurses.

The last phase of study was investigating the knowledge of nurses caring for clients from China and their awareness of the Chinese culture. Again, the differences between university and college educated nurses was evaluated. The second hypothesis determined that the level of education did not play a role in this survey, the nurses had no particular knowledge of Chinese clients or any special care that would be needed.

Collecting of all information was carried out by the usual method of survey forms. Rating the statistically important results was achieved by using the “Pearsons χ^2 - square test”. This is a method of maximum credibility and a “Fishers exact test”.

The statistic analyses proved that the first hypothesis did not confirm the second hypothesis.

This survey assignment showed the importance of introducing multicultural education at college level and no later, And also the importance of stimulating students in taking more interest in other cultures. My work on this subject revealed that there is no awareness of specific care required when dealing with Chinese clients, hypothetically because of the lack of exact and scientific literature of this minority living in Czech Republic.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma *Multikulturní přístup sester k čínské minoritě* vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v přiložené bibliografii.

Souhlasím s použitím práce k vědeckým účelům.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezměněné podobě, fakultou elektronickou cestou, ve veřejně přístupné části databáze STAG, provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích, na jejich internetových stránkách.

V Českých Budějovicích.....

.....
Bc. Květa Zapletalová

Poděkování:

Na tomto místě bych ráda poděkovala doc. PhDr. Valérii Tóthové, Ph.D., R.N. za metodické vedení a cenné připomínky při zpracování mé práce.

Děkuji své mamince a manželovi za podporu, kterou mi poskytovali po celou dobu studia.

Poděkování patří i všem respondentům za pomoc při sběru dat.

Dále děkuji Mgr. Petře Beranové za pomoc na výzkumné části mé práce.

Obsah:

ÚVOD.....	8
1. Současný stav.....	10
1.1 Migrační situace v České republice.....	10
1.2 Etnické klima v České republice.....	11
1.2.1 Kriminalita cizinců, Číňanů.....	11
1.2.2 Integrovaná politika ČR.....	12
1.2.3 Právní aspekt postavení cizinců v ČR.....	13
1.2.3.1 Ochrana menšin v ČR.....	13
1.2.3.2 Zdravotní péče o cizince v ČR.....	14
1.3 Multikulturní výchova.....	15
1.3.1. Nezbytnost multikulturního přístupu.....	16
1.3.2 Od multikulturality k transkulturalitě.....	17
1.3.3 Vývoj transkulturního ošetrovatelství u nás.....	17
1.3.4 Transkulturní ošetrovatelství jako pojem.....	18
1.3.5 Standardy transkulturního ošetrovatelství.....	19
1.4 Ošetrovatelské modely v multikulturním ošetrovatelství.....	20
1.4.1 Ošetrovatelský model dle Leiningerové.....	20
1.4.1.1 Hlavní jednotky modelu.....	21
1.4.1.2 Sběr informací v transkulturním ošetrovatelství dle Madeleine Leiningerové.....	21
1.4.2 Ošetrovatelský model dle Gigerové a Davidhizarové.....	23
1.4.3 Blochův průvodce etnicko-kulturním posuzováním.....	23
1.5. Historie migrace Číňanů do České republiky.....	24
1.5.1 Novodobá migrace Číňanů.....	24
1.5.2 Číňané v ČR nyní.....	25
1.5.2.1 Čínští podnikatelé.....	25
1.5.2.2 Čínští studenti.....	26
1.5.2.3 Číňané a my.....	26
1.5.2.4 Jací jsou vlastně doopravdy Číňané?.....	27
1.6 Politické vztahy České republiky a Číny.....	28

1.7 Historie Číny	29
1.7.1 Historické zvyklosti.....	30
1.8 Čína v současnosti	31
1.8.1 Geografické a demografické údaje Číny.....	31
1.8.2 Úřední jazyk	32
1.8.3. Náboženství v Číně.....	32
1.8.3.1. Falung gang.....	33
1.8.4 Politický systém Číny.....	34
1.8.4.1 Soudní systém Číny.....	35
1.8.4.2 Vězeňský systém Číny.....	36
1.8.5. Ekonomika Číny.....	36
1.8.6 Čínské zdravotnictví	37
1.8.6.1 Čínská medicína.....	38
1.8.6.2 Čínská medicína versus klasická.....	39
1.8.7 Populační vývoj v Číně.....	40
1.9 Specifika čínské menšiny v České republice	41
1.9.1 Komunikace.....	41
1.9.1.1 Základní požadavky na sestru při komunikaci.....	41
1.9.1.2 Mezikulturní (interkulturní) komunikace.....	42
1.9.1.3 Komunikace s cizinci ve zdravotnickém zařízení.....	42
1.9.1.4 Komunikační karty (piktogramy).....	43
1.9.1.5 Pravidla při komunikaci přes tlumočnicka.....	44
1.9.2 Zvláštnosti komunikace čínské komunity a komunikační etiketa.....	44
1.9.2.1 Verbální komunikace.....	44
1.9.2.1.1 Oslovování.....	44
1.9.2.1.2 Konverzace.....	45
1.9.2.2 Neverbální komunikace.....	45
1.9.2.2.1 Pozdravy.....	46
1.9.3 Stravování a stolování.....	46
1.9.3.1 Složení jídelníčku.....	46
1.9.3.2 Stolování.....	47

1.9.4	Tradiční rodinná a příbuzenská struktura.....	47
1.9.5	Těhotenství a porod.....	47
1.9.6	Čínské ženy v péči o novorozence	48
1.9.7	Životní styl.....	48
1.9.7.1	Oblékání a vzhled.....	49
1.9.7.2	Hygienické zvyklosti.....	49
2.	Cíle a hypotézy.....	50
2.1	Cíle práce.....	50
2.2	Hypotézy.....	50
3.	Metodika a charakteristika výzkumného souboru.....	51
3.1	Použitá metodika sběru dat.....	51
3.2	Statistická analýza.....	51
3.3	Charakteristika výzkumného souboru.....	51
4.	Výsledky výzkumu.....	53
5.	Diskuze.....	105
6.	Závěr.....	114
7.	Seznam použité literatury.....	116
8.	Klíčová slova.....	120
9.	Přílohy.....	121

ÚVOD

Motto: „Provádění ošetrovatelské praxe, která odpovídá lidem různých kultur, je neustálou výzvou pro zdravotní sestry.“ (Richards, 2004)

V každém státě žije vedle majoritního národa řada menšin etnických skupin a občanů, hlásící se k jiné národnosti. I my žijeme v multikulturním státě. *Žijeme ve společnosti, v níž se všechny kultury učí žít vedle sebe a vzájemně se obohacovat.* (De Vito, 2001) Zejména tíživá ekonomická situace přivádí do České republiky příslušníky dalších národů, zejména Asiaty. Člověk, který se již emigrací dostane do nepřírozené situace a navíc ho postihne neštěstí v podobě nemoci, potřebuje velmi citlivý a profesionální postoj zdravotníků. Potřebuje holistickou péči s ohledem na kulturní variabilitu. V našem státě se v současné době klade velký důraz na lidská práva každého jedince, je patrná snaha o zajištění rovnosti příležitostí, každý jedinec jakékoliv menšiny má právo na to, aby si zachoval svůj jazyk, kulturu i tradici a my bychom to měli respektovat

To vše je možné pouze tehdy, pokud bude zdravotnický personál na setkání s cizincem profesně připraven, tzn., bude mít teoretické základy v poskytování kulturně specifické péče. Ty sestry mohou získat jak v kvalifikační přípravě sester, tak díky systému povinného celoživotního vzdělávání zdravotníků, kde si osvojují vědomosti ve škole nenabyté. Velkým úkolem zdravotnických pracovišť je jednak motivace sester k dalšímu vzdělávání v oblasti transkulturního ošetrovatelství a také připravenost operativně zareagovat v situacích komunikační bariéry, která tvoří největší úskalí při kontaktu s cizincem.

V současné době žije trvale na území ČR kolem 3500 Číňanů. Mou motivací pro napsání této práce bylo, shromáždit co nejvíce informací o čínské minoritě, žijící na území ČR, která má pověst velmi teritoriální komunity a to nejen na našem území, ale i na celém světě. Kolem života Číňanů se rozprostírá magické tajemství a jeho rozluštění by znamenalo usnadnění péče sester o tyto klienty.

Zajímalo nás, jaké etnické klima panuje v českých nemocnicích, jak je české zdravotnictví, připraveno na setkání s občany přicházející z Číny a jaké jsou konkrétní znalosti sester o čínské menšině a Číně, jako o jedné z nejlidnatějších zemí světa. Chtěli jsme poukázat na problémy a případné nedostatky ve znalostech sester.

Snahou této práce je poukázat na možné problémy, spojené s vysokou kulturní variabilitou, se kterými se sestra setkává při ošetřování čínského klienta a na možné rezervy v teoretické přípravě sester na transkulturní ošetřování.

1. Současný stav

1.1 Migrační situace v České republice

Neexistuje jediná Evropská země, která by nebyla zasažena migračními pohyby. Občané Evropy se stěhují jak mimo Evropu, tak uvnitř světadílu a zároveň migranti a uprchlíci z ostatních částí světa přicházejí, aby v Evropě začali nový život. Velkou roli vždy hrála kolonizační historie dané země, proto Česká republika zase tak mohutným přílivům cizinců čelit dříve nemusela. (Šišková, 2001)

Až po roce 1990 se stala Česká republika cílem imigrantů, skupin i jednotlivců, jak ze sousedních zemí, tak ze vzdálených oblastí, ve větší míře. Přišli lidé odlišných kultur, náboženství i barvy pleti, kteří se tu usídlili buď trvale, nebo dočasně-přechodně.

Migrace sebou nese pozitiva, bohužel ale i negativa. V české republice se mezi pozitiva může řadit populační růst, příliv vzdělaných lidí, ekonomický růst a nedá se opomenout ani přínos poznávání ostatních národů, odlišných kultur a učení veřejnosti žít v multietnické zemi. Za největší negativum je považováno zdravotní riziko-infekční choroby.

V roce 2005 se do České republiky ze zahraničí přistěhovalo téměř 59 000 cizinců a naopak, z ČR se do zahraničí vystěhovalo necelých 22 000 cizích státních příslušníků. K migraci odedávna patřila i ilegální migrace, té bylo v roce 2005 zaznamenáno kolem 15 000 případů.⁽¹⁴⁾ V České republice žilo k 31. 12. 2005 278 312 cizinců, z toho 110 598 cizinců s trvalým pobytem, 167 714 cizinců s některým z typů dlouhodobých pobytů nad 90 dnů. (Český statistický úřad, 2006)

K 31. 12. 2006 Ředitelství služby cizinecké a pohraniční policie MV ČR v České republice evidovalo 321 456 cizinců, z toho 139 148 cizinců s trvalým pobytem, 182 308 cizinců s některým z typů dlouhodobých pobytů nad 90 dnů (tj. přechodné pobyty občanů EU a jejich rodinných příslušníků, dále víza nad 90 dnů a povolení k dlouhodobému pobytu občanů zemí mimo-EU). Dále bylo v ČR Odborem azylové a migrační politiky MV ČR ke stejnému datu zjištěno 1 887 cizinců s platným azylem. Vývoj počtu cizinců, s trvalým nebo s některým z typů dlouhodobých pobytů nad 90 dnů, je od roku 1993 vzrůstající. Jediný pokles nastal v roce 2000 a 2001. Z dat Českého statistického úřadu (dále jen ČSÚ) je jasné, že nejvíce do České republiky přicházejí lidé z Ukrajiny, Slovenska, Vietnamu, Polska a Ruska. (Český statistický úřad, 2006)

1.2 Etnické klima v České republice

Jak bylo již výše zmíněno, soužití různých minoritních kultur v majoritní společnosti má přínos v poznávání ostatních národů a odlišných kultur a učení lidí žít v multietnické zemi. Zároveň bylo řečeno, že největší negativum je zdravotní riziko. Do České republiky často přicházejí lidé z částí světa, kde očkování a prevence nejsou součástí a samozřejmostí politiky státu. Jako příklad je udávaná Tuberkulóza. Dle ČSÚ v roce 1999 bylo 1631 nově nahlášených případů TBC, v roce 2005 to bylo už jen 1007 osob. Tedy jednoznačně klesající trend. Nejvíce se na těchto číslech podíleli osoby z Ukrajiny, Slovenska a Vietnamu. (Český statistický úřad, 2006)

V České republice nebyl dosud proveden validní výzkum s kvalitativním sběrem dat, který by jednoznačně dokázal, jaké etnické klima panuje v české společnosti. Někdy je zaměňován pojem rasismus a xenofobie, často si lidé pletou také pojem rasa a národ. Avšak výsledky výzkumu za poslední desetiletí hovoří o tom, že „srdce Čechů láskou k jiným zde žijícím etnikům nijak nehoří“. Podobné postoje zaujímají i lidé v jiných postkomunistických zemích. (Ivanová, 2005)

1.2.1 Kriminalita cizinců, Číňanů

Časté předsudky a příčiny xenofobie vyplývají z obávané kriminality cizinců. I ty jsou však neopodstatněné. Dle ČSÚ bylo z celkového počtu, 87000 stíhaných osob v roce 2005, 4 % cizinců, 4% cizinců z celkového počtu obžalovaných a pravomocně odsouzeno 6% cizinců opět z celkového počtu. (Český statistický úřad, 2006) Není znám případ, kdy by konkrétně Číňan poškodil našeho občana. Spíše jde o „vyřizování účtů“ v rámci své komunity. (Dufour, 2006)

Je známá schopnost médií manipulovat s veřejným míněním. Má-li občan ČR dojem, že se u nás cizinci dopouštějí trestných činů ve větším rozsahu než občané místní, mohou zato právě především sdělovací prostředky. Například nás informují o čínské mafii, která u nás údajně působí od roku 1990. Problémem zde jsou spíše gangy či skupiny, které se živí vydíráním a pašováním lidí přes státní hranice. (Dufour, 2006)

1.2.2 Integrovaná politika ČR

Integrace cizinců v naší zemi je velmi složitý problém a řešení je nejen

v kompetenci České republiky, ale i EU.

V roce 1999 vznikly Zásady koncepce integrace cizinců na území ČR a v roce 2000 pak byla schválena Koncepce integrace cizinců na území ČR (dále jen Koncepce). Je zaměřena hlavně na cizince žijící u nás dlouhodobě a legálně alespoň po dobu jednoho roku. Obsah Koncepce si každý může přečíst na webových stránkách MPSV. Integraci se chápe jako důsledek imigrace a komplexní proces postupného včleňování nově příchozích do stávající majoritní společnosti. Tento komplexní proces má aspekty ekonomické, sociální, kulturní, ale i právní a politické. Právní rámec pro vytvoření Koncepce byl zákon č. 498/1990 Sb. o uprchlících a zákon 123/1992 Sb. o pobytu cizinců na území ČSFR. (Cizinci v České republice) (Ivanová, 2005)

Integrační politika ČR je problematika, která vyžaduje komplexní přístup a na jejímž řešení se musejí podílet všichni nezbytní aktéři – tzn. stát, kraje, obce, nevládní organizace, zaměstnavatelé, občanská společnost a také samotní cizinci. Zároveň je nutné, aby naši politici integrační politiku plánovali v dobře promyšleném dlouhodobém rámci. Dosavadní zkušenosti ukazují, že izolovaná snaha zlepšit postavení cizinců, ač dobře míněná, je odsouzena k neúspěchu. (Rozmanitost a soudružnost: nové úkoly v oblasti integrace imigrantů a menšin, 2000)

V roce 2006 se několik ministerstev začalo aktivně zapojovat do tvorby lepších podmínek pro cizince žijících u nás. Například Ministerstvo kultury má projekty podpořené MK v konkurzním programu Integrace cizinců a v rámci dotačních programů odboru umění a knihoven a odboru médií a audiovizí. Ministerstvo školství, tělovýchovy a mládeže podpořilo projekty v rámci dotačního Programu na podporu aktivit v oblasti integrace cizinců na území ČR. Ministerstvo práce a sociálních věcí podpořilo dotační program Podpora integrace cizinců v ČR. Dokonce tyto projekty podpořilo i Ministerstvo průmyslu a obchodu. Ministerstvo vnitra se podílelo na dotačních programech Právní poradenství a Rozvoj vztahů cizinců a jejich komunit s občany, a další projekty. (Cizinci v České republice)

Na tvorbě integrační politiky se v ČR vlastně podílí, ze Státní správy: Ministerstvo vnitra, Ministerstvo financí, Ministerstvo práce a sociálních věcí, Ministerstvo zahraničních věcí, Ministerstvo průmyslu a obchodu, Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, Ministerstvo zdravotnictví, Krajské úřady, Úřady práce, Živnostenské úřady,

Oddělení cizinecké policie, Český statistický úřad. Dále také: Poskytovatelé zdravotních služeb (lékaři, nemocnice a léčebny, zdravotní záchranné služby, ošetrovatelská péče, rehabilitace, lázně, sanatoria, lékárny atd.), Zdravotní pojišťovny (veřejné i komerční). Neopomenutelné jsou Nestátní organizace v ČR: Český helsinský výbor, Organizace na pomoc uprchlíkům, Sdružení občanů zabývajících se emigranty, Česká katolická charita, Diakonie, Poradna pro integraci, Mezinárodní organizace pro migraci. (Ivanová, 2005) (Ivanová, 2005)

1.2.3 Právní aspekt postavení cizinců v ČR

Určujícím faktorem je státní občanství. Státní občanství České republiky se podle zákona č. 40/1993 Sb. o nabývání a pozbývání státního občanství České republiky, ve znění pozdějších úprav, nabyvá narozením, osvojením, určením otcovství, nalezením na území České republiky, prohlášením a udělením. Udělit lze Státní občanství České republiky fyzické osobě, která splňuje současně tyto podmínky:

1. Má na území České republiky ke dni podání žádosti po dobu nejméně pěti let povolen trvalý pobyt a po tuto dobu se zde převážně zdržuje;
2. Prokáže, že nabytím státního občanství České republiky pozbude dosavadní státní občanství nebo prokáže, že pozbyla dosavadní státní občanství, nejde-li o bezdomovce nebo osobu s uděleným azylem na území České republiky;
3. Nebyla v posledních pěti letech pravomocně odsouzena pro úmyslný trestný čin;
4. Prokáže znalost českého jazyka; (Český statistický úřad)

1.2.3.1 Ochrana menšin v ČR

Menšiny v ČR jsou chráněny především zákonem č. 273/2001 Sb. o právech příslušníků národnostních menšin. Ochrana menšin se dotýká těchto oblastí:

- * Práva na ochranu před násilnou diskriminací – trestní zákon postihuje trestné činy s rasistickým motivem.
- * Práva na ochranu před nenásilnou diskriminací – je sice deklarována přijetím Úmluvy o odstranění všech forem rasové diskriminace OSN, nicméně spíše formálního charakteru. Neméně důležité je i ponižující jednání policie s příslušníky menšin.
- * Práva na seberealizaci a rozvoj vlastní etnické, národnostní a kulturní identity. Je

zabezpečováno dotační politikou.

* Práva na plnou integraci do společnosti. Nejtěžší úkol pro ČR – týká se zejména Romů. (Šišková, 2001)

1.2.3.2 Zdravotní péče o cizince v ČR

Zdravotní péče je cizincům hrazená buď ze smluvního pojištění, nebo ze zahraničního pojištění či si zdravotní péči hradí cizinec hotově. Není-li zdravotní péče nijak uhrazena, zaplatí jí státní orgán, tedy stát.

Údaje čerpání zdravotní péče cizinci se sledují na ročním výkaze V (MZ) 1-01, který vyplňují pouze nemocnice. Jde o cizince, kteří hradí zdravotní péči ze smluvního zdravotního pojištění, pojištění uzavřeného v zahraničí, hotově nebo je zdravotní péče hrazena státními orgány (Ministerstvem zdravotnictví, Ministerstvem vnitra, Ministerstvem spravedlnosti, Krajskými úřady apod.). Zároveň jsou v počtu cizinců uvedeni i utečenci, ubytovaní v utečeneckých táborech, kdy je zdravotní péče hrazena Ministerstvem vnitra. Ve výkazu nejsou uvedeni cizinci s dlouhodobým pobytem, kteří čerpají zdravotní péči ze Všeobecného zdravotního pojištění. (Ivanová, 2005)

Nejčastější příčinou hospitalizace cizinců v roce 2005, dle ČSÚ, byly diagnózy: 1. Poranění, otravy a některé jiné následky vnějších příčin, 2. Nemoci oběhové soustavy, 3. Těhotenství, porod a šestinedělí, 4. Nemoci trávicí soustavy. (Český statistický úřad)

Zdravotní rizika migrantů vyplývají ze tří základních skupin:

1. Zevní příčiny: žíněný klimatu, časový posun, transkulturální odlišnosti prostředí, vztah místní populace k migrantům.

2. Vnitřní příčiny: problémy komunikace v cizím jazyce, sociální izolace (často i od rodiny), změny ve způsobu trávení volného času, omezené možnosti navazovat neformální vztahy, zvýšená nutnost adaptace

3. Možnost ohrožení veřejného zájmu: ve smyslu přenosu infekčních nebo parazitárních nemocí, možnost zhoršení zdravotního stavu migranta vzhledem ke změně životních podmínek. (Ivanová, 2005)

Migranti jsou vystaveni zvýšenému riziku onemocnění a úmrtí, které může mimo jiné vyplývat i z chybného chápání a interpretování příznaků.

Multikulturní společnost musí systematicky monitorovat socioekonomické

diference ve zdravotním stavu různých skupin obyvatelstva, identifikovat rizikové faktory a příčiny zjištěných rozdílů. Na základě zjištění pak hledat možnosti intervencí, které by zabránily předčasným úmrtím a zbytečné nemocnosti u rizikových skupin obyvatelstva. Pro rizikové skupiny je charakteristická nízká ekonomická úroveň a s ní nižší vzdělanost, nižší spotřeba zdravotní péče a pro zdraví nepříznivý způsob života. (Ivanová, 2005)

Socializace člověka, zařazení do společnosti je procesem, který má pro další vývoj člověka zásadní význam. Se vzrůstající imigrací by se měly stávat samozřejmostí oddělení pro kontakty s cizinci. V Praze je takové oddělení v Nemocnici Na Homolce a v Motole. „Naše oddělení se mimo jiné zabývá zajišťováním plateb za léčení nepojištěných pacientů, komunikací se zahraničními pojišťovnami, zhotovováním odhadů operací, tlumočením apod. S přístupem sester k čínským pacientům nemáme zkušenosti. (Trachtová, 2001) (Alžběta Janků, 2007)

1.3 Multikulturní výchova

Potíž spojená s tímto pojmem je v tom, že se daná činnost označuje jako „výchova“. To je důsledkem toho, že termín *multikulturní výchova*, který se k nám dostával ze zahraničí po roce 1989, byl převzat z anglického *multicultural education*. Jenže v angličtině termín „education“ vyjadřuje několik výrazů: výchova, vzdělávání, nebo také pedagogika. U nás se začalo používat významu „výchova“, což není přesné. Dominantní složkou multikulturní edukace je vzdělávání, tedy proces, který spočívá v záměrném, organizovaném vyučování nějakých poznatků, dovedností, postojů a s tím spojeném učení na straně vzdělávaných subjektů. (Průcha, 2006)

V politické rovině se multikulturalismus prosazuje zdůrazňováním lidských práv a svobod, které nesmí být ohrožovány a deformovány privilegii určitých rasových, etnických nebo náboženských skupin. (Ivanová, 2005)

Multikulturní výchova se dnes v mezinárodním měřítku rozvíjí jako oblast vědecké teorie a výzkumu a také ve výchově a vzdělávání budoucích zdravotnických pracovníků bychom ji takto měli chápat. Multikulturní výchova se snaží vytvářet prostřednictvím vzdělávacích programů způsobilost lidí chápat a respektovat i jiné kultury než svou vlastní. Má značný praktický význam vzhledem k vytváření postojů vůči imigrantům, příslušníkům jiných národů, ras apod. Jestliže chceme efektivně provádět

multikulturní výchovu v praxi, musíme se opírat o její teorii – a ta má dnes transdisciplinární povahu, tj. je založena na poznacích několika různých věd a disciplín. (Ivanová, 2005)

Jiná definice říká: „Multikulturní výchova je edukační činnost zaměřená na to, aby učila lidi z různých etnik, národů, rasových a náboženských skupin žít spolu, vzájemně se respektovat a spolupracovat.“ (Průcha, 2006)

Provádí se na základě různých programů na školách a v mimoškolních zařízeních, v osvětových akcích, v reklamních kampaních, v politických opatřeních. Jsou s ní spojovány velké naděje i značné finanční prostředky, ale její skutečné efekty nejsou spolehlivě prokazovány. (Průcha, 2006)

1.3.1 Nezbytnost multikulturního přístupu

Nemoc stejně jako zdraví má mnohofaktorový, bio-psycho-sociální základ. V moderní společnosti ubývá jednoznačná etiologie nemocí, kdy v popředí bývají fyzikální, chemické nebo bakteriální faktory. Naproti tomu se do popředí dostávají nemoci, u kterých hrají roli faktory psychické a sociální. (Balvín, 2005))

Nejčastější příčinou hospitalizace cizinců v roce 2005, dle ČSÚ, jak již bylo výše uvedeno, byly diagnózy: 1. Poranění, otravy a některé jiné následky vnějších příčin, 2. Nemoci oběhové soustavy, 3. Těhotenství, porod a šestinedělí, 4. Nemoci trávicí soustavy. Dá se předpokládat, že právě faktor psychický a sociální může být suspektní příčinou u chorob oběhové a trávicí soustavy. (Český statistický úřad)

Lidé jiných národností mají, kromě jiného, odlišný způsob myšlení a pochází z různých sociálních prostředí. Přiměřená péče a léčba má být poskytována nezávisle na národnosti, etnickém původu, náboženství a vyznání, politických názorech, světových názorech, sociálním statusu, stáří, pohlaví, nemoci a zdravotním postižení. K tomu je důležité mít znalosti o etnických skupinách, minoritách, kulturních hodnotách a také znát vlastní kulturu. (Divour, 2006) Není to ale to jediné, co musí zdravotník znát. Po praktické stránce by měl vědět, jak se chovat, nerozumí-li tomu, co mu cizinec říká, například v ambulanci. Jak přivolat tlumočnicka, je-li to nutné. Jak se chovat při tlumočení? Zdá se to banální, často ale právě to bývá velkým problémem. Až po zvládnutí všech problematických aspektů, bude péče opravdu kongruentní. (Ivanová, 2005)

1.3.2 Od multikulturality k transkulturalitě

Ve společnostech, kde je podíl cizinců v populaci velmi vysoký, se koncepce vyrovnání se s fenoménem migrace vyvíjela od asimilace migrantů. Ta byla kritizována za malou efektivitu, a proto se vytvořil koncept multikulturalismu (60. a 70. léta 20. století). Ten podporoval uchování intaktní kulturní identity migrantů. (Ivanová, 2005)

V 80. letech se dospělo ke zjištění, že multikulturalismus nevede k rovnoprávnému soužití, ale spíše prohlubuje izolovanost cizinců (vytvářeli se cizinecká ghetta). Objevovaly se tendence k jejich společenskému znevýhodňování a sociální segregaci. Moderní pluralitní společnost ovšem potřebuje sociální a ekonomickou integraci migrantů a jejich participaci na řešení ekonomických, sociálních a politických problémů. Proto byl vytvořen koncept transkulturalismu, který upřednostňuje ne kulturu, ale obousměrnou interakci mezi majoritní společností a cizími minoritními skupinami. (Ivanová, 2005)

Základ transkulturního ošetrovatelství tvoří teorie Madeleine Leiningerové, kterou nazvala teorií kulturně diverzifikované (různorodé) a univerzální (shodné) péče. Myslí tím poznání, pochopení a využívání společných a rozdílných znaků kultur při poskytování ošetrovatelské péče. (Špirudová, Bursová, 2002)

1.3.3 Vývoj transkulturního ošetrovatelství u nás

V 50. letech se zformoval obor transkulturního ošetrovatelství. Sestry péči přímo poskytují a právě ony si uvědomily důležitost kongruentní péče. Ta si své místo našla pak i v medicíně, farmacii, fyzioterapii, sociální práci apod. (Ivanová, 2005)

Léta 2000–2004 znamenala v ČR otevření diskuze a obrácení pozornosti zdravotníků-teoretiků i praktiků, k problematice transkulturní ošetrovatelské péče. Součástí edukace na fakultách zdravotně – sociálních a lékařských je multikulturní výchova. Velký výkon musí podávat jak vyučující, tak studenti, poněvadž výuka je teprve v počátcích. Postupně se zvyšuje počet vyučujících, který byl na počátku formování oboru transkulturního ošetrovatelství nízký. (Ivanová, 2005)

V roce 2002 a 2003 ústavy ošetrovatelství z ostravské Zdravotně sociální fakulty opakovaně získaly granty Ministerstva vnitra a Ministerstva zdravotnictví ČR na téma „Překonávání komunikačních a kulturních bariér při péči o pacienty odlišných etnik a kultur“. Tato publikace je k dispozici na webových stránkách. (Špirudová, 2006)

1.3.4 Transkulturní ošetrovatelství jako pojem

Dle modelu Gigerové a Davidhizarové chápeme transkulturní ošetrovatelství jako oblast kulturně přiměřené praktické péče, která je zaměřena na klienta a zároveň má své výzkumné úkoly. Přes zaměření na klienta musíme však mít na paměti, že ani poskytovatelé péče nejsou kulturně nevyhranění. Každý jedinec, sestry nevyjímaje, má svůj kulturní profil. Sestra proto musí v péči dbát, aby se vyhnula projekci svých kulturních představ na klienta/pacienta. Je potřeba dobře znát své vlastní kulturní založení, abychom je byli schopni oddělit od kulturního založení klientů. Poskytování kulturně senzitivní péče vyžaduje, aby sestry zohledňovaly jedinečnost každého člověka, jeho minulé zkušenosti, jeho přesvědčení a hodnoty, které si osvojil v rámci generacemi tradovaných souvislostí.

Mezi kulturním profilem sestry a poskytováním kulturně senzitivní péče je někdy příliš úzký vztah, takže se jeví jako nejvhodnější řídit se při zhodnocení klienta, plánování, implementaci i hodnocení péče získanými vědomostmi z transkulturní oblasti. To neznamená, že všechny sestry v jedné kultuře budou smýšlet a jednat stejně. Všímavé sestry si uvědomují, že stejně jako existují odlišnosti mezi různými kulturami, nalezneme je i uvnitř jedné kultury. I když se transkulturnímu ošetrovatelství v současnosti věnuje především vysoce specializovaný ošetrovatelský personál, je žádoucí, aby poznatky z tohoto oboru uplatňovaly všechny sestry, nehledě na akademické vzdělání a množství zkušeností. Všem sestrám byla svěřena důvěra v péči o klienty a od všech se očekává, že vynaloží úsilí nabízet všestrannou kulturně způsobilou pomoc bez zbytečných předsudků vyplývajících z rasového původu, vyznání či pohlaví. (Špirudová, Bursová, 2002) (Špirudová, 2006)

1.3.5 Standardy transkulturního ošetrovatelství

Pro zajištění kvality a standardu poskytované transkulturní péče, vydala Společnost transkulturního ošetrovatelství v USA v roce Standardy transkulturního ošetrovatelství. Jejich autorkou je zakladatelka transkulturního ošetrovatelství Madeleine Leiningerová. Tyto standardy vznikaly a byly ověřovány v průběhu více než 45 let.

Standardy transkulturního ošetrovatelství:

1. Uživatelé služeb zdravotní péče mají právo, aby sestry a ostatní poskytovatelé chápali a

respektovali jejich kulturní hodnoty, normy a chování.

2. Přistěhovalci, uprchlíci, utlačované osoby a skupiny, chudí, bezdomovci, zranitelné skupiny, minority a subkultury mají právo na základní péči, která je významná, užitečná a shodná s vírou a hodnotami jejich života.

3. Transkulturní ošetrovatelství musí být založeno na kultuře, etice, humanismu, vědeckém výzkumu a teoretických znalostech, aby mohlo příslušníkům daných kultur zajistit kulturně adekvátní a bezpečnou péči.

4. Transkulturní filozofie a gnozeologická zjištění prokázala, že péče o zdravé, nemocné a umírající je pevnou součástí hodnot, víry a životního stylu jednotlivých kultur a subkultur, proto kulturní hodnoty, víra a životní styl tvoří základ transkulturního ošetrovatelství a zároveň jsou i návodem k rozhodování a aktivitám, jimiž lze dosáhnout žádoucích výsledků.

5. V transkulturní péči existuje univerzálnost a odlišnost. Od sester se očekává, že je budou vyhledávat a podle nich postupovat nejen v přímé péči o klienty, ale i v různých zařízeních nebo v jiných souvislostech.

6. K zajištění efektivního a smysluplného chování a jednání příslušníků odlišných nebo podobných kultur je nutné, aby každý, kdo k tomuto účelu formuluje pokyny, postupy a návody, si uvědomil své předsudky, zaujatost, rasové postoje nebo etnocentrické tendence, které by v konečném důsledku mohly ovlivnit eticky správnou praxi.

7. Metodická rozhodnutí a standardy transkulturního ošetrovatelství vyžadují úplné informace o dané kultuře uživatelů péče, aby nedošlo k omezování a nejednotnosti stanovisek týkajících se péče.

8. Přestože transkulturní péče má své kořeny v laické péči a je založena na příslušných profesionálních znalostech a dovednostech, je nezbytné, aby efektivní metodická rozhodnutí byla založena na výsledcích výzkumu a vedla k poskytování kvalitní péče.

9. Metodická rozhodnutí týkající se transkulturní péče musí obsahovat a plně akceptovat etické a morální hodnoty dané kultury a základní lidská práva.

10. Metodika transkulturní péče musí být založena na teoretických a výzkumem podložených poznatcích, aby vedla k přiměřeným rozhodnutím zejména v oblasti konzultační praxe.

11. Metodika transkulturní péče a standardy musí brát v úvahu komunitu a instituce, jež

daná rozhodnutí realizují a dlouhodobě vyhodnocují dosahované výsledky.

12. Na příjemce transkulturní péče musí kvalifikovaní odborníci pohlížet jako na jedince schopné využívat své vlastní kulturní znalosti a dovednosti.

13. Národní, regionální a komunitní nemocnice, kliniky a další organizace poskytující péči by měly být založeny na transkulturním nebo obdobném antropologickém základě, aby mohly zajistit efektivní a kulturně vhodnou péči.

14. Fakulty ošetrovatelství, administrativa (akademická a klinická), přímí poskytovatelé péče, pracovníci ve výzkumu a konzultanti, kteří využívají a vyhodnocují transkulturní metodiku a standardy, by měli být na tuto činnost dostatečně připraveni a měli by ji umět široce využívat.

15. Zkušené odborníci z transkulturního ošetrovatelství, jako např. učitelé, organizátoři nebo vedoucí pracovníci, poskytují potřebné informace vládě, státní správě, přímým poskytovatelům péče, fakultám, pracovníkům výzkumu, konzultantům, minoritám, aj.

16. Realizace metodických rozhodnutí a standardů týkajících se transkulturního ošetrovatelství tj. zahájení, udržování a průběžného vyhodnocování dosažených výsledků, vyžaduje finanční podporu. (Špirudová, Bursová, 2002)

1.4 Ošetrovatelské modely v multikulturním ošetrovatelství

Jako návod či příručka, jak postupovat a čím se řídit při ošetrování klientů jiných národností, mohou sloužit některé ošetrovatelské modely, jejichž autorkami jsou průkopnice v oblasti multikulturní a transkulturní péče.

1.4.1 Ošetrovatelský model dle Leiningerové

Základ transkulturního ošetrovatelství tvoří teorie Madeleine Leiningerové. Podle Leiningerové je stěžejním cílem transkulturního ošetrovatelství aplikovat vhodné znalosti při poskytování kulturně specifické a kulturně uzpůsobené péče o lidské zdraví a lidské potřeby. Dle tohoto cíle sestavila transkulturní teorii a model pro její názornější pochopení. Tento model již více než 30 let pomáhá sestram objevovat význam péče pro jednotlivé kultury a prohlubovat své porozumění v této oblasti. Leiningerová nazvala svůj model „*modelem vycházejícího slunce*“ (tj. péče). Model prezentuje v kruhové podobě světonázorové a sociální faktory, které prostřednictvím jazyka a prostředí ovlivňují

samotnou péči i zdraví jako takové; a rozlišuje čtyři předmětové úrovně transkulturního ošetřovatelství. (Špirudová, 2006) (Archalousová, 2003)

1.4.1.1 Hlavní jednotky modelu

Cíl ošetřovatelství-poskytovat osobám rozdílných kultur všestrannou a kulturně specifickou péči při podpoře zdraví, léčbě onemocnění a zvládání nepříznivých situací, stejně jako při doprovázení ke klidné smrti, prostřednictvím kulturně vhodných způsobů.

Pacient / klient-je holistická bytost ovlivněná sociálním prostředím. Společenská kultura, filozofický názor a hodnoty se transkulturně liší, osoby z různých kultur vnímají zdraví, chorobu, léčbu, závislost a nezávislost různě.

Role sestry-poznat tradiční způsob péče příslušné kultury či subkultury a jeho kladné stránky využívat v profesionální péči.

Zdroj potíží-rozdílnost kultur.

Ohnisko zásahu-problém související s rozdílem rozdílností kultur.

Způsob zásahu-podpora zachování / udržení zdraví, pomoc při adaptaci, vedení ke změně nebo pomoc při umírání, přičemž sestra působí jako zprostředkovatel mezi tradičním a profesionálním systémem ošetřovatelské péče.

Důsledky-zdraví a blaho nebo klidná smrt, dosažená kulturně vhodnými prostředky a způsoby péče. (Pavlíková, 2006)

1.4.1.2 Sběr informací v transkulturním ošetřovatelství dle Madeleine Leiningerové

Madeleine Leiningerové sestavila metodu sběru informací. Jedná se o první výzkumnou metodu sestavenou k systematickému studiu ošetřovatelských fenoménů, nazvanou jako etnoošetřovatelství. Na získávání informací o klientovi přímo ve zdravotnickém zařízení sestavila dva druhy odhadu. Takto získané informace jsou důležitou součástí ošetřovatelské anamnézy. (Pavlíková, 2006)

Druhy odhadu (posouzení A, B)

Posouzení A – typ (dlouhý, dlouhodobý odhad)

Sběr informací ze všech daných oblastí. Je nutné si uvědomovat do jaké míry se klientovi projevy a způsoby chování odlišují od dominantní kultury a jak jednotlivé faktory

ovlivňují způsob péče o klienta. Zjišťují se informace o silných a slabých stránkách tradiční péče, které by mohly ovlivnit klientovo zdraví a jeho potřebu profesionální péče.

Typ A - sběr informací v rámci ošetřovatelské anamnézy: jazyk, komunikace, gesta – způsob odívání, tělesný vzhled – všeobecná souvislost života s prostředím – způsob života, názor na techniku – způsob života v rodině – denní aktivity – stravovací zvyky, tabu – světový názor – náboženská a duchovní víra, hodnoty – sociální vztahy k vlastní kultuře, majoritě – hodnota vzdělávání – ekonomické faktory – politické a právní vlivy – laická péče o zdraví – důležitost profesionální péče – způsob informovanosti jak udržet zdraví, starat se o něj.

Posouzení B – typ (krátký, krátkodobý odhad)

Sběr informací je rychlý, orientační, je méně holistický, tedy odlišný typu A. Tento odhad je doporučován na pohotovostních odděleních, kde je zapotřebí získat co nejrychleji informace. Realizuje se v pěti fázích.

Typ B – sběr informací v rámci ošetřovatelské anamnézy:

1. Zaznamenejte vše, čeho jste si všimli, co jste viděli, slyšeli, prožili při setkání s klientem, co by mohlo být důležité.
2. Získejte od klienta informace o jeho kulturních hodnotách, víře, aktivitách, které souvisí se zdravím, s tradičním systémem péče a jeho názor na profesionální systém.
3. Identifikujte a dokumentujte klientovi názory na to, co viděl, slyšel a prožil ve zdravotnickém zařízení.
4. Zhodnoťte předcházející kroky, hledejte to, co je společné a odlišné.
5. Společně s klientem sestavte plán péče, který bude respektovat jeho kulturu.

(Archalousová, 2003)

1.4.2 Ošetřovatelský model dle Gigerové a Davidhizarové

Gigerová a Davidhizarová ve svém modelu usnadňují a urychlují celostní, kulturně ohleduplné ošetřovatelské zhodnocení, a tím i z něj se odvíjející praktickou péči (tj. vhodné ošetřovatelské intervence).

Model vznikl na základě potřeby průběžně hodnotit kulturní proměnné v ošetřovatelském procesu a jejich vliv na chování ve zdraví i nemoci. K nosným myšlenkám tohoto modelu, vypracovaného Gigerovou a Davidhizarovou, patří:

1. koncepce transkulturního a kulturně rozmanitého ošetřovatelství;
2. kulturně ohleduplná/uzpůsobená péče;
3. respektování kulturní svébytnosti jedince;
4. vytváření kulturně senzitivního prostředí ve zdravotnických zařízeních;
5. přístup ke zdraví a zdravotnímu stavu určovaný chováním, které je ve zdraví i nemoci běžné v dané kultuře.

Jejich model poukazuje na to, že každý jedinec je kulturně unikátní a má být hodnocen v intencích šesti kulturních fenoménů, kterými jsou: komunikace, interpersonální prostor, sociální začlenění, čas, individuem kontrolované prostředí a biologické variace. (Špirudová, Bursová, 2002)

1.4.3 Blochův průvodce etnicko-kulturním posuzováním

Je velmi podobný modelu Gigerové a Davidhizarové, ale je více zaměřen na identifikaci etnicko-kulturních specifík v souvislosti s poskytováním přímé profesionální zdravotní péče. Je zaměřen na posuzování jedince a jeho rodiny v nemoci, v době hospitalizace či ambulantní péče.

Kategorie popisných etnicko-kulturních charakteristik:

- kulturní* (etnický původ, rasa, místo narození, komunikační proces, názory na zdraví v dané kultuře, charakteristiky přípravy jídla a stravování)
- sociologické* (ekonomické postavení, vzdělanost, rodina jako podpůrná skupina, podpůrné instituce etnické a kulturní komunity)
- psychologické* (sebehodnocení, mentalita a chování etnické a kulturní skupiny, religiózní vlivy na vnímání zdraví a nemoci, psychologické reakce na stres)
- biologicko-fyziologické* (fyziologické charakteristiky rasy, rozdíly v tělových systémech, fyziologie vlasů, kůže a sliznice, choroby s vyšším výskytem v určitých etnických a kulturních skupinách) (Archalousová, 2003) (Špirudová, Bursová, 2002)

1.5 Historie migrace Číňanů do České republiky

První početná čínská komunita vznikla v Československu před druhou světovou válkou. Většina Číňanů pocházela z jižní provincie. Byli to především mladí muži, kteří se v Čechách zabývali obchodováním a oženili se s mladými dívkami. Jejich děti se již neučily čínsky, došlo tak k asimilaci během první generace. Většinou byli katolického vyznání. (Seberová, 2006)

Další příchod čínských imigrantů byl ve 40. letech, po skončení občanské války v Číně. Tehdy Československá republika (dále jen ČSR) navázala diplomatické styky s Čínskou lidovou republikou (dále jen ČLR). Do ČSR začali přijíždět čínští studenti a specializovaní pracovníci, kteří se po ukončení studia či stáže vraceli domů. Ti co zůstali a uzavřeli zde manželství, si již ponechávali své občanství a živilo se obchodováním. Obdobně jezdili naši pracovníci a studenti do ČLR a někteří z nich si dovezli zpět do ČSR čínského partnera. Tento politický vztah trval deset let. Pak se naše strany a vlády dostaly do ideologické roztržky a v 50. letech styky víceméně ustaly. (Seberová, 2006)

Od 80. let, kdy došlo k obnovení politických kontaktů, se k nám začali čínští studenti a specialisté vracet, ale jen na krátkodobé pobyty, neusazovali se zde. (Seberová, 2006)

1.5.1 Novodobá migrace Číňanů

Největší migrační vlna Číňanů nás zasáhla v 90. letech. Naše společnost nebyla, na tak velký a rychlý příliv čínských studentů, stážistů, podnikatelů, připravená. Musela se rychle vyrovnávat s mnoha novými jevy, s nimiž se vyrovnává v podstatě dodnes.

Nepřichází k nám již chudí a nemajetní Číňané, nýbrž lidé, kteří zbohatli na ekonomických a hospodářských reformách. Nebyli jsme prvním cílem těchto migrantů, ti měli namířeno do nejrozvinutějších států světa, tam však začali rychle regulovat tržní podmínky a podmínky pro podnikání tedy už nebyly tak příznivé, jako teď u nás. První východoevropskou zemí, která se otevřela čínským přistěhovalcům, bylo Maďarsko. Následovalo Polsko a Československo. (Dufour, 2006) (Seberová, 2006)

1.5.2 Číňané v ČR nyní

V současné době žije trvale na území ČR kolem 3500 Číňanů. Patří mezi druhou

(první – Ukrajinci) nejpočetnější skupinu žádající u nás o azyl. Také patří, dle ČSÚ, mezi sedm národů, které v roce 2005 nejčastěji přešli nelegálně státní hranice ČR. (Ivanová, 2005)

Jejich důvod emigrace je v naprosté většině ekonomický. Statut politického uprchlíka byl po roce 1990 udělen jen ve dvou výjimečných případech. (Český statistický úřad, 2007)

Čínská komunita je nehomogenní, pochází z různých částí Číny, z různých jazykových oblastí. Již nepřevládají Jihočíňané jako v minulosti, hodně z nich přišlo z rozvinutých pobřežních oblastí. Mezi sebou se dorozumívají standardní čínštinou.

Žijí převážně ve městech, kde mohou pracovat a podnikat a nemusí za práci dojíždět. Podnikáním se živí většina Číňanů u nás žijících, mají svá bistra, restaurace, své stánky či obchody, ve kterých pracují jak muži tak ženy. Další skupinu tvoří zaměstnanci, kteří pracují na 8 hodinové směny jako je u nás obvyklé. (Dufour, 2006)

Rodiny zůstávají patriarchálními i přes to, že role čínských žen je stále silnější a důležitější. Bydlí v bytech či ve svých domech a téměř každá rodina už vlastní své auto. V České republice byla uzavřena už řada čínských manželství, smíšené zřídkakdy. Rodiny bývají velké a většinou žijí pospolu. Komunity mají Číňané rozsáhlé a dle svých tradic udržují velmi pevné a trvalé vztahy. (Ulč, 2004) (Dufour, 2006)

Čínské děti docházejí do mateřských školek, jen některé rodiny si platí pomocníci na hlídání. Na základních školách pak ve značné míře vynikají výborným prospěchem. Mají totiž přísné vedení a disciplínu svých rodičů, ke kterým chovají obrovskou celoživotní úctu.

Číňané si v České republice zakládají své organizace, jako například Krajanské sdružení Číňanů v ČR. Sdružení je zaměřené na kulturní a osvětovou činnost v komunitě a na seznamování české veřejnosti s čínskou komunitou. (Seberová, 2006)

1.5.2.1 Čínští podnikatelé

Většina čínských podnikatelů se usadila v Praze. Ostatní se rozptýlili po celé republice, do větších měst – Plzně, Teplic atd.

Nejlépe jsou na tom Číňané, kteří sem přišli s počátečním kapitálem, s domluvenými kontakty a měli tu jen navázat potřebné styky. Některé sem poslal v cizině

dlouhodobě usazený klan či firma proto, že se jim finančně dobře nevede a Čechy považují za perspektivní.

Elitu mezi nimi tvoří ti, které sem poslala některá z velkých čínských firem. Mají dostatečně silná zázemí, otevírají velkosklady a dovážejí zboží, které prodávají drobným, čínským i českým, prodejcům. Své zboží vyvázejí i do jiných zemí. Buď vlastní, nebo si pronajímají kamenné obchody, kde prodávají vlastně cokoliv. Tito podnikatelé si zvou další zaměstnance z Číny, zaměstnávají také české občany.

Naproti nim stojí ta nejpočetnější skupina – drobných obchodníků, prodávajících své zboží na trzích, v lepším případě v obchůdcích. (Seberová, 2006)

1.5.2.2 Čínští studenti

Čínské děti u nás mají dvě možnosti studia: buď navštěvovat českou školu, nebo se zapsat do řádně akreditované Mezinárodní čínské školy. Ta byla založena roku 1995 bývalými čínskými studenty z českých vysokých škol. Dnes v ní vyučuje osm učitelů (Číňanů i Čechů) a má asi 25 žáků. Chlapci představují asi čtyři pětiny všech žáků. I zde lze pozorovat jisté upřednostňování mužských potomků. (Seberová, 2006)

V ČR také žije dočasně velký počet studentů Vysokých škol, ti žijí na kolejích s ostatními studenty. Ke vzniku bližších vztahů většinou nedochází. Dle českých studentů je to z důvodu rezervovanosti Číňanů, dle čínských studentů nevřelostí Čechů.

1.5.2.3 Číňané a my

Výše bylo zmíněno, že není znám případ, kdy by Číňan poškodil Čecha. Opačně to již neplatí. Řada Čechů se živí pronajímáním nebytových prostor čínským podnikatelům, zprostředkováváním různých formalit, slibováním obchodních kontaktů (na úřadech) a to vše za přemrštěné ceny. (Dufour, 2006)

Styky Číňanů a Čechů jsou převážně omezeny na obchodní styky. Úspěšnost obchodování s Čínskými subjekty neznamena jen mít obchodního ducha, ale dopředu se seznámit s čínskou mentalitou a stylem jednání. Obzvláště jsou citliví na projev úcty a respektu a dodržování domluvených termínů a pravidel. (Dufour, 2006)

Chybí příležitost se vzájemně poznat. Obě strany si tvoří mylné představy o té druhé straně. Jsou tací, co jimi opovrhují, nedokáží ocenit jejich odvahu přijít do jiné země,

jejich pracovní nasazení. Vždyť leckdy by Čech, v podmínkách, ve kterých pracují Číňané, pracovat ochoten nebyl. Projevilo se to mnohokrát, kdy Číňan zaměstnal Čecha. Pracovní vztah končil oboustranným rozčarováním. Číňan za peníze čekal maximální pracovní nasazení a Čech méně práce za více peněz. Většina obchodních styků je omezena na vztah – prodejce – nákupčí. Pro důchodce a nemovité rodiny je výhodné nakupovat sice méně kvalitní, ale lacinější zboží. Právě kvůli lacinému zboží se proti čínským podnikatelům bouří ti čeští, cítí se jimi ohroženi. Příkladem jsou čínské restaurace a bistra, kde jsou podávány obrovské porce chutného jídla za bezkonkurenční ceny. (Dufour, 2006)

1.5.2.4 Jací jsou vlastně doopravdy Číňané?

To je komplexní a velmi složitá problematika. Dobrat se k jádru věci, zjistit jací jsou, jak vnímají svět v „jejich Číně“, svět kolem nich, jejich historii, minulost, rychlý vývoj jejich země, je velmi obtížné. Kdosi to nazval jako „průzkum bojem“. Čína si pečlivě pěstuje image velice mírumilovné země a kultury a to respektuje téměř každý Číňan. Nepřiznávají pravdu o minulosti a o věcech, která se děly a dějí v jejich zemi, jako jsou popravy atd. Neřeknou pravdu, ne jen veřejně, ale nesvěří se ani v soukromém rozhovoru. Dokonce pokládají otázky tohoto typu za urážku a mnohdy přestanou komunikovat. Kdo pozná Číňany trochu více, ví, že se otázkám na jejich historii a mnohým dalším má vyhnout. Většinou nechtějí odpovídat ani na otázky o současné Číně, mají stále pocit, jakoby je někdo sledoval, jakoby jim hrozila persekuce za delší a hlubší kontakt s cizincem, že jsou provokováni. Právě to, vytváří obrovskou propast a to i například mezi studenty na stejných fakultách. Studují na jedné škole, bydlí na stejné koleji, pro mnohé České studenty není ani čínština překážkou, navíc mnozí Číňané mluví anglicky či rusky, přesto žijí ve své komunitě a málokdy mezi sebe cizince pustí. Připomíná to oponu, za kterou není dovoleno nám nahlédnout. (Havlíček, 2007)

Jiné jsou vztahy v obchodním světě. Tam jsou jasně dané podmínky, které subjekty obchodu respektují. Společný cíl, přesná pravidla, dodržování závazků a slibů, respekt a úcta. Číňané jsou velmi citliví na opovrhování jejich národem a na povýšenecké jednání.

Pověstný je čínský hluboký pragmatismus a kolektivismus. Národnostní pragmatismus se projevil tím, že Čína jako jediná země se pokusila spojit komunismus

s kapitalismem. Individualismus je v čínské kultuře spojen s podvrácením. To představuje zásadní rozpor s myšlením Západu, kde se individualismus stal pravidlem a kde je kolektivismus spojen s odporem. (Dufour, 2006)

Ten, kdo se o tuto problematiku nezajímá více, má představy o současné Číně úplně jiné, než po hlubším zkoumání. To, jak se věci jeví na povrchu, ne vždy odpovídá tomu, jak je to doopravdy. Téměř každý den se v novinách objeví článek věnovaný čínské problematice. I na internetu je již více informací. Jsou to ale informace mnohdy dosti rozporuplné, zkreslené nebo povrchní. Obraz podobný pravdě se dá vytvořit jen s trpělivostí, chutí a vytrvalostí. (Ulč, 2004)

1.6 Politické vztahy České republiky a Číny

Obchodní a politické vztahy byli nejproduktivnější od 50. do 90. let. Koncem 70. let zahájila ČLR politiku reformu a otevření se světu. Po revoluci, v roce 1989, vzájemné politické vztahy, tehdy ještě s Československou republikou, ochladly, následkem změny politického režimu, avšak zvedla se emigrace Číňanů. (Seberová, 2006)

V posledních několika letech se výměna a spolupráce v oblasti školství opět stále více prohlubuje i rozšiřuje. Některé vysoké školy již navázaly vlastní kontakty, zvýšil se počet hostujících profesorů i studentů a spolupráce ve výzkumu a v pořádání přednášek. V květnu 2000 navštívila Čínu delegace vedená ministrem školství, mládeže a tělovýchovy Mgr. Eduardem Zemanem. Během návštěvy podepsaly obě strany v Pekingu „Smlouvu mezi ministerstvem školství ČLR a ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy ČR o spolupráci v oblasti školství na léta 2000–2003.“ Týká se to zejména fakult filozofických pro podporu studia čínštiny a češtiny.

Největší a také velmi lukrativní je spolupráce obchodních firem. Otevřením Číny světu dostali šanci obzvláště velké firmy, které o tuto spolupráci usilovali a následně obstáli. (Obyvatelstvo a etnické skupiny, 2004)

Velký politický krok pro spolupráci mezi Čínou a Českou republikou byl demonstrován v roce 2005, kdy předseda Státní rady ČLR Wen Jiabao a předseda vlády ČR Jiří Paroubek, podepsali v Praze Společné prohlášení vlád Čínské lidové republiky a České republiky. Obě strany se jím zavázaly ke vzájemné spolupráci, k prohlubování dialogu i kontaktů na různých úrovních s tím, že budou respektovat rozdílná stanoviska k

některým otázkám politiky, hospodářství, společnosti a v pojetí hodnot. Obě strany chtějí podporovat rozšíření výměny a spolupráce v oblasti vědy, kultury, školství, sportu, zdravotnictví, cestovního ruchu a civilního letectví. Obě strany zdůraznily svůj závazek k ochraně lidských práv a potvrdili význam vedení dialogu o otázce lidských práv mezi Čínou a EU na základě rovnoprávností a vzájemného respektování. (Obyvatelstvo a etnické skupiny, 2004)

1.7 Historie Číny

Poslední čínská dynastie Qing padla v roce 1911 a prvním prezidentem se stal Sunjatsen. Dřívější opozice ale nebyla jednotná a nastal chaos, který trval až do druhé světové války. Během něj různé vzdálenější provincie vyhlásily svou samostatnost a praktickou moc v jiných drželi různí generálové a regionální vládci. Zároveň posilovali komunisté podporovaní SSSR a pronásledovaní centrální vládou. Po smrti Sunjatsena (1925) se prezidentem stal Čankajšek (Chiang Kaishek). (Lidé, zvyky, náboženství, 2006)

Boje v zemi pokračovaly. Japonci využili zmatků a slabosti a v roce 1931 zabrali Mandžusko. Čankajšek a jeho strana Kuomintang (KMT) Japoncům nevzdorovali a soustředili se na vybití komunistů. Japonci nakonec (1937) zabrali Čínu celou (tedy v praxi její centrální část). Prováděli přitom masové vraždy a biologické pokusy na lidech, ale zvěrstva si taky Číňané způsobili sami. Jednou například KMT přikázal prolomit přehradu, aby byl postup Japonců zpomalen – za cenu 2 000 000 utopených vlastních lidí. Po konci 2. světové války se USA pokusili držet KMT u moci, ale vypukla občanská válka, ve které brzy zvítězili komunisté vedeni Mao Ce Tungem (Mao Ze-dong). (Lidé, zvyky, náboženství, 2006)

Maova politika uvedla zemi do chaosu a bídy (“velký skok” 1958–1960, “velká proletářská kulturní revoluce” 1966–1976). V 60. letech došlo k ozbrojeným konfliktům na indických a sovětských hranicích o sporná území, což je dosud předmětem jednání. (Adamcová, 2005) Mao Ce-tung řekl: "Revoluce není večírek, psaní článku, kreslení obrázku nebo vyšívání; nemůže být tak uhlazená, tak klidná a jemná, tak umírněná, laskavá, zdvořilá, decentní a velkodušná. Revoluce je vzpoura, čin násilí, ve kterém jedna třída svrhne druhou." (Proč je čínská komunistická strana zlý kult, 2006)

Na přelomu 70. – 80. let po zahájení ekonomických reforem zintenzívněly styky s

USA, Japonskem a dalšími vyspělými zeměmi. Po krvavém potlačení studentských protivládních demonstrací na náměstí Tchien-an-men v červnu 1989, se krátkodobě oslabilo mezinárodního postavení země. (Adamcová, 2005)

Zkáza Říše středu, kolébky lidské civilizace a kulturní velmoci pokračovala. Znárodnění a centrálně řízená ekonomika přinesly hladomor (30–60 milionů mrtvých). Nepomohly ani malé války s Vietnamem, Indií a SSSR, vesměs vyprovokované Čínou. Během tzv. „kulturní revoluce“ (1966–1970) byly záměrně zničeny skoro všechny chrámy, muzea, umělecké a historické předměty. Univerzity a mnohé školy byly tuto dobu zavřeny. Také společenské a sociální uspořádání, které drželo tisíce let zemi dohromady, bylo rozbořeno. (Proč je čínská komunistická strana zlý kult, 2006)

Až v roce 1979, nástupem Teng Siao Pinga (Deng Xiaoping) nastalo uklidnění a Čína se začala otevírat světu, převádět ekonomiku do soukromých rukou a moc státu, strany a armády byla omezována. Tento trend pokračuje dodnes. Čína je ekonomickou velmocí s růstem HDP kolem 7 – 10% ročně, která nahání výrobce v mnoha zemích strach svými neuvěřitelně levnými cenami. Hospodářství je zvláštním mixem státního a soukromého vlastnictví. (Proč je čínská komunistická strana zlý kult, 2006)

1.7.1 Historické zvyklosti

Svazování nohou byl tradiční zvyk, dodržovaný v mnohých částech Číny až do 30. let 20. století. Mladým dívkám byly od útlého věku obinadly svazovány nohy tak, aby se zdeformovaly do tzv. zlatých lilií. Aby se chodidlo vytrvalým tlakem zúžilo, měli dívky prsty ohnuty dolů a špičku nohy stahováno k patě. Postupem let se zcela zdeformoval nárt, a špička přiblížila k patě, až nakonec stály proti sobě. Pouhé stání, či dokonce chůze působily velkou bolest, která v období růstu přetrvávala prakticky po celý den. Když nohy přestaly růst, ženy nosily obinadla již po celý život, zčásti aby se noha zpevnila, zčásti aby zakryly strašné znetvoření. Velká bolest, kterou samy sobě působily, jim dala šanci dobře se vdát a dopomoci svým rodičům k pěknému obnosu za nevěstu od rodiny ženicha. Matky, které to samy prodělaly, pak mohly své dcery mnohému naučit. Jak nechat správně proudit krev, aby se zabránilo hnisání a gangrénám, jak provádět manikúru, aby nehty neprorostly do chodidla, jak předcházet mytím zápachu a jak nosit miniaturní střevíčky a dávat tak na odiv výsledek celoživotního snažení a upoutat pozornost mužů. Paradoxem je, že se tento

zvyk rozšířil i do nejchudších vrstev, které se snažily napodobovat elitu, a působil hroznou bolest ženám při práci, u které musely stát. V 18. a 19. století byl již na čínském venkově tak rozšířen, že žena s normálníma nohama upoutávala nežádoucí pozornost a vzbuzovala posměch. Tento zvyk jako téma byl vždy naprosto tabu, takže o něm nelze nalézt téměř žádné pojednání. (Seberová, 2006) (Zajímavosti čínského života za dynastie Čching, 2002)

1.8 Čína v současnosti

1.8.1 Čína – geografické a demografické údaje

Čínská lidová republika (oficiální název) leží ve východní Asii při západním pobřeží Tichého oceánu. Sousedí se 14 zeměmi. Svou rozlohou téměř 9,6 milionu km² je po Rusku a Kanadě největší zemí světa. Díky velikosti své rozlohy má Čína velké geografické rozdíly. Zatímco severní hranice má zimy s průměrnou hodnotou -20 °C, jižní ostrov Hait'an má ve stejné roční době průměr +16 °C. Hlavně reliéf krajiny určuje existenci mnoha Čín. Roviny představují jen 12 % povrchu země a téměř 4 miliony km² leží v nadmořské výšce nad 2000m. Tento faktor vysvětluje rozdíl mezi přelidněnou východní Čínou a západní Čínou s velkými prázdnými prostory. (Dufour, 2006)

Čína je nejlidnatější zemí světa, žije v ní dnes asi 1,2 miliardy lidí, tedy zhruba 20% veškeré světové populace. Čína je multietnickou zemí s 56 etnickými skupinami. 1,1 miliardy Číňanů-tedy zhruba 92% veškerého obyvatelstva-patří k etnické skupině Chan. Za ní následují Čuangové s asi 17,6 milionu (1,4%), muslimští Chuejové a Mandžuové, obojí asi s 10 miliony příslušníků (0,8%) a turkičtí Ujguři asi se sedmi miliony (0,6%) Iové (6,6 mil.), Tchťiové (5,7 mil.), dále Mongolové (4,8 mil.) a Tibeťané (4,6 mil.), kteří žijí v autonomních oblastech Číny. Základními principy čínské vlády pro udržení vztahů mezi etnickými skupinami jsou rovnoprávnost, jednota, vzájemná pomoc a společná prosperita. Ústava Čínské lidové republiky (dále jen ČLR) zaručuje naprostou rovnost všech etnických skupin. Stát zaručuje všem stejná práva při ochraně jejich zájmů. Diskriminace nebo potlačování etnických skupin v Číně je zakázáno, stejně jako šovinismus velkých etnických skupin, zvláště šovinismus Chanů, což jsou původní obyvatelé Číny. Z toho vyplývá, že každá etnická skupina může svobodně používat svůj mluvený nebo psaný jazyk a zachovávat své obyčeje a zvyky. Na svou Ústavu jsou Číňané velmi hrdí a rádi jí prezentují v mluvené či psané formě při rozličných příležitostech. (Adamcová, 2005) (Dufour, 2006)

1.8.2 Úřední jazyk

Oficiálním úředním jazykem je v Číně pchu-tchung-chua („obecný jazyk“)-čínština. Je už po mnoho let systematicky rozšiřován po celé zemi, takže se dnes již Číňané v celé zemi mohou dorozumět společným jazykem. Vedle pchu-thung-chua existuje totiž ještě přibližně 12 dalších jazyků a mnoho dialektů. Čínština je stará přes 3 000 let, obsahuje přes 70 000 znaků. Standardně se používá 8 000 a například k četbě novin stačí znát kolem 3 000 znaků. (Havlíček, 2005-2007)

1.8.3 Náboženství v Číně

Čínským náboženstvím je konfucianismus, taoismus, buddhismus, islám a křesťanství. Konfuciovy morální principy jsou základní stavební kameny celé čínské kultury. Konfucius založil před 2000 lety vlastní školu, ve které vyučoval své studenty. Zde jim vštěpoval ideály konfucianismu, kterými bylo pět základních hodnot: dobrota, spravedlivost, slušnost, moudrost a věrnost. Konfucius stanovil tři vztahy podřízenosti: poddaný – panovník, syn – otec, žena – muž. Přidal k nim respektování obřadů a studia a vytvořil tak základ ideální společnosti. I dnešní moderní Číňané mají tyto zásady v sobě hluboce zakořeněné a jejich chování je jimi stále ovlivňováno. (The Epoch times, 2007) (Dufour, 2006)

Konfucianismus zůstal až do počátku 20. století významnou sociálně-etickou naukou Číny, často podporovanou panovníky. Vzhledem k této tradici lze pochopit, proč v Číně přetrvává silný respekt k autoritativní správě státu. Svou úlohu zde sehrává i specifické „východní“ pojetí individuální svobody, které nesměřuje tolik ke změně vnějších podmínek jako spíše k vnitřnímu prožitku. (Adamová, 2002)

Příznačné je to i pro taoismus. Ten je proti konfucianismu myšlením více přírodním a individualistickým. (Adamová, 2002)

Přes veškerou myšlenkovou a sociální rozdílnost však oba proudy čerpají ze společné studnice moudrosti. Tím hlubokým zřídlem je svébytná čínská dialektika: přesvědčení, že přírodní dění a běh lidského života jsou navzájem propojeny ve shodném rytmu neustálých změn. V rytmu sil, které později dostaly název jin a jang. Nejstarší

knihou, která dynamiku světa se zřetelem k člověku velmi originálně zachycuje, je „I t'ing“. Patří mezi nejstarší knihy světového písennictví a vše co z čínského myšlení známe, nějak ovlivnila. Byla napsána 2. tis let před Kristem. (Adamová, 2002)

Buddhismus přišel do Číny v prvním století z východu. Buddhismus klade důraz na soucit a spásu všech bytostí. Proto se konfucianismus, taoismus a buddhismus staly vírami, které se v čínské společnosti navzájem doplňují. (Seberová, 2006)

1.8.3.1 Falung gang

Falun Gong či Falun Dafa, oba výrazy jsou správné. Tato jedinečná metoda cvičení je určená na zušlechťování mysli, těla i ducha. Jinými slovy: je to cesta, jak se stát lepším a zdravějším člověkem.

Kořeny tohoto učení sahají do daleké minulosti v Číně. Po staletí se systém předával pouze uzavřeným způsobem z mistra na žáka, tak jako mnohé jiné orientální školy a směry. Posledním člověkem, který dostal učení Falun Gong přímou linií, je čínský mistr Li Hongzhi, který systém přepracoval, aby byl vhodný pro širokou veřejnost. Od roku 1992 jej začal vyučovat. (Danková, 2002)

Učení je založeno na třech základních principech, kterými jsou: pravdivost, soucit a snášenlivost. Těmito principy se žáci snaží řídit a žít podle nich v každodenním životě. Nedílnou součástí metody je soubor pěti cvičení, včetně meditace. První čtyři formy se praktikují ve stoje, pátým cvikem je meditace vsedě. Pohyby jsou jemné, pomalé, elegantní. Cílem těchto sestav je otevření energetických drah, očištění těla od chorob, uvolnění stresu a celkové zvýšení vnitřní energie. Po celém světě se cvičení Falun Gong předává pouze bezplatně. V současné době je to asi sto milionů lidí různých ras, věkových kategorií a profesí. (Danková, 2002)

V Čechách a na Slovensku se tato metoda objevila v roce 1999 přes internet, dále se již metoda šířila od úst k ústům. Když se sejdou společně žáci z Čech a ze Slovenska, probíhá přátelské setkání, sdílení zkušeností a společná cvičení. Součástí setkání je však dnes i naléhavé hledání pomoci praktikujícím v Číně, kde bylo toto učení v roce 1999 postaveno mimo zákon. (Danková, 2002)

Čínská vláda zpočátku Falun Gong podporovala. Lidé se stávali zdravějšími a v zaměstnání pracovali tak poctivě, jako nikdy předtím. V roce 1999 si čínská vláda

nechala vypracovat výzkum, podle kterého bylo zjištěno, že Falun Gong má v celé zemi přibližně 70 až 80 milionů přívrženců. Něco podobného dosud nemělo obdoby. Komunistická strana Číny najednou zjistila, že lidí vyznávajících Falun Gong je více než členů strany. V komunistickém systému je něco takového nepřijatelné. Strana a vláda zareagovaly okamžitě a zmrazily jakoukoliv podporu Falun Gong, navzdory tomu, že tato metoda stojí na principech pravdivosti, soucitu, snášenlivosti, tolerance. Systém byl postaven mimo zákon, označen za sektu a začalo kruté pronásledování. (Staněk, 2006)

Mezinárodní organizace Amnesty International odhaduje, že ve vazbě, převýchovných táborech, psychiatrických léčebnách, kde jsou zadržováni, už zemřelo více než 365 praktikujících Falun Gong. Většinou podleli následkům dlouhodobého bití a mučení. Do tohoto počtu však patří jen ty případy, které jsou zdokumentované a podložené. Je více než pravděpodobné, že toto číslo je pouze vrcholem ledovce. Co k tomu říci? Reálné utrpení a podmínky v čínských věznicích si těžko lze představit. (Sunová, 2005)

20. 7. 2007 proběhla před čínskou ambasádou demonstrace, v podobě tiché meditace a simulovaného odebírání lidských orgánů. Přibližně dvacet českých praktikujících duchovní hnutí Falun Gong zahájilo 24 hodinový protest stoupenců hnutí Falun Gong proti pronásledování tohoto hnutí v Číně. (Staněk, 2006)

1.8.4 Politický systém Číny

Aparátem státní moci je stále Komunistická strana Číny. V roce 2002 měla 64 miliónů zaregistrovaných členů. Členství je nezbytnou podmínkou k vykonávání oficiální funkce, také často i k podnikání v Číně. Výročí založení Lidové republiky Číny se slaví 1. 10. (1949), je to oficiální svátek – den pracovního volna. (Dufour, 2006)

Naposledy se zvedl odpor proti ní v roce 1989. Lidové hnutí, přerušené zásahem na náměstí Tianánmen, bylo původně odporem proti ekonomickým reformám a jejím dopadům. Hnutí bylo brutálně potlačeno a od té doby úřady bedlivě sledují a brání tomu, aby se podobná událost neopakovala. Přesto od poloviny 90. let se objevují lokální incidenty ve formě okupační akce, demonstrace, povstání atd. Důvody jsou většinou sociální – nezaměstnanost, pozdní vyplácení důchodů atd. (Dufour, 2006)

Od roku 1971 má Peking opět své křeslo v OSN (v Generálním shromáždění a zvláště v Radě bezpečnosti), které až dosud zaujímal Tchajvan.(Dufour, 2006)

V roce 1972 Čína obnovila diplomatické styky s Japonskem a USA a pak následovně se všemi západními i asijskými zeměmi. V 80. letech se normalizovali vztahy i s Moskvou a Indií.(Dufour, 2006)

V 90. letech všechny světové velmoci podporují snahy svých podnikatelů usadit se v lukrativním čínském trhu. Tím roste jak ekonomický trh, tak diplomatická moc. Důkazem je přisouzení organizování olympijských her v roce 2008 Pekingu a přijetí Číny do Světové obchodní organizace (WTO) od 1. ledna 2002. Svou moc v OSN dokazuje Čína mimo jiné i tím, že se jí opakovaně daří odvracet otázky na lidská práva a problematiku Tibetu.(Dufour, 2006)

Také média má vládní strana podchycené. China Daily je jediný vládní deník v angličtině, pečlivě sterilní a cenzurovaný, ale s dostatkem zpráv ze světa.(22)

V roce 1994 byly přijaty některé diskriminační zákony a byl zesílen tlak na Tibet. V roce 1995 vypukl spor s Filipínami o Spratlyovy ostrovy v Jihočínském moři. Na počátku roku 1996 se prudce zhoršily vztahy mezi ČLR a Taiwanem před prezidentskými volbami na Taiwanu. (Adamcová, 2005)

1.8.4.1 Soudní systém Číny

V roce 1997 byl v Číně zrušen trestní čin „kontrarevoluční zločin“ a byl nahrazen činem „zločin proti bezpečnosti státu“. Je to důkaz toho, že KSČ, spojovaná v jedno se státem, nechce nic slevit ze svého monopolu moci. Je tam zákaz jakékoliv politické opozice. (Dufour, 2006)

V Číně je velmi represivní soudní a policejní systém. Příležitostně se vyhlašuje kampaň proti kriminalitě. V roce 1996 kampaň „Tvrdě udeřit“ vyústila ve více než 4000 oficiálních poprav ročně. Od konce devadesátých let se upíná pozornost na popravy mimosoudní, které provádějí pořádkové síly či úřady. V roce 2001 se odhaduje počet rychlých poprav na 10 – 15 000 ročně. Trest smrti je používán za vraždy, ale i za hospodářské delikty (korupci, krádeže). (Dufour, 2006)

Lidská práva je slabé místo Číny vstupující do 21. století. Mají být chráněna mimo jiné Ústavou, na kterou jsou Číňané velmi hrdí a rádi jí prezentují v mluvené či psané

formě při rozličných příležitostech. (Dufour, 2006)

1.8.4.2 Vězeňský systém Číny

Vězeňskou strukturu tvoří vedle klasického vězení, přes 500 táborů „převýchovy prací“, kde jsou podmínky věznění extrémně tvrdé. Represe spočívá i v častém používání trestu smrti. Dle Amnesty International, v roce 2001 vykonaných 2 500 oficiálních poprav, je přes 80% všech poprav registrovaných ve světě. (Dufour, 2006)

1.8.5 Ekonomika Číny

4. července 1989 zmasakrovala takzvaná "Lidově osvobozené armáda" studenty v Pekingu. Tím Číňané úplně ztratili naději na politickou budoucnost Číny. Od té doby všichni lidé obrátili pozornost na vydělávání peněz. (The Epoch times, 2007)

Každý rok stoupá HDP Číny o přibližně 9 %. To je údaj, který zajímá většinu světa. Důvody jsou jednoznačně ekonomické. Čínská ekonomika roste velmi rychle a je to mimo jiné i proto, že vláda Číny neutrácí tak, jako jiné vlády EU. Probíhá privatizace státních podniků, včetně bank. Dříve neobchodovatelné akcie, které byly v držení státu, se postupně zpřístupňují pro čínské investory a vybrané zahraniční investory. Jde o privatizaci 1300 státních firem a majetek v hodnotě 270 miliard dolarů.

Čína je obrovským potencionálním trhem, tvořeným největší světovou populací. Stala se z ní průmyslová a exportní velmoc. Například – Čína produkuje 30% hraček vyrobených na celém světě. (Dufour, 2006)

Na druhé straně životní úroveň v Číně jednou z nejnižších. Už málokoho zajímá, že například 70 milionů farmářů používá technologie, které se příliš neliší od těch, před čtyřmi sty lety. Finanční propast mezi městy a venkovem, kde stále žijí dvě třetiny obyvatel, jako opatření z padesátých let, je nepředstavitelná. Polovina čínských farmářů žije v chudobě. (18)Důkazem je přepočet HDP na počet obyvatel země, který je, v roce 2002, nižší než 1000 dolarů a to dělá Čínu chudou zemí. (Dufour, 2006)

Velká Čínská města jsou plná aut. V roce 2002 bylo v Číně jeden milion vozů a číslo stále rychle roste. Z hlediska ekologického patří Čína mezi největší znečišťovatele atmosféry. Z hlediska obchodního je to veliká příležitost pro zahraniční automobilky:

Americké, Korejské, Japonské, Německé. (Dufour, 2006)

Internet proniká do menších a menších měst. Je stále cenzurovaný, říká se, že k občanům neprojde to, co si vláda nepřeje. V Číně je v současné době kolem 40 miliónů uživatelů internetu a z toho polovina je mladších 18 let. Mobilní signál je všude s výjimkou opravdu odlehlých horských a pouštních oblastí. (www.hedvabnastezka.cz, 2006)

1.8.6 Čínské zdravotnictví

Zdravotnictví je v Číně na výborné úrovni, hlavně ve městech. Léky, metody, diagnostické a terapeutické přístroje jsou na špičkové úrovni. Pracovníci ve zdravotnictví jsou vzdělaní a svou práci berou jako poslání.

Úcta k rodinným vazbám a vztahům je posvátná i v nemoci a umírání. Je samozřejmostí, že rodinný příslušník může zůstat s nemocným 24 hodin denně. A také to tak je. Potomek je schopen vzdát se práce i rodinného života, jen aby zůstal nemocnému rodiči nablízku. (Ulč, 2004)

Na nemocničních pokojích, ale i chodbách panuje vždy dokonalý pořádek. Podlahy se blýskají a na pokojích člověk nenajde nikdy nepořádek.

Problémem je zdravotní pojištění. Fakticky neexistuje všeobecné zdravotní pojištění ani sociální zabezpečení. Podle údajů Čínské akademie společenských věd musela čtvrtina obyvatel odmítnout ošetření kvůli nedostatku finančních prostředků. (Hudeček, 2005)

Dobrý zdravotní systém Číny je pravidelně konfrontován se systémem politickým. Úřadům trvalo léta, než připustily, že také Čína je zasažena světovou epidemií AIDS a nechávali epidemií se šířit. Dalším příkladem je SARS (akutní respirační syndrom – atypická pneumopathie), jehož epidemie ochromila část země na jaře 2003. Byla zjištěna už na podzim roku 2002, ale až když se dostala na hranice a vyvolala počátek světové epidemie, uznala čínská vláda její existenci a začala s ní bojovat. (Dufour, 2006)

1.8.6.1 Čínská medicína

Nedílnou součástí tradiční čínské medicíny je správný životní styl včetně pravidelného pohybu. Význam tělesného cvičení při prevenci a léčení nemocí byl znám

starověkým Číňanům již před dvěma tisíci lety. Duchovní život a pozitivní myšlení má v Číně stejnou úlohu jako zdravý životní styl s dietou a akupunktura, masáže, akupresura a další techniky. Jako hlavní je při jakémkoliv léčení přínos pro pacienta. Čínská medicína splňuje podmínky dobré léčby a to je: že léčba musí být za 1. efektivní – léčení musí být účinné a musí trvat co nejkratší dobu, za 2. léčba musí být šetrná, to platí zejména pro pacienty starší nebo chronicky nemocné, za 3., aby léčení nebylo doprovázeno vedlejšími účinky, za 4. by mělo dojít k odstranění příčin nemoci, a tak i k minimalizování recidiv, za 5. vyléčit, pokud možno, bez trvalých následků. (Růžička, 2002) (Chladivé mazání, 2006)

Z hlediska tradiční čínské medicíny bylo nahlíženo na člověka jako na součást celku – vesmíru, který na něho neustále působí. Z hlediska mikrokosmu je i člověk celkem. V tomto smyslu neexistuje jen nemoc jednoho orgánu, nebo dokonce jeho části, ale je vždy onemocněním celého jedince. Léčbou jednoho orgánu můžeme ovlivnit jiný orgán. Dochází ke vzájemné podpoře nebo naopak vzájemnému tlumení jejich funkcí. (Růžička, 2002)

Podle tradičních názorů celý vesmír, a s ním i člověk, neustále vibrují mezi dvěma póly – jangem a jinem, které jsou sice protikladné, ale vzájemně spjaté. Jeden z druhého vzniká a každý v sobě nese zárodek toho druhého. Jeden bez druhého nemůže existovat, jsou jako den a noc, teplo a chlad apod. (Růžička, 2002)

Vše aktivní, teplé a světlé, stejně jako pohyb patří do systému jang. Vše pasivní, hmota, chlad, tma, klid patří do systému jin. Oba tyto principy musí být v rovnovážném stavu. Také lidské zdraví je projevem rovnováhy obou těchto principů, které existují všude, a samy jsou podstatou takzvané životní energie – čchi, která udržuje rovnováhu mezi jednotlivými orgány a celkem, a podle tradičních názorů cirkuluje v tzv. akupunkturálních drahách. (Růžička, 2002)

Tradiční akupunktura má systém dvanáct orgánů, a tedy i dvanáct párových akupunkturálních drah. Jak dráhy, tak i orgány lze dělit podle systému jin a jang. Jinové jsou vnitřní orgány, mezi něž patří játra, srdce, slezina, slinivka břišní, plíce, ledviny a takzvaný obal srdce (dnes někdy nazýván mozkem). Jangové jsou vylučovací, duté orgány, mezi něž patří žlučník, tenké a tlusté střevo, žaludek, močový měchýř a takzvaný trojitý ohřívač (dnes někdy nazývaný míchou). Energie těmito drahami a tedy i orgány protéká ve 24hodinovém cyklu. Porucha, např. blokáda cirkulace energie mezi jednotlivými orgány je příčinou jejich onemocnění. Úkolem tradiční čínské medicíny je odstranit tuto blokádu

bránící volnému toku energie. (Růžička, 2002)

Akupunkturní body, dle tradiční čínské medicíny, jsou vztahy mezi povrchem těla a vnitřními orgány a jejich vhodným podrážděním lze znovu navodit stav zdraví. (Růžička, 2002)

1.8.6.2 Čínská medicína versus klasická

V Číně je tradiční čínská medicína vyučována na Lékařských fakultách a její studium trvá 5 let. Její absolvent pak může mít svou soukromou praxi a v ní léčit pomocí tradiční čínské medicíny, ne klasické. Roční studium tradiční čínské medicíny mají zařazeni i studenti Lékařských fakult studia klasické medicíny. Jejich studium trvá celkem 6 let. Oni pak mají možnost léčit ve své praxi jen klasickou medicínou, nikoliv tradiční čínskou.

Každý Číňan zná tradiční medicínu a její metody léčby, ale je jen na něm, zda-li si vybere tradiční či klasickou medicínu. Záleží na nemoci, předchozí zkušenosti, možnostech (např. finančních) či doporučeních. V Číně lidé vědí, na jaké potíže mají vyhledat tradičního čínského lékaře a na jaké lékaře západního. Díky tomuto se léčí mnoho problémů dříve než nemoc propukne. (Zhi)

Mnoho metod tradiční čínské medicíny je využíváno běžně i u nás. Mimo akupunktury či akupresury je to známé využívání energie Čchi. Je to jemná elektromagnetická síla, která proniká vesmírem a zachovává život a aktivitu. Tato energie proniká celým lidským tělem a její rovnováha udržuje naše tělo ve zdraví. Pokud se naučíme tuto energii ovládat – díky cvičení, můžeme se naučit více upevňovat zdraví. (Brown, 2004)

1.8.7 Populační vývoj v Číně

Přibližně od 50. let počet obyvatel v Číně vzrůstal. V roce 1983 byla překročena hranice miliardy obyvatel, a to díky sociální stabilitě, prudkému vzestupu výroby, zlepšení zdravotních a zdravotnických podmínek, ale i nedostatečnému vědomí významu kontroly růstu populace. Počátkem sedmdesátých let si vedení ČLR uvědomilo, že příliš prudký nárůst populace se negativně odráží v ekonomickém a sociálním vývoji země, že to nutně musí vyvolat velké problémy v zaměstnanosti, bydlení, v dopravě a samozřejmě ve

zdravotní péči. Byly by ohroženy životně důležité podmínky pro lidskou existenci a potřebný sociální a ekonomický rozvoj. (Ulč, 2004)

Čínská vláda tedy začala uplatňovat program plánování rodiny, kontroly porodnosti a zlepšování kvality populace. Bylo uzákoněno pravidlo rodiny s jedním dítětem, které přetrvává dodnes. Na vesnicích tento zákon vědomě porušují, jejich důvody jsou však pochopitelné. Žijí-li na vesnicích a mají-li jedno dítě, je velká pravděpodobnost, že se o ně na sklonku života nebude mít kdo postarat. V naprosté většině případů před narozením prvního dítěte rodina podepíše závazek, že to bude dítě poslední. Pokud podepíše, stát jim garantuje šestiměsíční placenou mateřskou dovolenou. V opačném případě jsou rodině odepřeny potravinové lístky, v horším případě otce rodiny zbaví zaměstnání. Úředně byl takto stanoven i věk pro uzavření sňatku, ten se ale podle regionů značně liší. Někde je to věk pro muže 28 let, pro ženy 22 let, jinde je dívka nevdaná do třináctých narozenin označena za starou pannu. (Ulč, 2004)

Čínským ženám politika plánování rodiny pomohla zbavit se břemene častých porodů a těžké rodinné zátěže po vstupu do manželství. Tím došlo k posílení postavení žen ve společnosti. Nyní se o chod domácnosti ve většině čínských rodin starají oba manželé, případně spolu s dalšími příslušníky rodiny, přesto však je společenství spíše patriarchální. (Ulč, 2004)

I přes to, že velký předseda Mao měl mnoho manželek a milenek, mluví se o Číně jako o zemi puritánů. Současná čínština nemá pro akt soulože vůbec slovo, používaný výraz lze přeložit jako „vztah muže a ženy nepěkným, nepořádným způsobem“. Homosexualita se trestá kulkou do týla. Před líbáním varují sdělovací prostředky jako před hrozbou nakažení žloutenkou. (Ulč, 2004)

1.9 Specifika čínské menšiny v České republice

V následujících kapitolách bude kladen důraz na možné problémy v nedorozumění při ošetřování čínských klientů, se kterými by se mohly sestry na odděleních či ambulancích setkat. Stručně zde budou podány informace o čínské kultuře a čínské komunitě žijící v České republice. Sestry, které chtějí o své klienty, ať jsou jakékoliv národnosti, pečovat co nejlépe, by měly tyto vědomosti mít.

1.9.1 Komunikace

Lidská komunikace je složitý a mnohvrstevný proces závislý na individuální psychice, inteligenci, na vzdělání a na individuálních a sociálních zkušenostech, například na schopnosti reflektovat zvykové (dobové) konvence a kulturní tradice. (Linhartová, 2007)

Schopnost komunikace patří k nejdůležitějším schopnostem zdravotníka a sociální kontakt je nezbytnou součástí zdravotnické profese, ať již jde o lékaře, sestry, fyzioterapeuty, psychology, ošetřovatele či sanitáře. Kvalitní ošetřovatelská péče je nemyslitelná bez komunikace mezi sestrou a nemocným. V ošetřovatelství však nevystačíme pouze s komunikací, kterou jsme si osvojili v běžném životě. (Košková, 2003)

V navázání kontaktu s pacientem nejde jen o slova, ale i o řadu dalších, neméně významných skutečností, jako načasování rozhovoru s ním, o prostředí, v němž se s ním seznamujeme a také aby pochopil, že jsme zde my pro něho, máme na něho čas apod. (Šamánková, 2006)

1.9.1.1 Základní požadavky na sestru při komunikaci

Schopnost naslouchat – aktivně vnímat, být citlivá k tomu, co druhý říká a sledovat mimoslovní projevy.

Schopnost empatie – být schopna se dívat na svět z pohledu druhého. Schopnost projevit porozumění, umět jej dát najevo.

Cítit úctu k člověku – základní princip humánní ošetřovatelské péče. Vážít si nemocného, respektovat jeho práva a potřeby, ponechat mu autonomii, samostatnost.

Schopnost poradit – pacient očekává pomoc a radu od sestry. Sestra podává jednoznačné rady, doporučení, ukládá konkrétní povinnosti a radí bez povýšenosti, důvěryhodně, jasně, jednoznačně, srozumitelně, ale s pochopením pro pochyby a námitky pacienta. Musí se přesvědčit, že jí pacient porozuměl.

Individuální přístup – osobité, aktivní přizpůsobení chování sestry zvláštnostem nemocného. Sestra má znát individuální potřeby nemocného a reagovat na ně.

(Tutková, 2007)

1.9.1.2 Mezikulturní (interkulturní) komunikace

Žijeme ve společnosti, v níž se všechny kultury učí žít vedle sebe a vzájemně se obohacovat. To je ale nemožné bez efektivní komunikace a potřebě porozumět. Schopnost efektivně komunikovat s příslušníky jiných kultur se současně promítá i do finančních přínosů a nárůstu pracovních příležitostí. (De Vito, 2001) Příkladem jsou oddělení pro styky s cizinci ve zdravotnických zařízeních.

Podstatně se odlišuje od monokulturní komunikace. Subjekty mezikulturní komunikace vstupují do komunikačního procesu s odlišnými, kulturou determinovanými kognitivními a emocionálními strukturami, s odlišnými způsoby vnímání a hodnocení skutečnosti. Komunikace se dělí na:

- * verbální – slovní výrazy mluvené či psané
- * neverbální – mimoslovní prostředky jako jsou například. Pohledy, gesta, dotyky, prostorové umístění.

Z pohledu ošetřovatelství mohou s cizincem vzniknout tyto problémy:

- * poruchy verbální komunikace v souvislosti s jazykovou bariérou
- * nedostatečná nebo žádná spolupráce pacienta
- * porucha interpretace okolního prostředí
- * poruchy sociální interakce
- * sociální izolace
- * nesprávný přístup k léčebnému režimu

(Košková, 2003)

1.9.1.3 Komunikace s cizinci ve zdravotnickém zařízení

Důvěru pacienta ve zdravotníka posílí i přívětivý výraz jeho obličeje, jasná dikce, upravenost a čistota oděvu a jiné neverbální komponenty komunikace. (Šamánková, 2006)

Pro navázání kontaktu s pacientem je vhodné vždy použít základní pozdravení a jednoduchou společenskou frázi nejlépe v jazyku, kterým pacient rozumí. Zdravotnický personál by měl znát několik vět v jazycích, kterými hovoří klientela jejich teritoria.

Pacient se v nepřírozené situaci cítí více či méně ohrožen, má strach, může mít bolesti, trápí ho nejistota a podobně. Velký význam (i pro jeho doprovod) mají informace, které získává z prvních okamžiků vaší neverbální komunikace s ním a ze způsobu vašeho chování k němu. Například z vaší:

- * mimiky (musí vyjadřovat vstřícnost, ochotu, pochopení, snahu pomoci, zájem, nikdy nezapomínejte na úsměv!)
- * gestikulace (nemůžete budít strach svojí razantností, nebo naopak bezradností a bezpomocí, nemůžete vyjadřovat panovačnost a nadřazenost, spěch, gestikulace musí být přiměřená situaci, vyjadřující vstřícnost a zájem)
- * ze zabarvení a tónu hlasu (musí být klidný, rozhodný, příjemně modulovaný, přiměřené hlasitosti, nesmí vyjadřovat devalvující postoj, opovržení, nezájem, přehlížení)
- * haptiky a postoje (nesmí váš postoj vnímat jako nadřazený, vaše haptické projevy jako netaktní, nepříjemné, bolestivé či nešetrné)
- * osobní úpravy (nedbalá úprava služebního oděvu, vlasů, rukou, špinavá a sešlapaná obuv nebudí důvěru u nikoho!). (Špirudová, 2006)

1.9.1.4 Komunikační karty (piktogramy)

Běžně tam, kde není možno komunikovat řečí, se používají náhradní či doplňkové způsoby komunikace. Například mimiku, gestikulaci, demonstraci, dramatizaci. Je možné použít některé pomůcky, jako jsou slovníky a psané texty, je-li pacient gramotný, nebo jedná-li se dítě, které už umí číst a psát.

V situacích, kdy je pacient negramotný, pokud nehovoří ani jedním z jazyků, v němž jsme schopni mu informace poskytnout, a pokud nemáte tlumočníka, musí si zdravotníci pomoci například obrázky, fotografiemi, videofilmy apod. (Špirudová, 2006)

Pro tyto situace můžeme vytvořit např. sadu tzv. „komunikačních karet“. Problém při tvorbě karet je volba piktogramu, který musí být natolik jednoduchý, výstižný a jednoznačný, aby mu lidé obecně snadno rozuměli a uměli ho dešifrovat. Vytvořenou sadu karet je možno vytisknout barevně, rozstříhat a zatavit do fólie a nebo z listů vytvořit sešit.

Doporučuje se pacienta na používání karet připravit – například prostřednictvím překladatele či rodinného příslušníka, který umí přečíst popisky a pacientovi význam vysvětlit. Používání karet samozřejmě předpokládá spolupracujícího pacienta. (Košková, 2003) (Špirudová, 2006)

1.9.1.5 Pravidla při komunikaci přes tlumočníka

Při komunikaci s cizincem přes tlumočníka by se měly dodržovat následující zásady:

- Nechat klientovi a tlumočnickovi počáteční čas na vzájemné seznámení se.
- Mluvit pomalu, v krátkých větách, ponechat čas tlumočnickovi, aby mohl přeložit text.
- Adresovat otázky přímo na klienta, ne na tlumočnicka.
- Ověřit si, zda tlumočnick zná nejen jazyk, ale také kulturní podmíněnost.
- Trvat na tom, aby tlumočnick překládal přesně, co klientovi říkáme, a nemodifikoval překlad.
- Na závěr vždy poděkovat tlumočnickovi za překlad. (O komunikaci v ošetrovatelství, 2006.)

1.9.2 Zvláštnosti komunikace čínské komunity a komunikační etiketa

1.9.2.1 Verbální komunikace

Úřední řeči v Číně je standardní verze čínštiny, zvaná všelidovým jazykem a téměř identická s pekingským dialektem. Obyvatelstvo této velké země však hovoří mnoha různými nářečnými, často velmi odlišnými. Mandarínský dialekt, jímž mluví kolem 700 miliónů lidí, je zároveň nejrozšířenější řeči na světě. Čínština je stará přes 3 000 let, obsahuje přes 70 000 znaků. Standardně se používá 8 000 a například k četbě novin stačí znát kolem 3 000 znaků. (Lidé, zvyky, náboženství. 2006)

Mezi čínskými byznysmeny postupně roste popularita angličtiny, mnozí v této řeči také korespondují. Zvláště mladá generace má zkušenosti s cizinci, vystudovala zahraniční univerzity a je velmi dobře jazykově vybavená. (Cvejnová, 2005)

1.9.2.1.1 Oslovování

Číňané se představují jinak než Evropané. Jako první uvedou příjmení rodové, pak generační a teprve pak jméno. Druhá a třetí složka se může objevovat samostatně nebo s pomlčkou či jako jedno slovo – Čou Li Po, Čou Li-po, Čou Lipo. Oslovujeme tedy Mr. nebo Mrs. a rodovým jménem, například pana Wang Peng Hui oslovíme Mr. Wang. Někteří si přibírají evropská jména, která se objevují na prvním místě, například Mr. Tom Čeng. (Cvejnová, 2005)

Ženy si sňatkem příjmení nemění. Manželka pana Čang Li Penga se nejmenuje paní Čang, ale nosí vlastní rodové příjmení. Neznáme-li je, oslovujeme ji jednoduše Madam. Tituly, jako například profesor, jsou důležité, při rozhovoru je dobré je používat.

(Cvejnová, 2005)

1.9.2.1.2 Konverzace

Mladší člověk je představován jako první.(Cvejnová, 2005)

Pozor na to, když Číňané říkají ano, naznačují, že vás slyšeli, nikoliv, že souhlasí. Důležitým rysem komunikace je ticho. Neznamená nutně konec konverzace. Mluvčí dává posluchači prostor, aby si promyslel vyslechnutá slova dříve, než bude mluvčí pokračovat.(Ivanová, 2005) Příliš hlasitá řeč svědčí o špatném vychování. (Cvejnová, 2005)

Není vhodné diskutovat o tématech, jako jsou například vnitropolitická situace, dodržování lidských práv atd., která by se jich mohla dotknout. Velmi choulostivé je téma Tchaj-wanu. Musíte-li už o něm hovořit, mějte na paměti, že pro Číňany je to provincie Tchaj-wan. (Cvejnová, 2005) (Ulč, 2004)

Dobrymi náměty k rozhovoru jsou nákupy, rodina nebo školní úspěchy dětí. Starších osob se zeptáme na zdraví. (Cvejnová, 2005)

Číňané se zeptají i na věci, které by Češi ve služebním styku považovali za příliš osobní: na věk, stav, děti, postavení ve zaměstnání, ale také například na to, za kolik jsme koupili dům. Pramení to ze snahy dozvědět se víc o člověku, s nímž budou ve styku. Zcela nevhodný je rozhovor se sexuálním podtextem. (Cvejnová, 2005)

1.9.2.2 Neverbální komunikace

V Číně má nonverbální komunikace dlouhou tradici. Například chytit se za ucho ukazováčkem a palcem znamená nadšení. Smích nebo komické pohyby zase zakrývají překvapení či nesouhlas například s nevhodným návrhem či dotazem. Všichni se na sebe stále smějí. Smích a vzájemné úsměvy jsou nejnápadnějšími jevy, s nimiž se Západané v Číně setkávají. Číňan je schopen sdělit s úsměvem třeba i šokující zprávu či negativní názor. (Cvejnová, 2005)

Obzvláště jsou citliví na projev úcty a respektu a dodržování domluvených termínů a pravidel. Dodržují přesná pravidla, závazky a sliby, respekt a úcta. Číňané jsou velmi citliví na opovrhování jejich národem a na povýšenecké jednání. Mají hluboce vštípený respekt a úctu k druhému člověku, plní své závazky a slíbené sliby. (Ulč, 2004)

Číňané jsou trpěliví, psychicky odolní, při jednání slušní a skromní. Etiketu příliš

nezdůrazňují, spíše se preferuje neformální přístup. Ceněnými vlastnostmi jsou pokora a skromnost. (Cvejnová, 2005)

V čínských poměrech rozhoduje o postavení jedince ve společnosti věk, pohlaví, konexe, příslušnost k rodině a neformálním skupinám. (Cvejnová, 2005)

Pro Čechy hůře pochopitelné je to, že Číňané v duchu dávných tradic považují za nevhodné dívat se partnerovi přímo do očí, to podle nich znamená jistou agresivitu, nepochopení či nedůvěru. Osvědčenými nástroji jejich obchodní komunikace jsou mlčení, mimika a gestikulace. (Cvejnová, 2005)

Přísná čínská morálka nedovoluje projevat na veřejnosti city, zejména pak mezi ženou a mužem. Objímání nebo líbání by bylo považováno za nechutné a vyzývavé. Hlava coby sídlo duše je místem svatým a nikdo cizí se jí tudíž nesmí dotýkat. (Cvejnová, 2005)

1.9.2.2.1 Pozdravy

V podnikatelských kruzích si lidé obvykle podávají ruce, někdy to provází lehkým úklonem. Ruku však nepodávají všichni, neboť Číňané se vyhýbají fyzickým kontaktům. Zdraví se i mírnou poklonou, a to zejména starší lidé. Je proto lepší počkat, zda vám podají ruku sami čínští partneři. Stisk dlaně je krátký a nepříliš pevný. Projevy vřelosti, jako stisk ruky oběma dlaněmi či poklepávání po ramenou se nedoporučují. (Cvejnová, 2005)

1.9.3 Stravování a stolování

1.9.3.1 Složení jídelníčku

Čínská kuchyně je odlišná v různých částech země. Jsou však potraviny, které využívají ve všech koutcích Číny, jsou to: sójová omáčka, sezamový olej, zelenina, především čínské a pekingské zelí, bambusové výhonky, ryby, drůbež a samozřejmě nesmí chybět rýže. Z koření Číňané hojně užívají pepř – bílý i černý, zázvor, česnek. Nejčastější stravou je přesto rýže na všechny způsoby, prodává se i v pouličních jídelnách. Alkohol si Číňané, zejména v chudších částech měst, rádi dopřejí. (Fischerová, 2007) (Ivanová, 2005)

Čínským národním nápojem je čaj z čajovníku pěstovaného na jihu země. (Ivanová, 2005)

1.9.3.2 Stolování

Stolování, tak jak bylo zvykem dříve, kdy se celá rodina scházela v pravidelnou dobu u jídelního stolu, již trendem není. Dnešní generace se stejně jako ve vyspělých zemích stravuje převážně po bistrech s rychlým stylem obsluhy. Starší lidé si tuto tradici stále drží. (Hoffmann, 2002)

Sáhnout si u stolu pro jídlo, které stojí v sousedově prostoru, je plně přípustné. Číňané mají ve zvyku projevovat se velmi hlučně při jídle, což je pro nás nezvyklé. (Cvejnová, 2005) (Lidé, zvyky, náboženství, 2006)

1.9.4 Tradiční rodinná a příbuzenská struktura

Rodiny zůstávají patriarchálními i přes to, že role čínských žen je stále silnější a důležitější. Bydlí v bytech či ve svých domech a téměř každá rodina už vlastní své auto. V České republice byla uzavřena už řada čínských manželství, smíšené zřídkakdy. Rodiny bývají velké a většinou žijí pospolu. Komunity mají Číňané rozsáhlé a dle svých tradic udržují velmi pevné a trvalé vztahy. (Seberová, 2006)

Čínské děti docházejí do mateřských školek, jen některé rodiny si platí pomocnici na hlídání. Na základních školách pak ve značné míře vynikají výborným prospěchem. Mají totiž přísné vedení a disciplínu svých rodičů, ke kterým chovají obrovskou celoživotní úctu. (Seberová, 2006)

Poslušnost vůči rodičům a nadřízeným je pokládána za nejvyšší ctnost. Mimořádné úctě se v Číně těší starší lidé. (Cvejnová, 2005)

1.9.5 Těhotenství a porod

Dle čínské medicíny je těhotenství ovlivňováno hlavně ledvinami a játry, které představují zásobárnu pro růst a vývoj plodu. Také je důležitá rovnováha jing a jang. Čínské ženy v těhotenství konzumují hojně zeleniny, ovoce a bílého masa a přijímají dostatek tekutin. Je jim zakázáno nosit těžká břemena a přespříliš se fyzicky vysilovat. (Hoffmann, 2002)

Porod probíhá v Číně většinou s omezením bolestí, pomocí akupunkturních bodů a bylinných směsí. Akupunktura, i v těhotenství a porodu, patří v Číně k nejstarší metodě tradiční medicíny, udává se stáří dokonce tisíce let. (Seberová, 2006)

1.9.6 Čínské ženy v péči o novorozence

Jak již bylo výše uvedeno, péče čínských matek začíná už o nenarozené dítě, tedy v těhotenství.

Čínské ženy, které porodily v České republice, velmi obtížně komunikují s českým zdravotnickým personálem. Obecně pro Číňany platí, že cizí jazyky nevyužívají. Právě ztížená komunikace omezuje informovanost čínských žen v péči o novorozence a i kvalitní ošetrovatelskou péči ze strany zdravotnického personálu. Čínské ženy mají snahu pečovat o novorozence dle pokynů sester a zřejmě se snaží přizpůsobit našim podmínkám. Ve většině případů se nechovají odlišně od českých žen. (Seberová, 2006)

1.9.7 Životní styl

Číňané vnímají své tělo jako rovnováhu jing a jang. Zásadní odlišnost od nás Evropanů, ve vnímání nemoci či příznaku nemoci, je to, že Číňana vždy zajímá příčina, tedy kauzalita. Většinou si nevezme lék na bolest, aniž by nevěděl, jakou příčinou je bolest způsobená. (Hoffmann, 2002)

Význam tělesného cvičení při prevenci a léčení nemocí byl znám starověkým Číňanům již před dvěma tisíci lety. Teprve v období dynastie Chan ve 3. století našeho letopočtu vytvořil poprvé lékař jménem Chua Tchuo systém cviků k zachování dobrého zdraví a k celkovému rozvoji fyzických sil. Původně cvičení směřovala ke zlepšení fyzické kondice vojáků. (Chladivé mazání, 2006)

Takovým bylo i dnes známé taj-či. Výhodou tohoto cvičení je, že jej mohou cvičit lidé bez ohledu na věk a pohlaví. Pohyb se přitom týká končetin a trupu v určitém pořadí, rytmu, je plynulý a spojený v jeden celek. Současně se procvičují základní životní funkce, jako je dýchání a krevní oběh, které také podléhají rytmu. Takové cvičení pak znamená harmonizaci pohybů a posilování svalů ve všech částech těla i zlepšení funkce mozku díky lepšímu okysličování při pohybu. Moderní neurofyziologické metody potvrzují poznatky z minulosti ve využití tradiční metody taj-či. Základní filozofií je pozitivní myšlení a přijímání života takového, jaký je, se snahou jej změnit vlastním přičiněním. (Chladivé mazání, 2006)

Čínská medicína je zatím v České republice málo rozšířená. Většinou se nesetkáme přímo s čínskými lékaři, kteří nám ji přinesli ze své rodné země. V Číně lidé vědí, na jaké

potíže mají vyhledat tradičního čínského lékaře a na jaké lékaře západního. Díky tomuto se léčí mnoho problémů dříve než nemoc propukne. (Zhi)

1.9.7.1 Oblékání a vzhled

Při obchodním jednání je běžný oblek západního stylu v decentní barvě. Konzervativnost a skromnost jsou důležitější než elegance a osobitý styl. To platí zvláště pro ženy. S výjimkou zahraničních recepcí se ani při slavnostních příležitostech nevyžadují šaty a lodičky na podpatcích. Vhodným společenským oděvem je kostým s delší sukní nebo kalhoty, halenka zapnutá až ke krku a polobotky.

Ani v neformálním oděvu nejsou projevy mladistvé uvolněnosti a nonšalance vítány. Upravené čisté džíny jsou naopak přijatelné. Na jihu země je oblečení vzhledem ke klimatickým podmínkám méně formální. Oděv však pro Číňany nezrcadlí osobnost ani společenské postavení jedince. (Cvejnová, 2005)

1.9.7.2 Hygienické zvyklosti

Pro Evropana je hodně nezvyklý čínský způsob hygieny. Pověstný zvyk neustále se odhlehovat se prý vláda snaží potlačit i formou pokut. Na veřejných prostranstvích tak lze najít tabule s nápisem NO SPITTING. (Adamcová, 2005)

Nepříjemným zážitkem pro cizince v Číně je podivný zápach, který se zaplněnými ulicemi měst a vesnic neustále line z odpadků, z nedostatečné kanalizace, z pouličních kuchyní a z obchůdků se vším možným i nemožným. (Fischerová, 2007)

2. Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

1. Jaký názor mají středoškolsky a vysokoškolsky vzdělané sestry na multikulturní vzdělávání.

2. Jaké jsou znalosti středoškolsky a vysokoškolsky vzdělaných sester o Číně, Číňanech a specifikách ošetrovatelské péče o čínské klienty.

2.2 Hypotézy

1. hypotéza

Výše dosaženého vzdělání ovlivňuje názor na nutnost multikulturního přístupu při ošetrování klientů jiných národností.

2. hypotéza

Vědomosti vysokoškolsky vzdělaných sester o zvláštностech péče o čínské klienty jsou větší, než vědomosti středoškolsky vzdělaných sester.

3. Metodika a charakteristika výzkumného souboru

3.1 Použitá metodika shromažďování dat

Byl proveden kvantitativní výzkum. Shromažďování dat probíhalo pomocí dotazníku (příloha č. 1), který byl určen sestrám z různých nemocnic z celé České republiky. Dotazník obsahoval celkem 42 otázek, uzavřených, kde byly otázky alternativní (dichotomické), nebo mohli respondenti vybírat z více možností (polytomické otázky), a

polootevřených. Kromě identifikačních údajů obsahoval pět oblastí zkoumání:

- zkušenosti sester s multikulturní výchovou
- vnímání etnického klimatu sestrami
- vědomosti sester o Číně
- vědomosti sester o specifikách čínské minority
- vědomosti sester o zvláštностech ošetrovatelské péče o čínské klienty

3.2 Statistická analýza

Otázky č. 2–5 byly statisticky analyzovány pro 1. hypotézu. Otázky č. 31–38 byly statisticky analyzovány pro 2. hypotézu.

Pro hodnocení statistické významnosti výsledků byl použit Pearsonův χ^2 -kvadrát test a χ^2 -kvadrát test metodou maximální věrohodnosti (M-V), kterého se dá použít, pokud jsou všechny očekávané četnosti v jednotlivých políčkách tabulky větší než 5. Nebyla-li tato podmínka splněna, byl použit Fisherův exaktní test (test o nezávislosti). U testovacích otázek jsme si stanovovali nulové (pracovní) hypotézy. Testovali jsme na hladině významnosti 5% ($\alpha < 0,05$).

3.3 Charakteristika výzkumného souboru

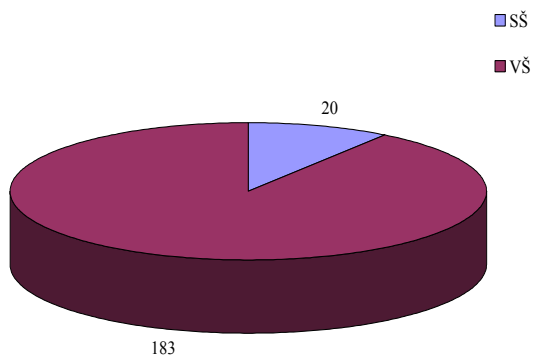
Výzkumný soubor tvořily sestry z oddělení a ambulancí interních a chirurgických oborů. Bylo distribuováno 500 dotazníků, z nichž bylo vráceno 303 dotazníků. Konečný výzkumný soubor tedy tvořilo 303 (100 %) sester z oddělení a ambulancí interních a chirurgických oborů nemocnic celé České republiky (příloha č.2).

Dotazník byl anonymní, respondenti ho vyplňovali dobrovolně a dle zájmu o účast na výzkumu. Podmínkou byl pouze statut sestry.

Výzkum probíhal na přelomu března a dubna roku 2007. Osloveno bylo 21 hlavních sester, s výzkumem souhlasilo 13 z nich. V každé z nemocnic bylo rozdáno 30–35 dotazníků.

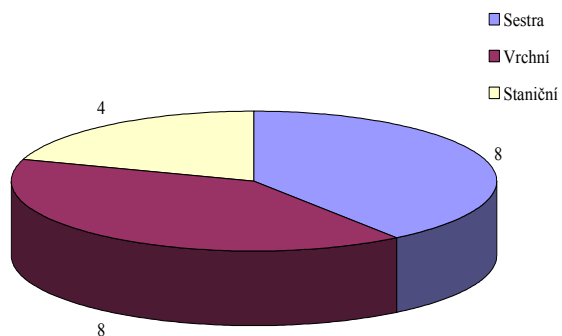
4. Výsledky výzkumu

Graf 1 Rozdělení respondentek na vysokoškolsky a středoškolsky vzdělané



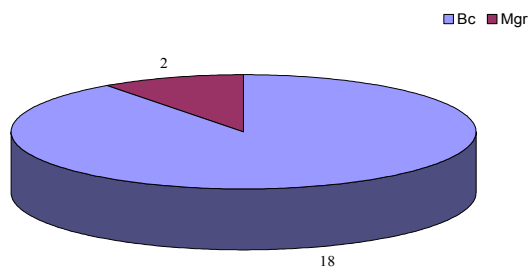
Z celkového počtu 303 (100%) sester má 183 (90%) středoškolské vzdělání a 20 (10%) vzdělání vysokoškolské.

Graf 2 Uplatnění vysokoškolsky vzdělaných sester



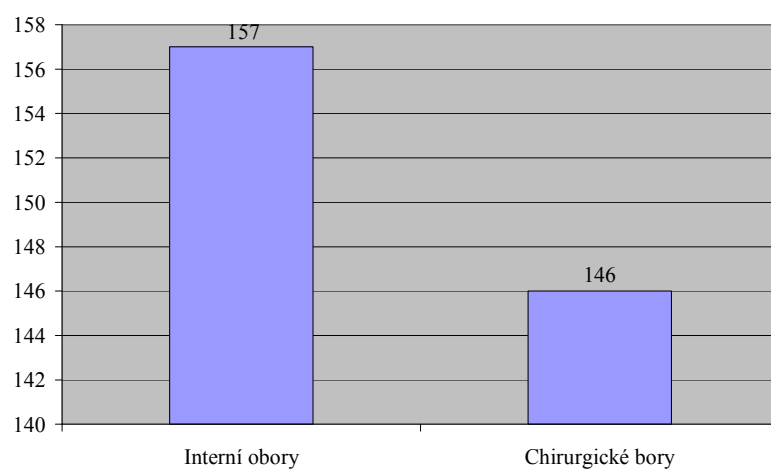
Z celkového počtu 20 sester s vysokoškolským titulem 8 (40%) pracuje jako sestra, 8 (40%) jako vrchní sestra a 4 (20%) pracují jako staniční sestry.

Graf 3 Nejvyšší dosažený titul vysokoškolsky vzdělaných sester



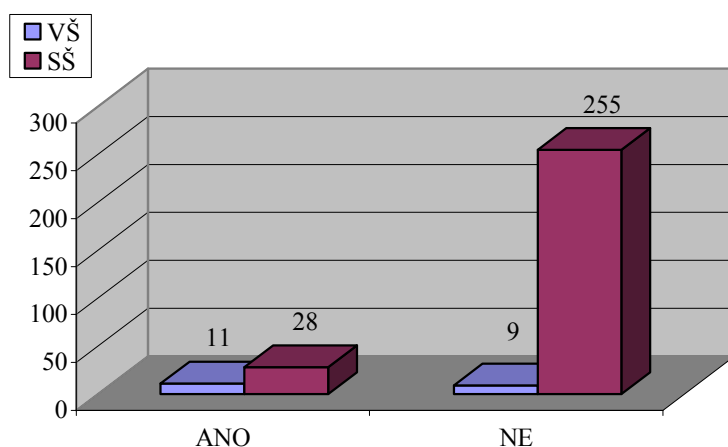
Z 20 (100%) vysokoškolsky vzdělaných sester mají 2 (10%) titul magistry a 18 (90%) bakalářky.

Graf 4 Obor ve zdravotnictví, ve kterém respondenti pracují



Na grafu 4 demonstrujeme, v jakém oboru ve zdravotnictví respondenty pracují. 157 (52%) respondentek pracuje v oborech interních a 146 (48%) v oborech chirurgických.

Graf 5 Zkušenost sester s multikulturální výchovou ve škole



Z 20 (100%) vysokoškolsky vzdělaných sester mělo ve škole předmět zaměřený na multikulturální výchovu 11 (55%) sester a 9 (45%) tento předmět nemělo. Ze 283 (100%) SŠ sester 28 (10%) předmět zaměřený na multikulturální výchovu mělo a 255 (90%) ne.

Tabulka 1 Názor sester na dostatečnost multikulturální výchovy

2-rozměrná tabulka: Pozorované četnosti (Data)				
Četnost označených buněk > 10				
Filtr pro zahrnutí: otázka="dostatečná výuka multikulturálního ošetřovatelství"				
vzdělání	odpověď ANO	odpověď NE	odpověď NEPŘEMÝŠLEL/A JSEM O TOM	Řádk. součty
VŠ	3	13	4	20
SŠ	18	124	141	283
Celk.	21	137	145	303

Tabulka 2 Názor sester na dostatečnost multikulturální výchovy – statistické testy

Statist. : vzdělání(2) x odpověď(3) (Data)			
Filtr pro zahrnutí: otázka="dostatečná výuka multikulturálního ošetřovatelství"			
Statist.	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	7,337597	df=2	p=,02551
M-V chí-kvadr.	7,576556	df=2	p=,02264

Testujeme nulovou hypotézu H_0 (nejsou rozdíly v odpovědích mezi sestrami se středoškolským a vysokoškolským vzděláním – Myslíte si, že je dostatečná výuka

Multikulturního ošetrovatelství v kvalifikační přípravě sester?) proti alternativní hypotéze H1 (jsou rozdíly).

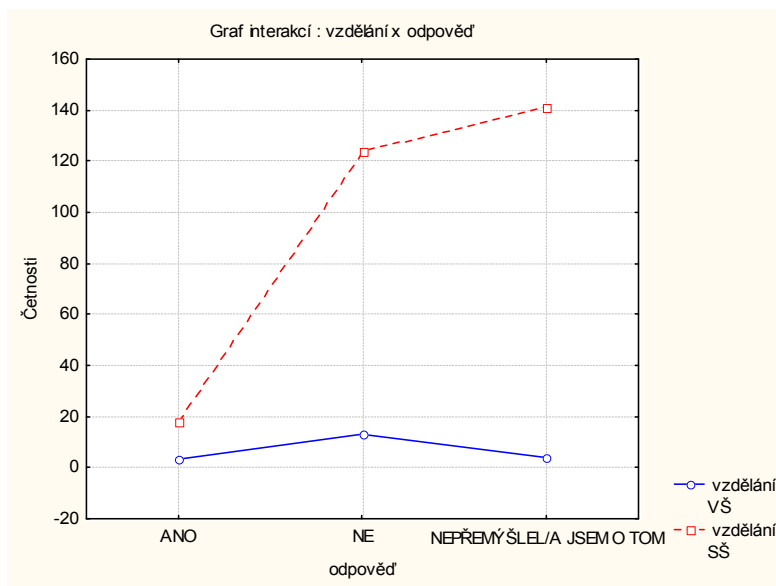
Chí-kvadrát test prokázal statisticky významné rozdíly na hladině významnosti 5%.

Odpověď na vzdělání závisí.

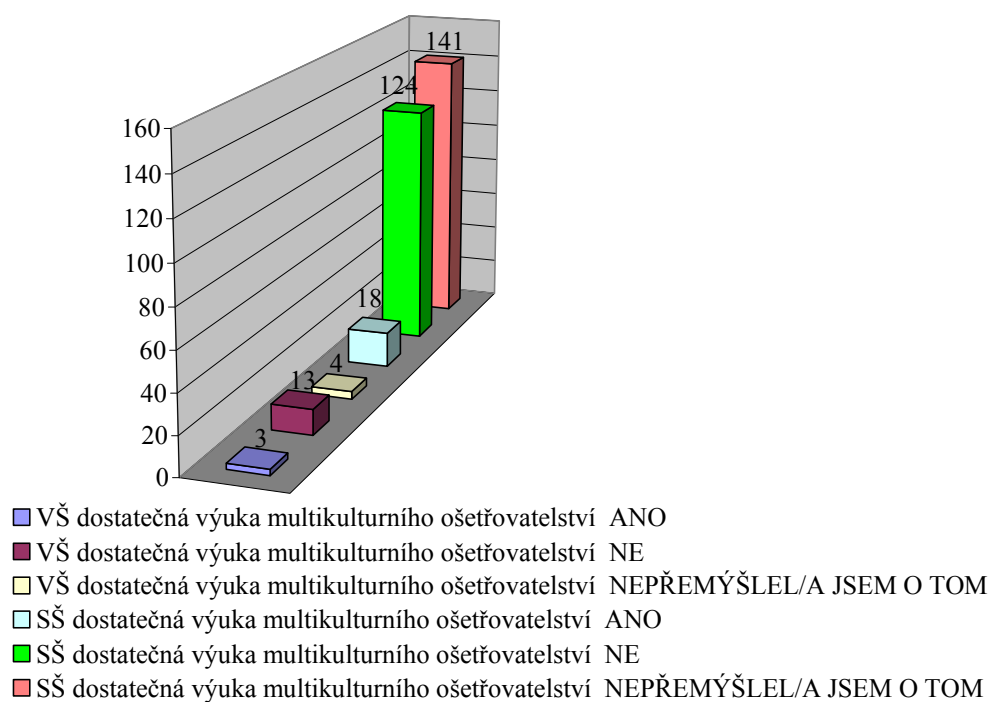
sv ... stupně volnosti

p ... dosažená hladina významnosti

Graf 6 Interakce dosaženého vzdělání a názor na dostatečnost multikulturní výchovy



Graf 7 Jak se liší názor středoškolsky a vysokoškolsky vzdělaných sester na multikulturní výchovu



Na grafu 6, 7 demonstrujeme to, že z vysokoškolsky vzdělaných sester si 3 (15%) myslí, že

dostatečná multikulturní výchova v kvalifikační přípravě sester je, 13 (65%) sester si myslí, že není dostatečná multikulturní výchova v kvalifikační přípravě sester a 4 (20%) sestry o této otázce nepřemýšlely. Ze středoškolsky vzdělaných sester si 18 (6%) sester myslí, že je dostatečná multikulturní výchova v kvalifikační přípravě sester, 124 (44%) sester si myslí, že dostatečná multikulturní výchova v kvalifikační přípravě sester není a 141 (50%) sester o této otázce nepřemýšlelo.

Tabulka 3 Jak se liší názor středoškolsky a vysokoškolsky vzdělaných sester na multikulturní výchovu

2-rozměrná tabulka: Pozorované četnosti (Data) Četnost označených buněk > 10 Filtr pro zahrnutí: otázka="dostatečná výuka multikulturního ošetřovatelství"				
vzdělání	odpověď ANO	odpověď NE	odpověď NEPŘEMÝŠLEL/A JSEM O TOM	Řádk. součty
VŠ	3	13	4	20
Řádko	15,00%	65,00%	20,00%	
SŠ	18	124	141	283
Řádko	6,36%	43,82%	49,82%	
Celk.	21	137	145	303

Tabulka 4 Jak se liší názor středoškolsky a vysokoškolsky vzdělaných sester multikulturní výchovu – očekávaná četnost

2-r. tabulka (shr.): Očekávané četnosti (Data.sta) Četnost označených buněk > 10 Filtr pro zahrnutí: otázka="dostatečná výuka multikulturního ošetřovatelství"				
vzdělání	odpověď ANO	odpověď NE	odpověď NEPŘEMÝŠLEL/A JSEM O TOM	Řádk. součty
VŠ	1,38614	9,0429	9,5710	20,0000
SŠ	19,61386	127,9571	135,4290	283,0000
Celk.	21,00000	137,0000	145,0000	303,0000

Tabulka 5 Názor sester na povinné celoživotní vzdělávání zdravotníků

2-rozměrná tabulka: Pozorované četnosti (Data) Četnost označených buněk > 10 Filtr pro zahrnutí: otázka="celoživotního vzdělávání zdravotníků"			
vzdělání	odpověď ANO	odpověď NE	Řádk. součty
VŠ	18	2	20
SŠ	244	39	283
Celk.	262	41	303

Tabulka 6 *Názor sester na povinné celoživotní vzdělávání zdravotníků – statistické testy*

Statist.	Statist. : vzdělání(2) x odpověď(2) (Data) Filtr pro zahrnutí: otázka="celoživotního vzdělávání zdravotníků"		
	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	,2282278	df=1	p=,63284
M-V chí-kvadr.	,2462900	df=1	p=,61970

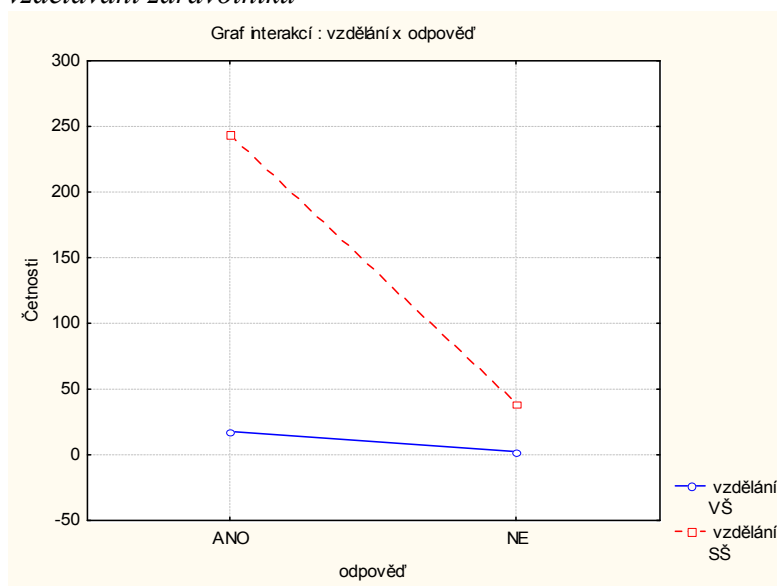
Testujeme nulovou hypotézu H_0 (nejsou rozdíly v odpovědích mezi sestrami se středoškolským a vysokoškolským vzděláním – Souhlasíte **se systémem povinného celoživotního vzdělávání zdravotníků?**) proti alternativní hypotéze H_1 (jsou rozdíly).

Na hladině významnosti 5% nelze zamítnout nulovou hypotézu.

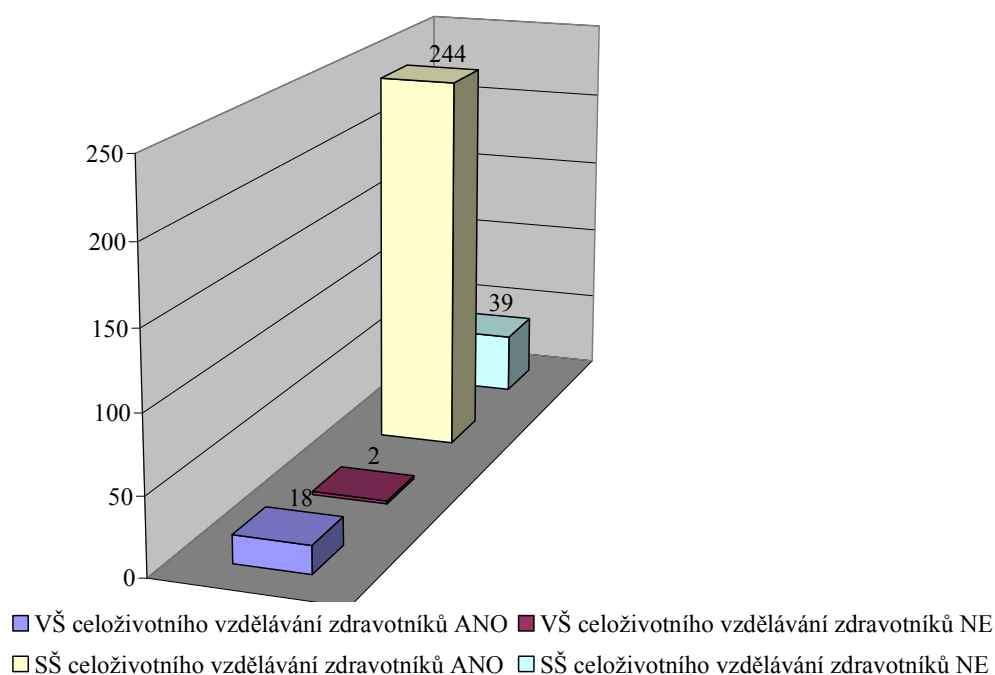
sv ... stupně volnosti

p ... dosažená hladina významnosti

Graf 8 Interakce mezi nejvyšším dosaženým vzděláním a názorem na povinné celoživotní vzdělávání zdravotníků



Graf 9 Názor sester na celoživotní vzdělávání zdravotníků



Na grafu 8, 9 demonstrujeme to, že 18 (90%) z vysokoškolsky vzdělaných sester souhlasí se systémem povinného celoživotního vzdělávání zdravotníků a 2 (10%) sestry nesouhlasí. Ze středoškolsky vzdělaných sester 244 (86%) souhlasí se systémem povinného

celoživotního vzdělávání zdravotníků a 39 (14%) sester nesouhlasí. Sestry, které odpovídaly ano, uvedly jako důvod odpovědi to, že jsou stále nové poznatky ve zdravotnictví a ony se tomu musí naučit. Sestry, které odpověděly ne, uvedly jako důvod odpovědi nesouhlas s kreditovým systémem, blíže důvody nepopisovaly.

Tabulka 7 Názor sester na celoživotní vzdělávání zdravotníků – očekávaná četnost

2-r. tabulka (shr.): Očekávané četnosti (Data) Četnost označených buněk > 10 Filtr pro zahrnutí: otázka="celoživotního vzdělávání zdravotníků"			
vzdělání	odpověď ANO	odpověď NE	Řádk. součty
VŠ	17,2937	2,70627	20,0000
SŠ	244,7063	38,29373	283,0000
Celk.	262,0000	41,00000	303,0000

Poznámka: Vzhledem k tomu, že očekávané četnosti nejsou ve všech kategoriích větší než 5, může být výsledek testu zkreslen.

Tabulka 8 Názor sester na celoživotní vzdělávání zdravotník – statistické testy, Fisherův test

Statist. : vzdělání(2) x odpověď(2) (Data) Filtr pro zahrnutí: otázka="celoživotního vzdělávání zdravotníků"			
Statist.	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	,2282278	df=1	p=,63284
M-V chí-kvadr.	,2462900	df=1	p=,61970
Fisherův přesný, 1-str.			p=,47435

Fisherův přesný test (stejně jako chí-kvadrát test) dává statisticky nevýznamné výsledky. Na hladině významnosti 5% tedy nelze zamítnout nulovou hypotézu H₀ (nejsou rozdíly v odpovědích mezi sestrami se středoškolským a vysokoškolským vzděláním – Souhlasíte se systémem povinného celoživotního vzdělávání zdravotníků?).

Tabulka 9 *Názor sester na vysokoškolské vzdělání*

2-rozměrná tabulka: Pozorované četnosti (Data) Četnost označených buněk > 10 Filtr pro zahrnutí: otázka="přínos vysokoškolského vzdělávání sester"			
vzdělání	odpověď ANO	odpověď NE	Řádk. součty
VŠ	20	0	20
SŠ	189	94	283
Celk.	209	94	303

Tabulka 10 *Názor sester na vysokoškolské vzdělání – statistické testy*

Statist. : vzdělání(2) x odpověď(2) (Data) Filtr pro zahrnutí: otázka="přínos vysokoškolského vzdělávání sester"			
Statist.	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	9,630919	df=1	p=,00191
M-V chí-kvadr.	15,48379	df=1	p=,00008

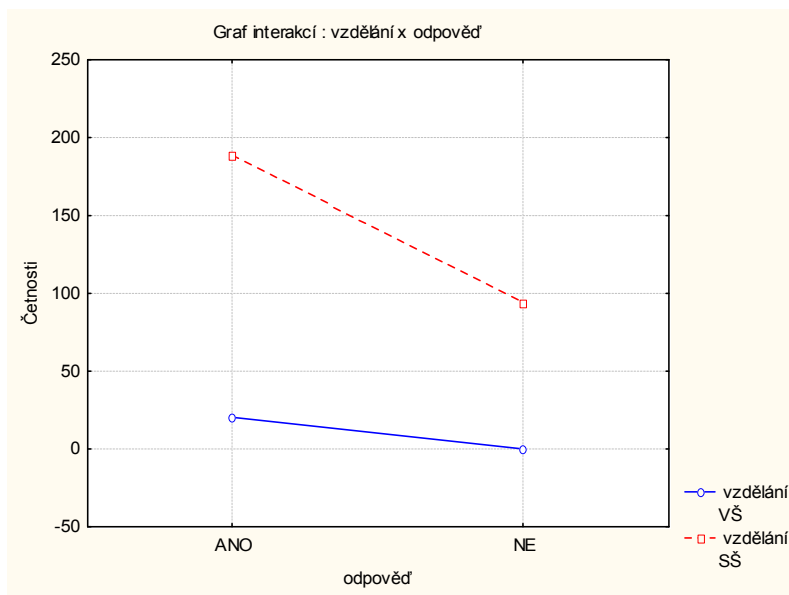
Testujeme nulovou hypotézu H0 (nejsou rozdíly v odpovědích mezi sestrami se středoškolským a vysokoškolským vzděláním – Pokládáte **za přínosné vysokoškolské vzdělávání sester?**) proti alternativní hypotéze H1 (jsou rozdíly).

Chí-kvadrát test prokázal statisticky významné rozdíly na hladině významnosti 5%.
Odpověď na vzdělání závisí.

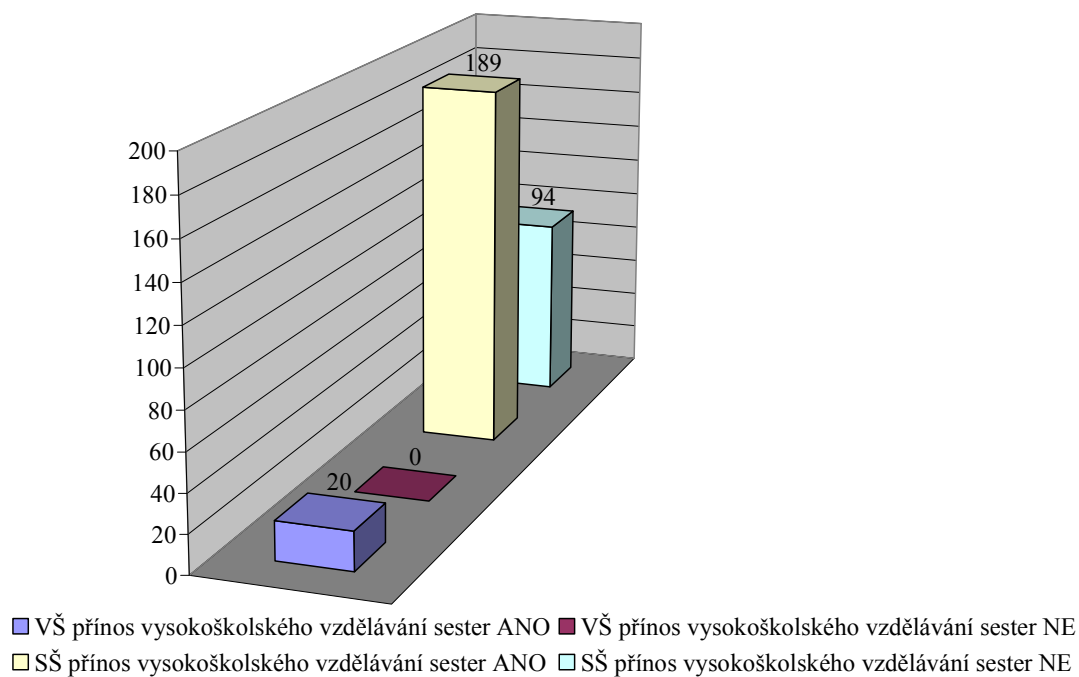
sv ... stupně volnosti

p ... dosažená hladina významnosti

Graf 10 Interakce dosaženého vzdělání a názoru na vysokoškolské vzdělávání sester



Graf 11 Náзор sester na vysokoškolské vzdělávání



N grafu 10, 11 demonstrujeme, zda sestry pokládají za přínosné vysokoškolské vzdělávání sester. Z vysokoškolsky vzdělaných sester 20 (100%) odpovědělo ano. Ze středoškolsky vzdělaných sester odpovědělo ano 189 (67%) a ne 94 (33%) sester.

Tabulka 11 *Názor na přínos vysokoškolského vzdělání sester*

2-rozměrná tabulka: Pozorované četnosti (Data) Četnost označených buněk > 10 Filtr pro zahrnutí: otázka="přínos vysokoškolského vzdělávání sester"			
vzdělání	odpověď ANO	odpověď NE	Řádk. součty
VŠ	20	0	20
Řádko	100,00%	0,00%	
SŠ	189	94	283
Řádko	66,78%	33,22%	
Celk.	209	94	303

Tabulka 12 *Názor sester na vysokoškolské vzdělání – očekávaná četnost*

2-r. tabulka (shr.): Očekávané četnosti (Data) Četnost označených buněk > 10 Filtr pro zahrnutí: otázka="přínos vysokoškolského vzdělávání sester"			
vzdělání	odpověď ANO	odpověď NE	Řádk. součty
VŠ	13,7954	6,20462	20,0000
SŠ	195,2046	87,79538	283,0000
Celk.	209,0000	94,00000	303,0000

Tabulka 13 *Touha sester vědět více o menšinách žijících v ČR*

2-rozměrná tabulka: Pozorované četnosti (Data) Četnost označených buněk > 10 Filtr pro zahrnutí: otázka="doplnit vědomosti o kulturách etnických menšin"			
vzdělání	odpověď ANO	odpověď NE	Řádk. součty
VŠ	16	4	20
SŠ	145	138	283
Celk.	161	142	303

Tabulka 14 *Touha sester vědět více o menšinách žijících v ČR – statistické testy*

Statist. : vzdělání(2) x odpověď(2) (Data) Filtr pro zahrnutí: otázka="doplnit vědomosti o kulturách etnických menšin"			
Statist.	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	6,206129	df=1	p=,01273
M-V chí-kvadr.	6,690752	df=1	p=,00969

Testujeme nulovou hypotézu H_0 (nejsou rozdíly v odpovědích mezi sestrami se středoškolským a vysokoškolským vzděláním – Chtěl/a byste si doplnit vědomosti o kulturách etnických menšin žijících v České republice?) proti alternativní hypotéze H_1

(jsou rozdíly).

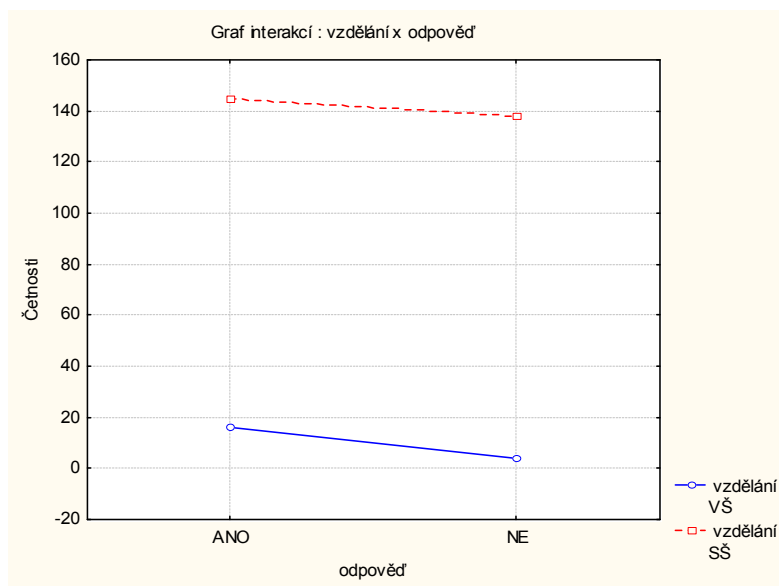
Chí-kvadrát test prokázal statisticky významné rozdíly na hladině významnosti 5%.

Odpověď na vzdělání závisí.

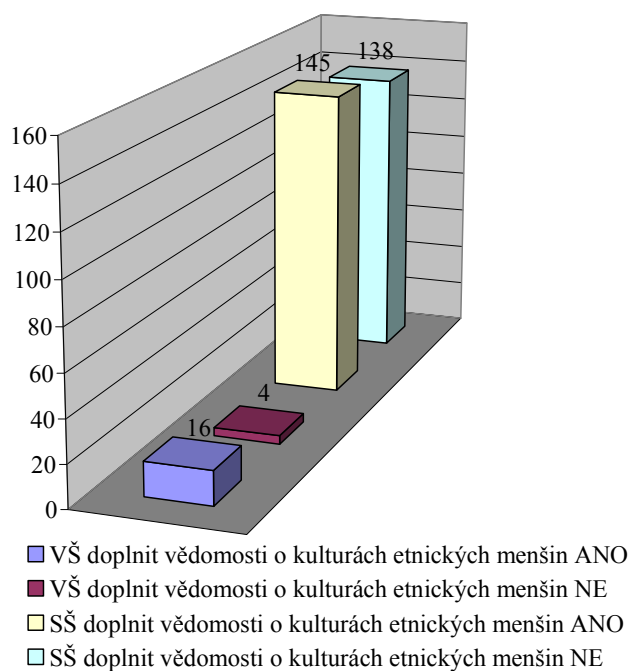
sv ... stupně volnosti

p ... dosažená hladina významnosti

Graf 12 Interakce mezi dosaženým vzděláním a touhou doplnit si vědomosti o jiných kulturách



Graf 13 Zda-li sestry chtějí vědět více o menšinách žijících v ČR



Na grafu 12, 13 demonstrujeme, zda-li by si sestry chtěly doplnit vědomosti o kulturách etnických menšin, žijících v České republice. Z vysokoškolsky vzdělaných sester odpovědělo 16 (80%) ano a 4 (20%) ne. Ze středoškolsky vzdělaných sester odpovědělo 145 (51%) ano a 138 (49%) ne.

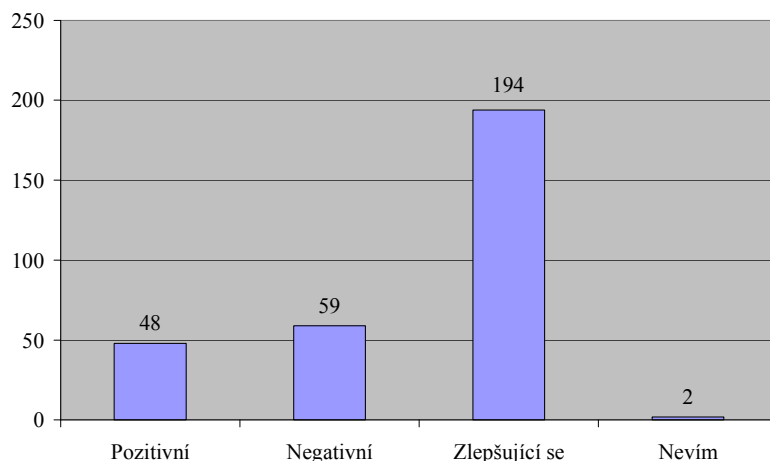
Tabulka 15 Sestry chtějí vědět více o menšinách žijících v ČR

2-rozměrná tabulka: Pozorované četnosti (Data) Četnost označených buněk > 10 Filtr pro zahrnutí: otázka="doplnit vědomosti o kulturách etnických menšin"			
vzdělání	odpověď ANO	odpověď NE	Řádk. součty
VŠ	16	4	20
Řádko	80,00%	20,00%	
SŠ	145	138	283
Řádko	51,24%	48,76%	
Celk.	161	142	303

Tabulka 16 Sestry chtějí vědět více o menšinách žijících v ČR – očekávaná četnost

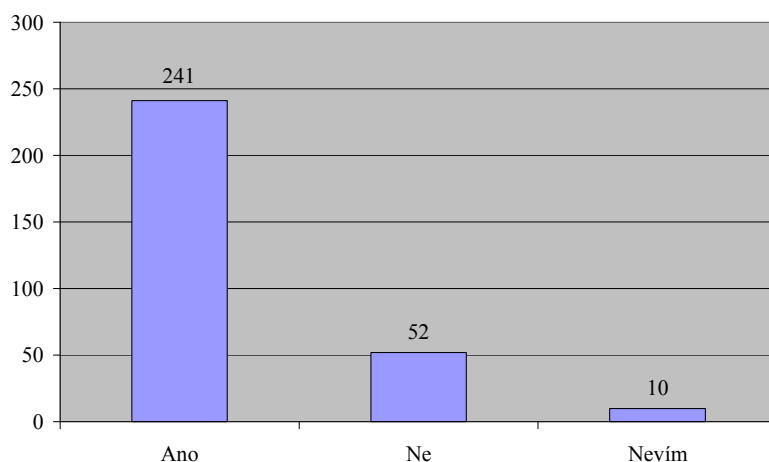
2-r. tabulka (shr.): Očekávané četnosti (Data) Četnost označených buněk > 10 Filtr pro zahrnutí: otázka="doplnit vědomosti o kulturách etnických menšin"			
vzdělání	odpověď ANO	odpověď NE	Řádk. součty
VŠ	10,6271	9,3729	20,0000
SŠ	150,3729	132,6271	283,0000
Celk.	161,0000	142,0000	303,0000

Graf 14 Vnímání etnického klimatu sestrami



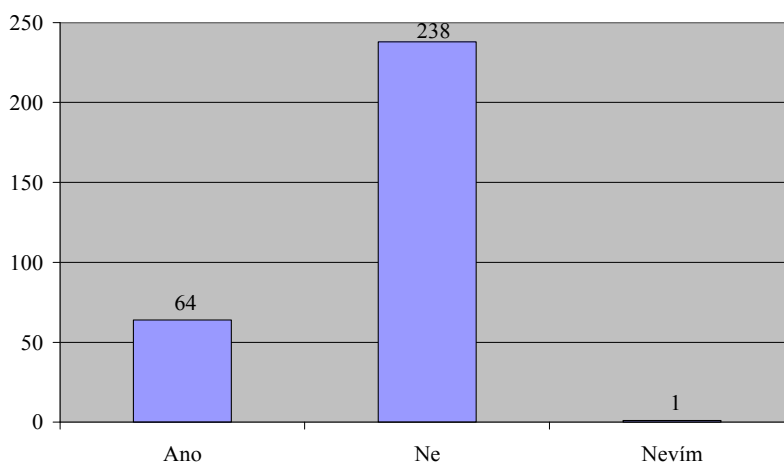
Na grafu 14 demonstrujeme, jak respondenty vnímají etnické klima v České republice. 48 (16%) sester vnímá etnické klima v ČR jako pozitivní, 59 (19%) jako negativní, 194 (64%) sester vnímá etnické klima v ČR jako zlepšující se a 2 (1%) sestry odpověděly, že neví.

Graf 15 Názor na rostoucí kriminalitu v souvislosti s migrací cizinců



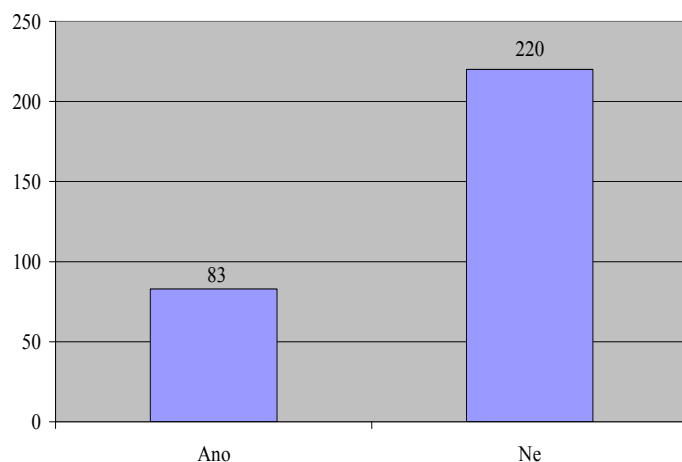
Z 303 (100%) sester si 241 (80%) myslí, že se s rostoucí migrací zvýšila kriminalita v České republice, 52 (17%) tento názor nesdílí a 10 (3%) sester odpovědělo, že neví.

Graf 16 Zda-li je sestřám nepříjemné ošetřování klientů jiných etnik



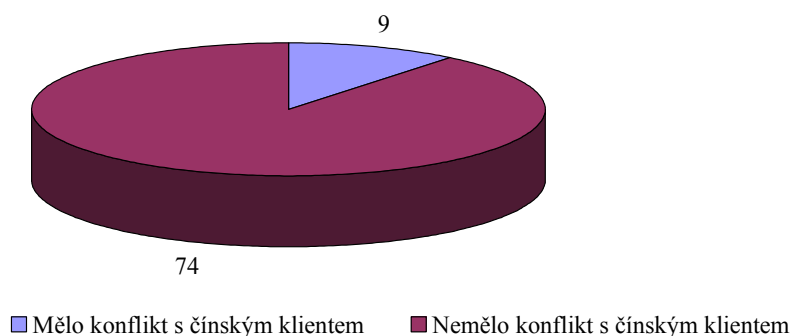
Na grafu 16 demonstrujeme, kolik sester má nepříjemné pocity při ošetřování klientů jiných etnik. 64 (21%) sester má nepříjemné pocity při ošetřování klientů jiných etnik, 238 (79%) tyto pocity nemá a 1 (0%) sestra nevěděla.

Graf 17 Setkání sester s čínským klientem



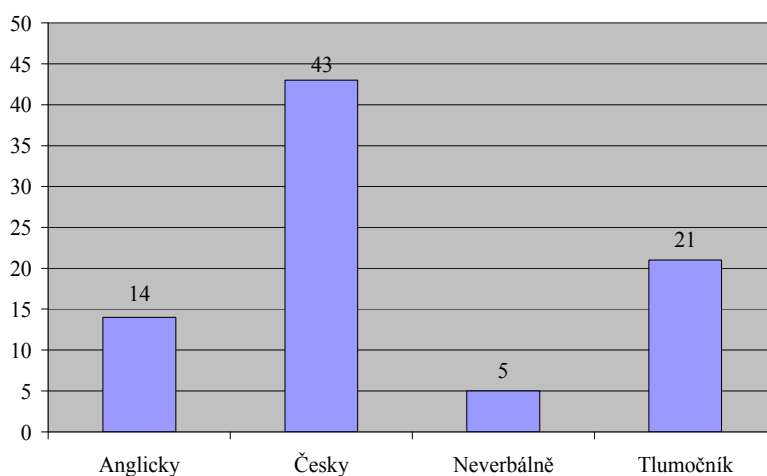
Na grafu 17 demonstrujeme, kolik ze 303 (100%) respondentek se s čínským klientem ve své praxi setkala. 83 (27%) sester s čínským klientem ve své praxi setkala a 220 (73%) nikoliv.

Graf 18 Konflikt s čínským klientem – sestry mající zkušenost s čínským klientem



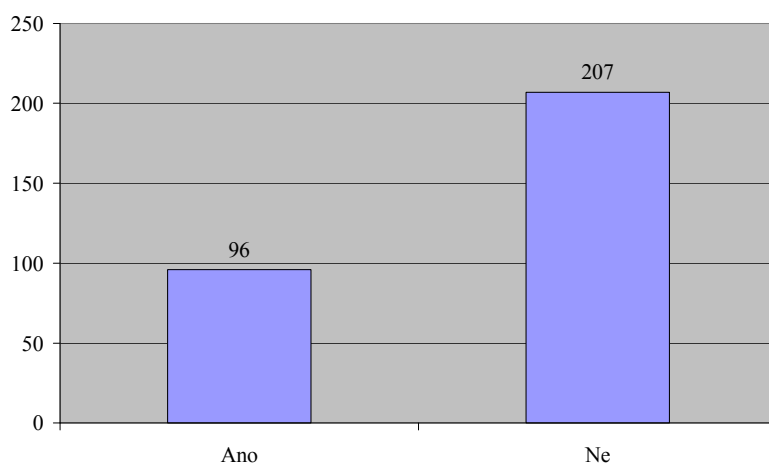
Na grafu 18 demonstrujeme podíl sester, které se setkaly s čínským klientem, a mělo či nemělo s ním konflikt, na což odpovídaly v otázce č. 18 v dotazníku. 9 (11%) sester mělo konflikt s čínským klientem a 74 (89%) ne. Sestry, které s Číňany měly konflikt, měly tuto událost popsat. Ani jedna sestra tak neučinila.

Graf 19 Jak komunikovaly sestry s čínskými klienty



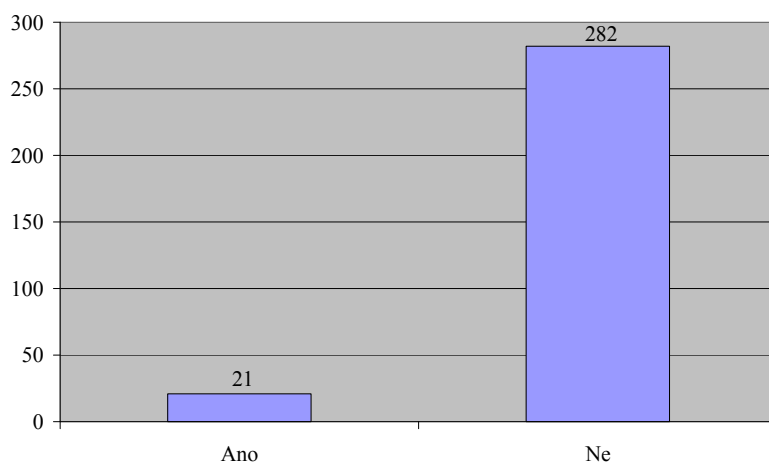
Pouze 53 (100%) sester, z 83 sester, které se s čínským klientem setkalo, odpovědělo v dotazníku na otázku č. 10. 14 (17%) sester s Číňanem komunikovalo anglicky, 43 (52%) česky, 5 (6%) sester neverbálně a 21 (25%) s Číňanem hovořilo s pomocí tlumočnicka.

Graf 20 Kontakt na tlumočnické služby na pracovišti



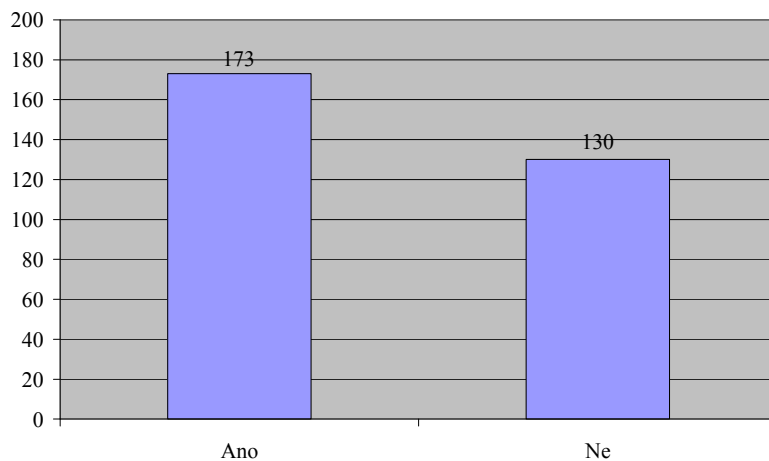
Na grafu 20 demonstrujeme, na kolika zdravotnických pracovištích dotázaných sester mají kontakt na tlumočnicka, pro případ setkání s cizincem. Na místě svého pracoviště má kontakt na tlumočnicka 96 (32%) sester a 207 (68%) nikoliv.

Graf 21 Komunikační karty na pracovišti



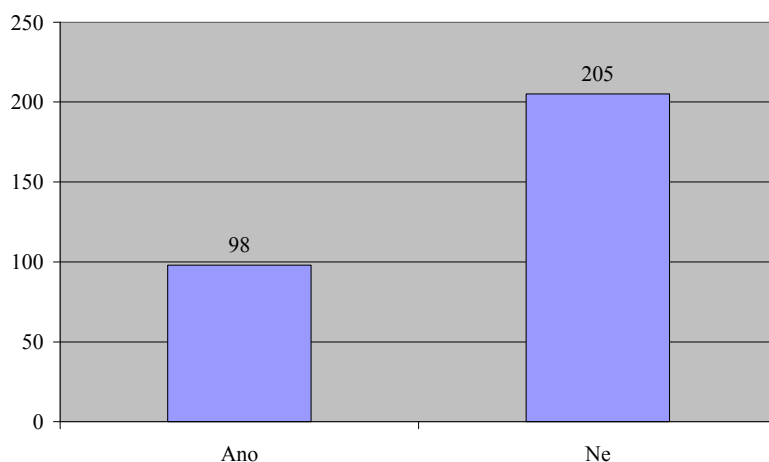
Na grafu 21 demonstrujeme, na kolika pracovištích dotázaných sester jsou k dispozici komunikační karty. 21 (7%) sester komunikační karty na svém pracovišti má a 282 (93%) nemá.

Graf 22 Znalost definice ošetrovatelského modelu



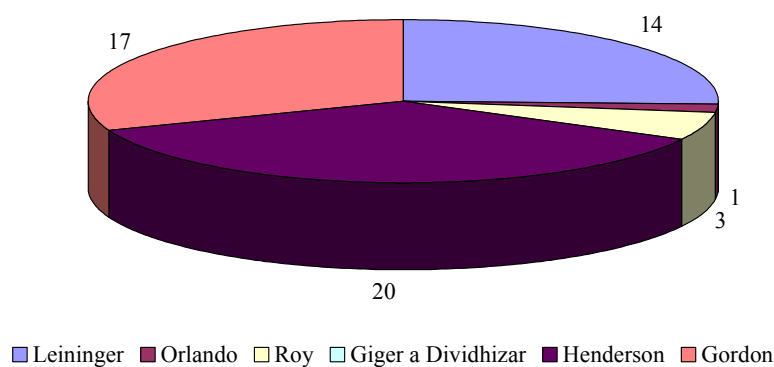
Na grafu 22 demonstrujeme, kolik respondentek, ze 303 (100%), ví, co je ošetrovatelský model. 173 (57%) sester ví, co ošetrovatelský model je a 130 (43%) sester neví, co ošetrovatelský model je.

Graf 23 Používání ošetrovatelských modelů na pracovišti



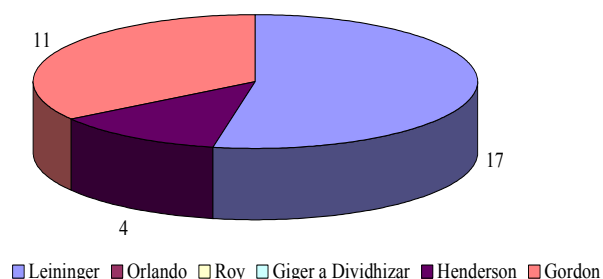
Na grafu 23 demonstrujeme, v jaké míře se na pracovištích ošetrovatelské modely používají. 98 (32%) sester uvedlo, že na pracovišti ošetrovatelský model používají a 208 (68%) ne.

Graf 24 Typ používaného ošetrovatelského modelu



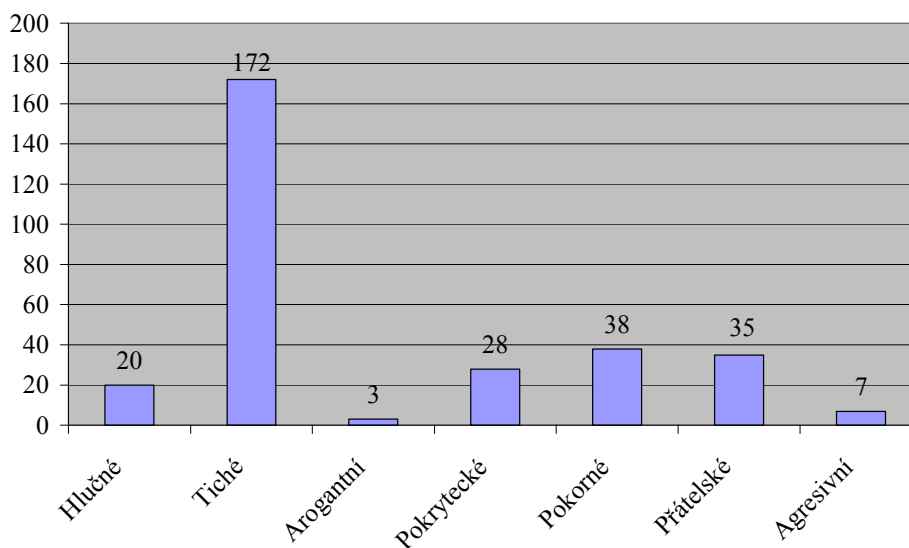
Na grafu 24 demonstrujeme, jaké modely se v praxi používají. Model dle Leiningerové vybralo 14 (25%) sester, model dle Orlandové vybrala 1 (2%) sestra, model dle Royové 3 (5%) sestry, model dle Gigerové a Dividhizarové nevybrala žádná sestra (0%), model dle Hendersonové 20 (37%) a model Gordonové vybralo 17 (31%) sester.

Graf 25 Typ používaného ošetrovatelského modelu pro ošetrování klientů jiných etnik



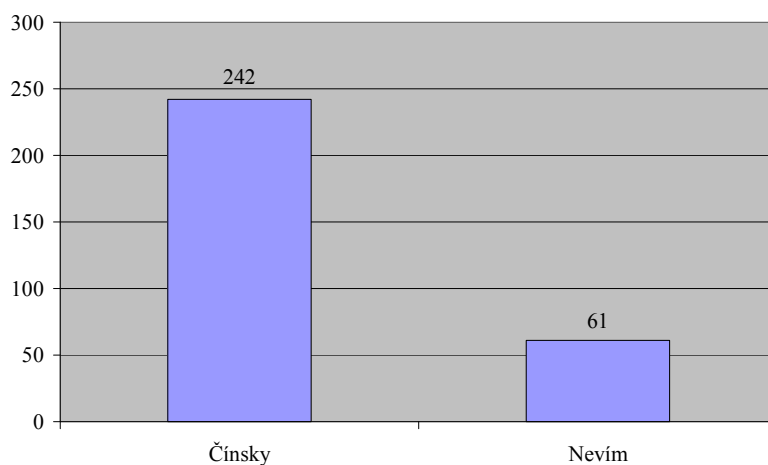
Pouze 32 (100%) sester vybralo ošetrovatelský model pro ošetrování klientů jiných etnik. Z nabízených možností vybralo 17 (53%) sester model dle Leingerové, 4 (13%) sestry model dle Hendersonové a 11 (34%) sester model dle Gordonové. Ošetrovatelský model dle Orlandoové, Royové, Gigerové a Dividhizarové nevybrala žádná (0%) sestra.

Graf 26 Jak by sestry charakterizovaly Čiňany



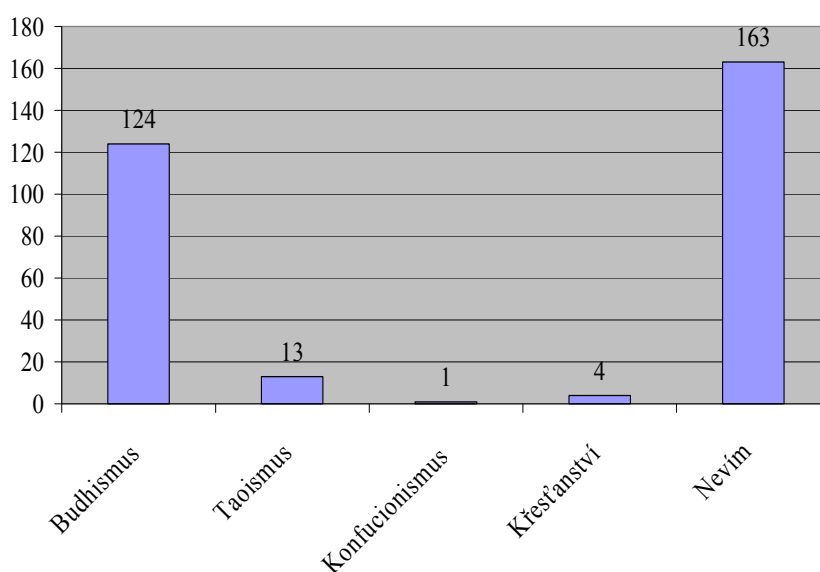
Na grafu 26 demonstrujeme, jak sestry hodnotily Čiňany. 20 (7%) sester považuje Čiňany za hlučné, 172 (56%) za tiché, 3 (1%) sestry považují Čiňany za arogantní, 28 (9%) sester za pokrytecké, 38 (13%) sester za pokorné, jako přátelské hodnotí Čiňany 35 (12%) sester a jako agresivní 7 (2%) sester.

Graf 27 Jakým jazykem mluví Číňané



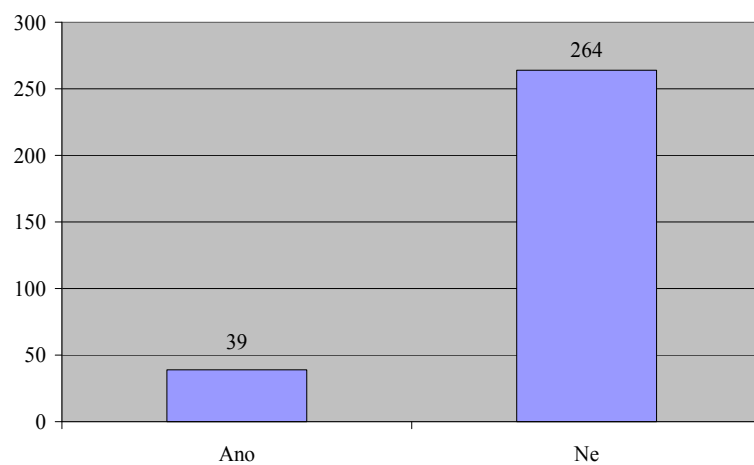
Na grafu 27 demonstrujeme znalosti sester v oblasti jazykové. 242 (80%) odpovědělo správně, že Číňané mluví čínsky a 61 (20%) nevědělo, jakým jazykem Číňané mluví.

Graf 28 Jaké náboženství vyznávají Číňané



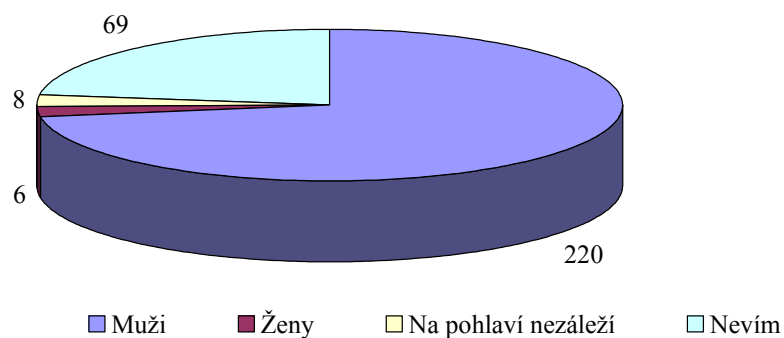
Na grafu 28 demonstrujeme, jaké je povědomí sester o náboženství vyznávající Číňany. 124 (41%) sester odpovědělo, že Číňané jsou buddhisté, 13 (4%) taoisté, 1 (0%) konfucionisté, 4 (1%) sestry považují Číňany za křesťany a 163 (54%) nevědělo, jaké náboženství vyznávají Číňané.

Graf 29 Vědomosti sester o čínské kultuře



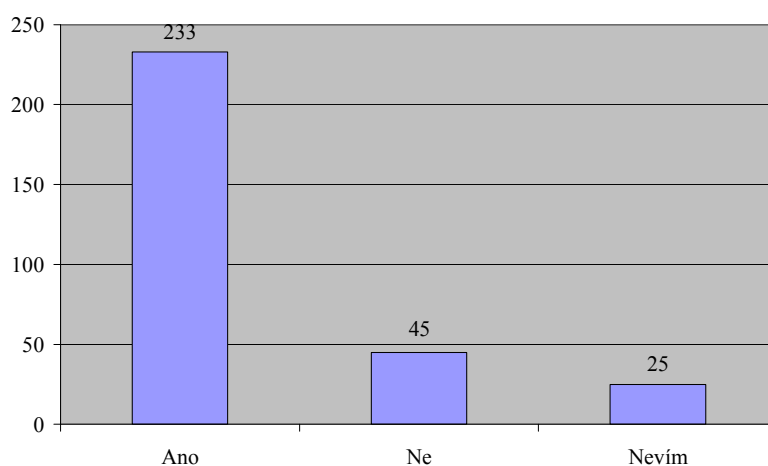
Na grafu 29 demonstrujeme, zda sestry ví něco o čínské kultuře. Ze 303 (100%) respondentek ví něco o čínské kultuře 39 (13%) sester a 264 (87%) neví nic. Sestry, které odpověděly pozitivně, uvedly, že znají čínskou zed' a pověstnou tradiční čínskou medicínu.

Graf 30 Preferované pohlaví v rodině Číňanů



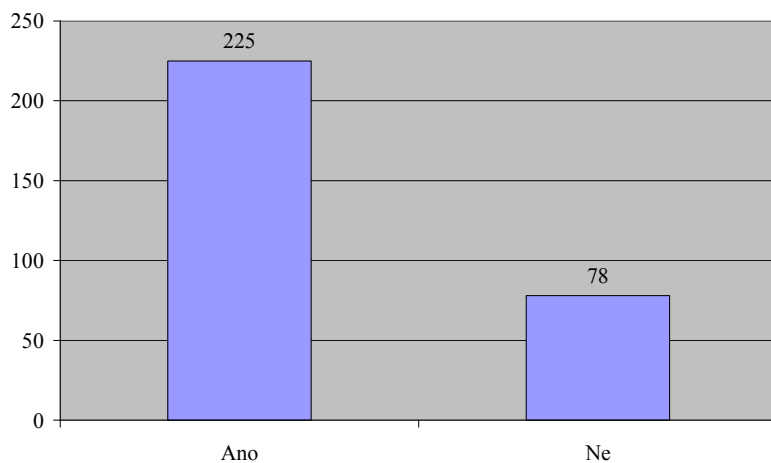
Na grafu 30 demonstrujeme odpovědi sester na otázku, kdo je v čínské rodině upřednostňován. Že je upřednostňován muž, si myslí 220 (72%) sester, 6 (2%) sester odpovědělo, že v čínské rodině je upřednostňována žena, 8 (3%) sester si myslí, že na pohlaví nezáleží a 69 (23%) nevědělo.

Graf 31 Úcta k rodičům v Čínské rodině



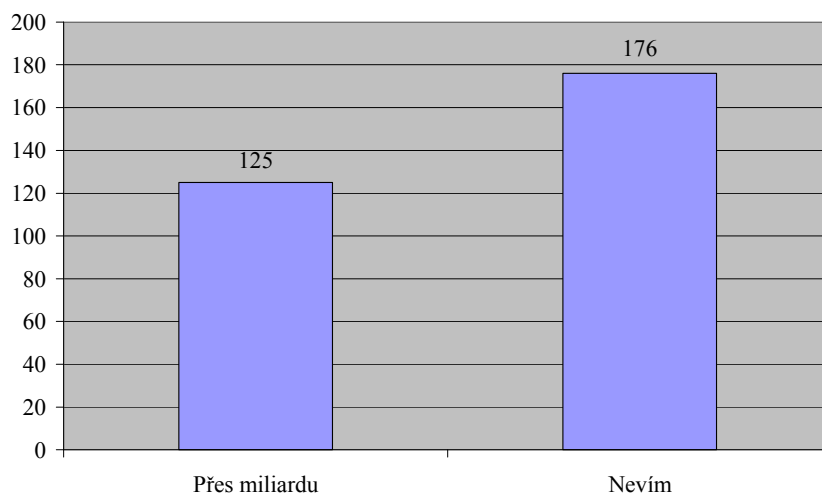
Na grafu 31 demonstrujeme, vědomosti sester o rodinných vztazích v čínských rodinách. 233 (77%) sester si myslí, že Číňané své rodiče ctí, 45 (15%) sester si myslí, že tomu tak není a 25 (8%) sester nevědělo.

Graf 32 Vědomosti sester o tom, kdo byl Mao Ce-tung



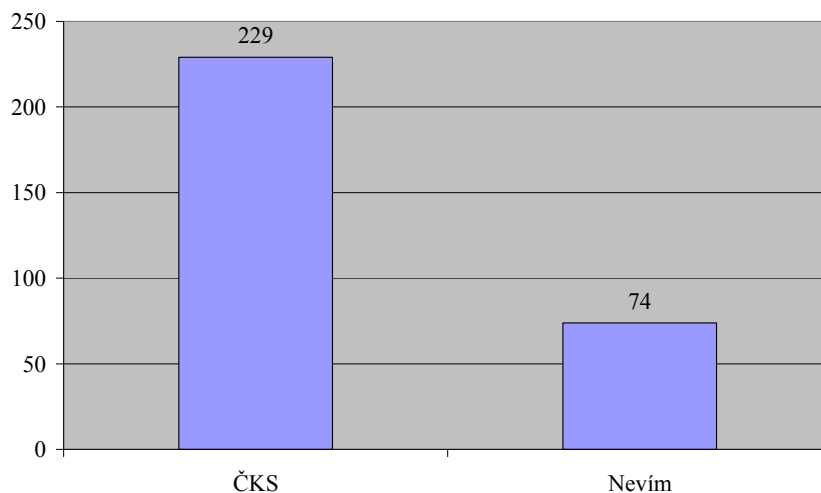
Na grafu 32 demonstrujeme, kolik sester ví, kdo byl Mao Ce-tung. Vědělo 225 (74%) sester, nevědělo (78 %).

Graf 33 Počet obyvatel Číny



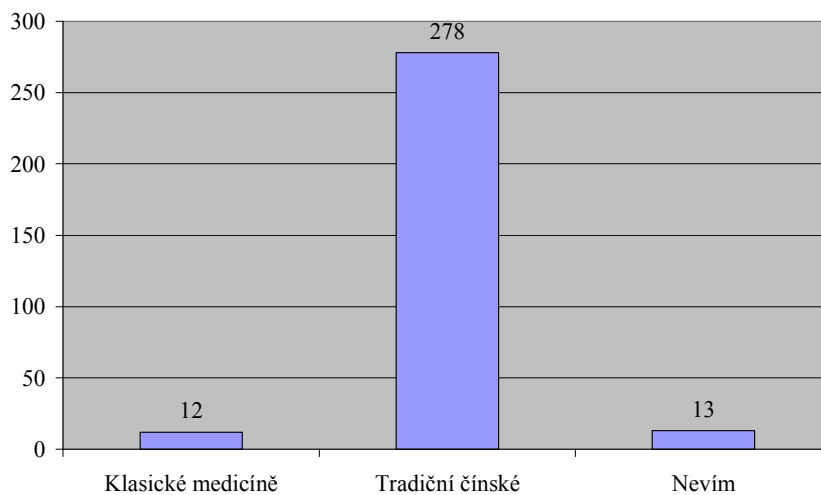
Na grafu 33 demonstrujeme, zda sestry ví, kolik obyvatel má Čína. Přes miliardu obyvatel odpovědělo 125 (42%) sester a 176 (58%) sester nevědělo, kolik přibližně obyvatel žije v Číně.

Graf 34 Vládnoucí strana Číny



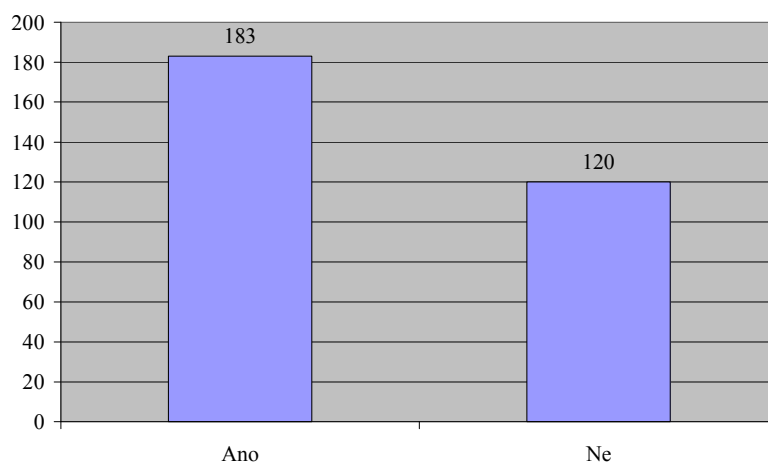
Na grafu 34 demonstrujeme, zda sestry ví o vládnoucí straně Číny. Z grafu plyne, že 229 (76%) sester ví, že v Číně vládne Komunistická strana Číny a 74 (24%) sester neví, která strana v Číně je u moci.

Graf 35 Medicína preferovaná Číňany



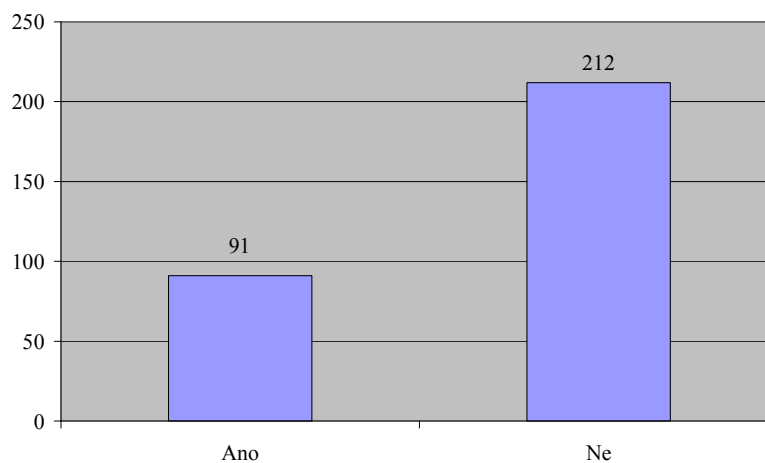
Na grafu 35 demonstrujeme názor sester na to, jaké medicíně dávají přednost Číňané. Klasickou medicínu zvolila jako možnost 12 (4%) sester, čínskou tradiční 278 (92%) a neumělo odpovědět 13 (4%) sester.

Graf 36 Znalost metod tradiční čínské medicíny



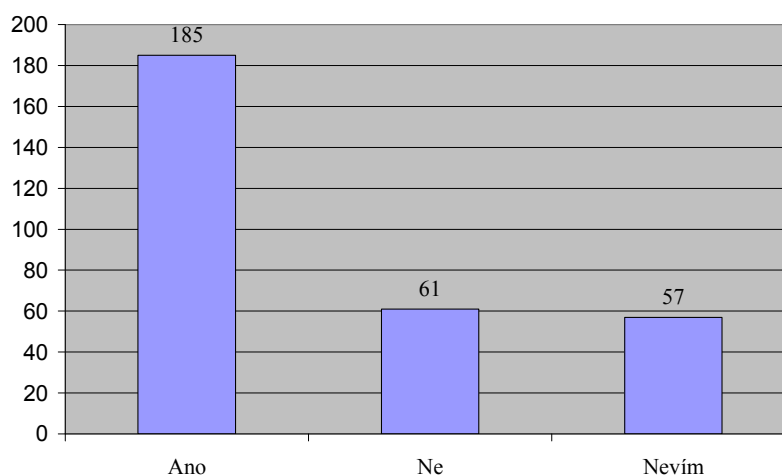
Na grafu 36 demonstrujeme, zda sestry znají nějaké metody tradiční čínské medicíny a měly uvést jaké. 183 (60%) sester odpovědělo ano a uvedlo jako příklad akupresuru či akupunkturu. 120 (40%) neznalo žádnou z metod tradiční čínské medicíny.

Graf 37 Znalost principu jin a jang



Na grafu 37 demonstrujeme vědomosti sester o principu jin a jang. Princip jin a jang znalo 91 (30%) sester a popsalo ho jako rovnováhu sil v organismu. 212 (70%) sester neví o principu jin a jang.

Graf 38 Péče o zdraví



Na grafu 38 demonstrujeme názor sester na péči o zdraví u Číňanů. To, že Číňané o své zdraví pečují lépe než my, si myslí 185 (61%) sester, záporně odpovědělo 61 (20%) sester a nevědělo 57 (19%) sester.

Tabulka 17 Potraviny preferované Číňany

2-rozměrná tabulka: Pozorované četnosti (Data2.sta) Četnost označených buněk > 10 Filtr pro zahrnutí: otázka="Potraviny preferuji"			
vzdělání	odpověď správně	odpověď špatně	Řádk. součty
VŠ	19	1	20
SŠ	226	57	283
Celk.	245	58	303

Tabulka 18 Potraviny preferované Číňany – statistické testy

Statist. : vzdělání(2) x odpověď(2) (Data2.sta) Filtr pro zahrnutí: otázka="Potraviny preferuji"			
Statist.	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	2,766902	df=1	p=,09624
M-V chí-kvadr.	3,620278	df=1	p=,05708

Testujeme nulovou hypotézu H₀ (nejsou rozdíly v odpovědích mezi sestrami se středoškolským a vysokoškolským vzděláním – Které **potraviny Číňané nejvíce preferují?**) proti alternativní hypotéze H₁ (jsou rozdíly).

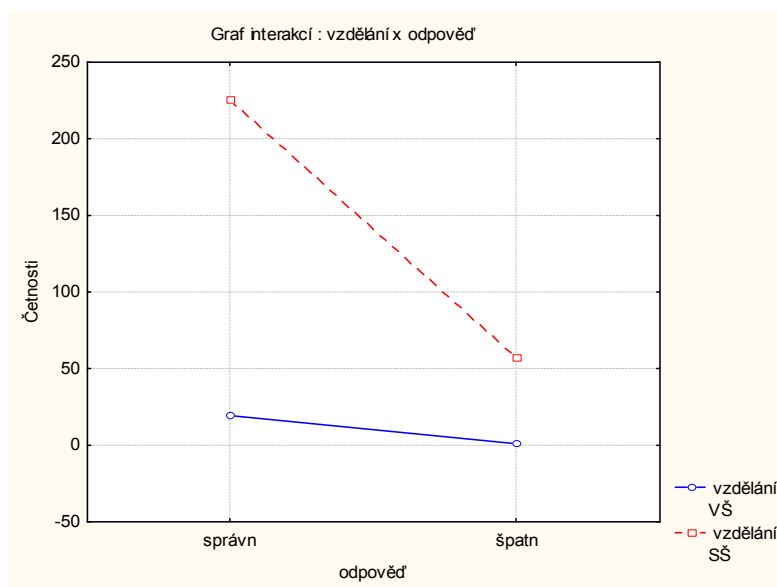
Při testování vyšla dosažená hladina významnosti lehce nad hranicí 5%. Na hladině

významnosti 5% tedy nelze zamítnout nulovou hypotézu.

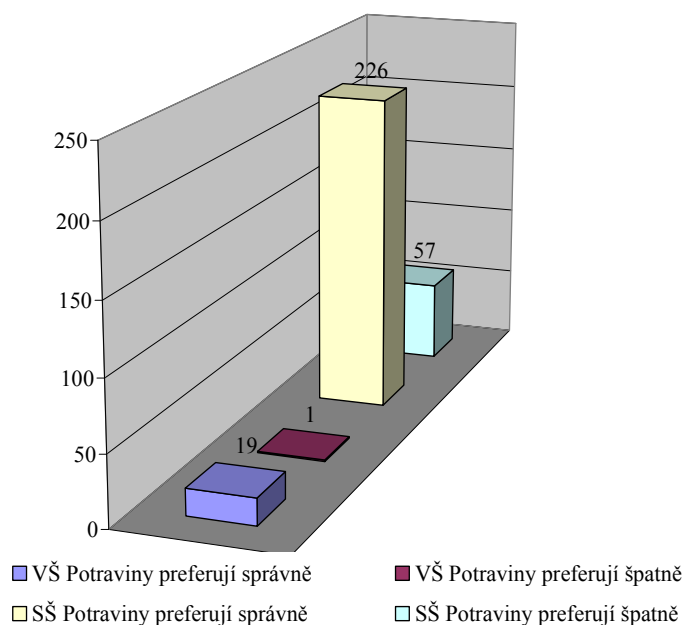
sv ... stupně volnosti

p ... dosažená hladina významnosti

Graf 39 Interakce mezi dosaženým vzděláním a vědomostmi o preferované stravě Číňanů



Graf 40 Vědomosti sester o preferované stravě Číňanů



Na grafu 39, 40 demonstrujeme, zda-li sestry věděly o Číňany preferovaných potravinách.

Z vysokoškolsky vzdělaných sester 19 (95%) správně odpovědělo, že preferovanou potravinou je rýže a zelenina a 1 sestra (5%) správně neodpověděla. Ze středoškolsky vzdělaných sester správně odpovědělo 226 (80%) a špatně 57 (20%).

Tabulka 19 Vědomosti o preferované stravě Číňanů

Kontingenční tabulka (Data2.sta) Četnost označených buněk > 10 (Marginální součty nejsou označeny) Filtr pro zahrnutí: otázka="Potraviny preferují"				
	vzdělání	odpověď správně	odpověď špatně	Řádk. součty
Četnost	VŠ	19	1	20
Řádk. četn.		95,00%	5,00%	
Četnost	SŠ	226	57	283
Řádk. četn.		79,86%	20,14%	
Četnost	Vš.skup.	245	58	303

Tabulka 20 Vědomosti o preferované stravě Číňanů – očekávaná četnost

Souhrnná tab.: Očekávané četnosti (Data2.sta) Četnost označených buněk > 10 Pearsonův chí-kv. : 2,76690, sv=1, p=,096235 Filtr pro zahrnutí: otázka="Potraviny preferují"			
vzdělání	odpověď správně	odpověď špatně	Řádk. součty
VŠ	16,1716	3,82838	20,0000
SŠ	228,8284	54,17162	283,0000
Vš.skup.	245,0000	58,00000	303,0000

Poznámka: Vzhledem k tomu, že očekávané četnosti nejsou ve všech kategoriích větší než 5, může být výsledek testu zkreslen.

Tabulka 21 Vědomosti o preferované stravě Číňanů-statistické testy, Fisherův test

Statist. : vzdělání(2) x odpověď(2) (Data2.sta) Filtr pro zahrnutí: otázka="Potraviny preferují"			
Statist.	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	2,766902	df=1	p=,09624
M-V chí-kvadr.	3,620278	df=1	p=,05708
Fisherův přesný, 1-str.			p=,07488

Fisherův přesný test (stejně jako chí-kvadrát test) dává statisticky nevýznamné výsledky. Na hladině významnosti 5% tedy nelze zamítnout nulovou hypotézu H0 (nejsou rozdíly v odpovědích mezi sestrami se středoškolským a vysokoškolským vzděláním – **Které potraviny Číňané nejvíce preferují?**).

Tabulka 22 Způsob stravování Čiňanů

vzdělání	2-rozměrná tabulka: Pozorované četnosti (Data2.sta) Četnost označených buněk > 10 Filtr pro zahrnutí: otázka="Hůlky či příbor"		
	odpověď správně	odpověď špatně	Řádk. součty
VŠ	20	0	20
SŠ	271	12	283
Celk.	291	12	303

Tabulka 23 Způsob stravování Čiňanů – statistické testy

Statist.	Statist. : vzdělání(2) x odpověď(2) (Data2.sta) Filtr pro zahrnutí: otázka="Hůlky či příbor"		
	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	,8830279	df=1	p=,34738
M-V chí-kvadr.	1,673396	df=1	p=,19581

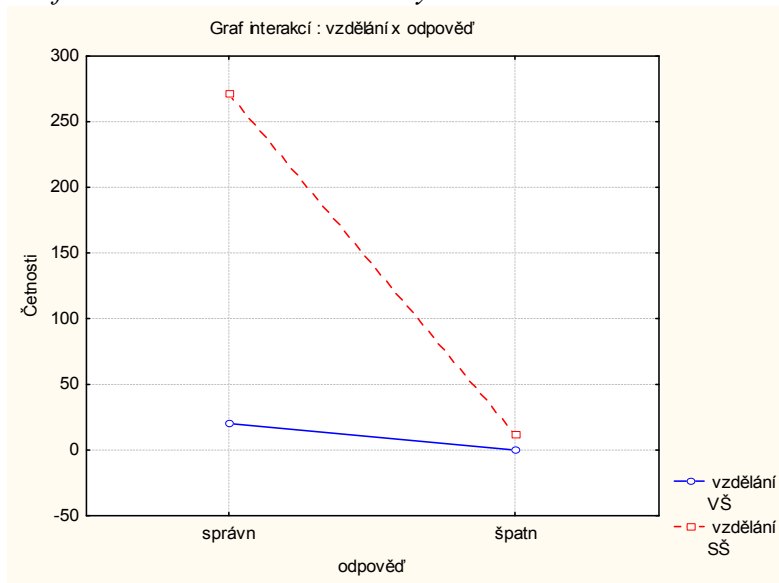
Testujeme nulovou hypotézu H_0 (nejsou rozdíly v odpovědích mezi sestrami se středoškolským a vysokoškolským vzděláním – Čiňané raději jí: a) příborem b) hůlkami) proti alternativní hypotéze H_1 (jsou rozdíly).

Na hladině významnosti 5% nelze zamítnout nulovou hypotézu.

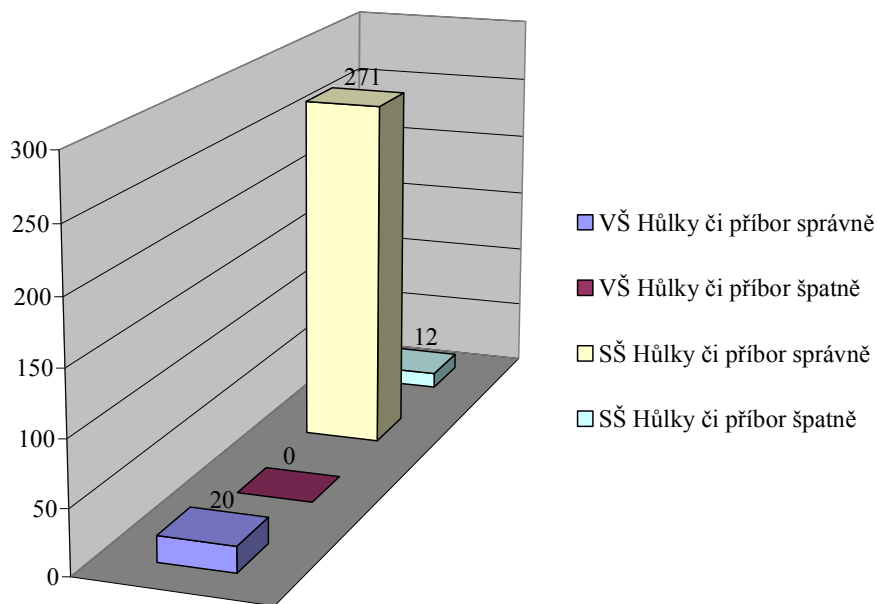
sv ... stupně volnosti

p ... dosažená hladina významnosti

Graf 41 Interakce mezi dosaženým vzděláním a vědomostmi o způsobu stravování Číňanů



Graf 42 Vědomosti sester o způsobu stravování Číňanů



Na grafu 41, 42 demonstrujeme, zda sestry správně zvolily možnost o způsobu stravování Číňanů. Správně byla uznaná odpověď b), tedy, že Číňané raději jí hůlkami. Z vysokoškolsky vzdělaných sester zvolilo správnou odpověď 20 (100%) sester. Ze středoškolsky vzdělaných sester 271 (96%) zvolilo správnou možnost a 12 (4%) nesprávnou.

Tabulka 24 Vědomosti sester o způsobu stravování Čiňanů

vzdělání	2-rozměrná tabulka: Pozorované četnosti (Data2.sta) Četnost označených buněk > 10 Filtr pro zahrnutí: otázka="Hůlky či příbor"		
	odpověď správně	odpověď špatně	Řádk. součty
VŠ	20	0	20
Řádko	100,00%	0,00%	
SŠ	271	12	283
Řádko	95,76%	4,24%	
Celk.	291	12	303

Tabulka 25 Vědomosti sester o způsobu stravování Čiňanů – očekávaná četnost

vzdělání	2-r. tabulka (shr.): Očekávané četnosti (Data2.sta) Četnost označených buněk > 10 Filtr pro zahrnutí: otázka="Hůlky či příbor"		
	odpověď správně	odpověď špatně	Řádk. součty
VŠ	19,2079	0,79208	20,0000
SŠ	271,7921	11,20792	283,0000
Celk.	291,0000	12,00000	303,0000

Poznámka: Vzhledem k tomu, že očekávané četnosti nejsou ve všech kategoriích větší než 5, může být výsledek testu zkreslen.

Tabulka 26 Způsob stravování Čiňanů – statistické testy, Fisherův test

Statist.	Statist. : vzdělání(2) x odpověď(2) (Data2.sta) Filtr pro zahrnutí: otázka="Hůlky či příbor"		
	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	,8830279	df=1	p=,34738
M-V chí-kvadr.	1,673396	df=1	p=,19581
Fisherův přesný, 1-str.			p=,43377

Fisherův přesný test (stejně jako chí-kvadrát test) dává statisticky nevýznamné výsledky. Na hladině významnosti 5% tedy nelze zamítnout nulovou hypotézu H₀ (nejsou rozdíly v odpovědích mezi sestrami se středoškolským a vysokoškolským vzděláním – Čiňané **raději jí: a) příborem b) hůlkami**).

Tabulka 27 Preferovaný nápoj Číňanů

2-rozměrná tabulka: Pozorované četnosti (Data2.sta) Četnost označených buněk > 10 Filtr pro zahrnutí: otázka="Preferovaný nápoj"			
vzdělání	odpověď správně	odpověď špatně	Řádk. součty
VŠ	19	1	20
SŠ	221	62	283
Celk.	240	63	303

Tabulka 28 Preferovaný nápoj Číňanů – statistické testy

Statist. : vzdělání(2) x odpověď(2) (Data2.sta) Filtr pro zahrnutí: otázka="Preferovaný nápoj"			
Statist.	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	3,242637	df=1	p=,07175
M-V chí-kvadr.	4,269445	df=1	p=,03881

Testujeme nulovou hypotézu H_0 (nejsou rozdíly v odpovědích mezi sestrami se středoškolským a vysokoškolským vzděláním – Jaký **nápoj Číňané nejčastěji pijí?**) proti alternativní hypotéze H_1 (jsou rozdíly).

Výsledky testů:

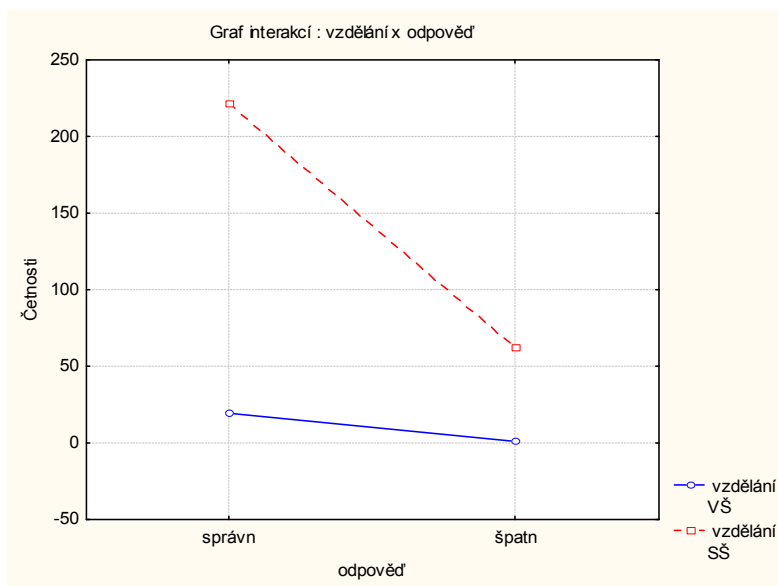
Pearsonův chí-kvadrát test: Na hladině významnosti 5% nelze zamítnout nulovou hypotézu.

Chí-kvadrát test metodou maximální věrohodnosti: Chí-kvadrát test prokázal statisticky významné rozdíly na hladině významnosti 5%. Odpověď na vzdělání závisí.

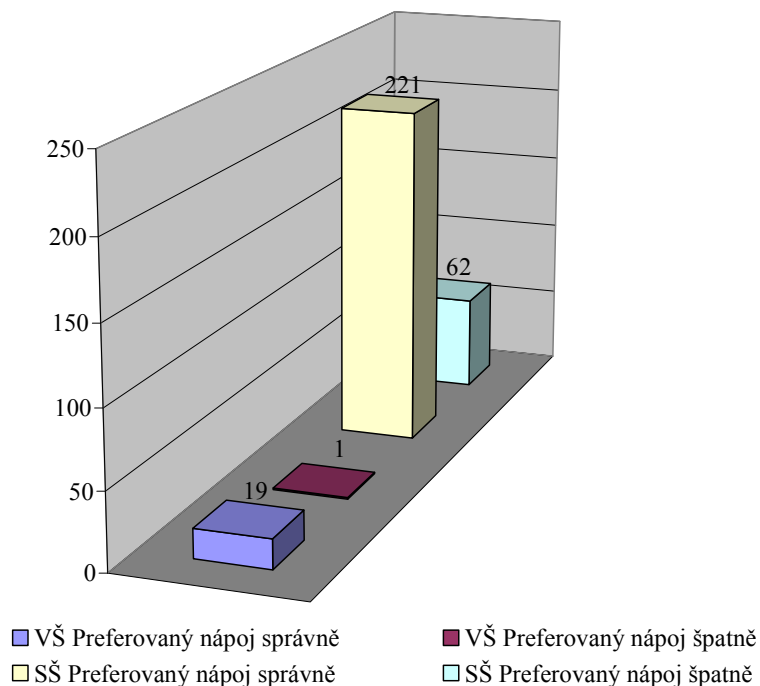
sv ... stupně volnosti

p ... dosažená hladina významnosti

Graf 43 Interakce mezi dosaženým vzděláním sester a vědomostí o oblíbeném nápoji Číňanů



Graf 44 Vědomosti o oblíbeném nápoji Číňanů



Na grafu 43, 44 demonstrujeme, zda sestry věděly, jaký je oblíbený nápoj Číňanů. Jako správnou odpověď jsme uznali čaj. Z vysokoškolsky vzdělaných sester 19 (95%) dokázalo správně odpovědět, 1 (5%) sestra ne. Ze středoškolsky vzdělaných sester 221 (78%) odpovědělo správně, 62 (22%) nesprávně.

Tabulka 29 Vědomosti o oblíbeném nápoji Čiňanů

2-rozměrná tabulka: Pozorované četnosti (Data2.sta) Četnost označených buněk > 10 Filtr pro zahrnutí: otázka="Preferovaný nápoj"			
vzdělání	odpověď správně	odpověď špatně	Řádk. součty
VŠ	19	1	20
Řádko	95,00%	5,00%	
SŠ	221	62	283
Řádko	78,09%	21,91%	
Celk.	240	63	303

Tabulka 30 Vědomosti o oblíbeném nápoji Čiňanů – očekávaná četnost

2-r. tabulka (shr.): Očekávané četnosti (Data2.sta) Četnost označených buněk > 10 Filtr pro zahrnutí: otázka="Preferovaný nápoj"			
vzdělání	odpověď správně	odpověď špatně	Řádk. součty
VŠ	15,8416	4,15842	20,0000
SŠ	224,1584	58,84158	283,0000
Celk.	240,0000	63,00000	303,0000

Poznámka: Vzhledem k tomu, že očekávané četnosti nejsou ve všech kategoriích větší než 5, může být výsledek testu zkreslen.

Tabulka 31 Preferovaný nápoj Čiňanů – statistické testy, Fisherův test

Statist.	Statist. : vzdělání(2) x odpověď(2) (Data2.sta) Filtr pro zahrnutí: otázka="Preferovaný nápoj"		
	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	3,242637	df=1	p=,07175
M-V chí-kvadr.	4,269445	df=1	p=,03881
Fisherův přesný, 1-str.			p=,05326

Fisherův přesný test dává statisticky nevýznamné výsledky. Při testování vyšla dosažená hladina významnosti lehce nad hranicí 5%. Na hladině významnosti 5% tedy nelze zamítnout nulovou hypotézu H₀ (nejsou rozdíly v odpovědích mezi sestrami se středoškolským a vysokoškolským vzděláním – Jaký nápoj Čiňané nejčastěji pijí?).

Závěr: K testování byly použity tři testy (Pearsonův chí-kvadrát test, chí-kvadrát test metodou maximální věrohodnosti, Fisherův přesný test). Vzhledem k tomu, že se pohybujeme na hranici 5%, není rozhodnutí jednoznačné.

Tabulka 32 Vědomosti sester o konzumaci alkoholu Čiňany

2-rozměrná tabulka: Pozorované četnosti (Data2.sta) Četnost označených buněk > 10 Filtr pro zahrnutí: otázka="Pijí alkohol"			
vzdělání	odpověď správně	odpověď špatně	Řádk. součty
VŠ	6	14	20
SŠ	86	197	283
Celk.	92	211	303

Tabulka 33 Vědomosti sester o konzumaci alkoholu Čiňany – statistické testy

Statist. : vzdělání(2) x odpověď(2) (Data2.sta) Filtr pro zahrnutí: otázka="Pijí alkohol"			
Statist.	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	,0013348	df=1	p=,97086
M-V chí-kvadr.	,0013376	df=1	p=,97083

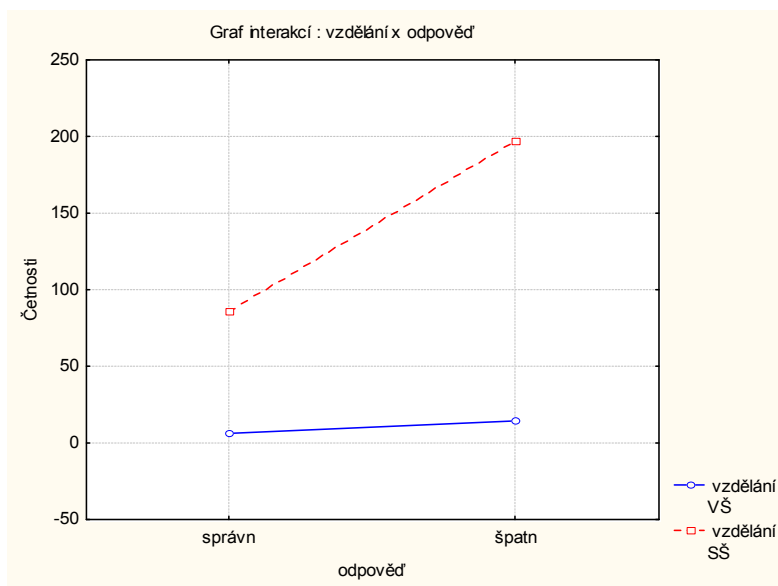
Testujeme nulovou hypotézu H_0 (nejsou rozdíly v odpovědích mezi sestrami se středoškolským a vysokoškolským vzděláním – Pijí **Čiňané rádi alkohol?**) proti alternativní hypotéze H_1 (jsou rozdíly).

Na hladině významnosti 5% nelze zamítnout nulovou hypotézu.

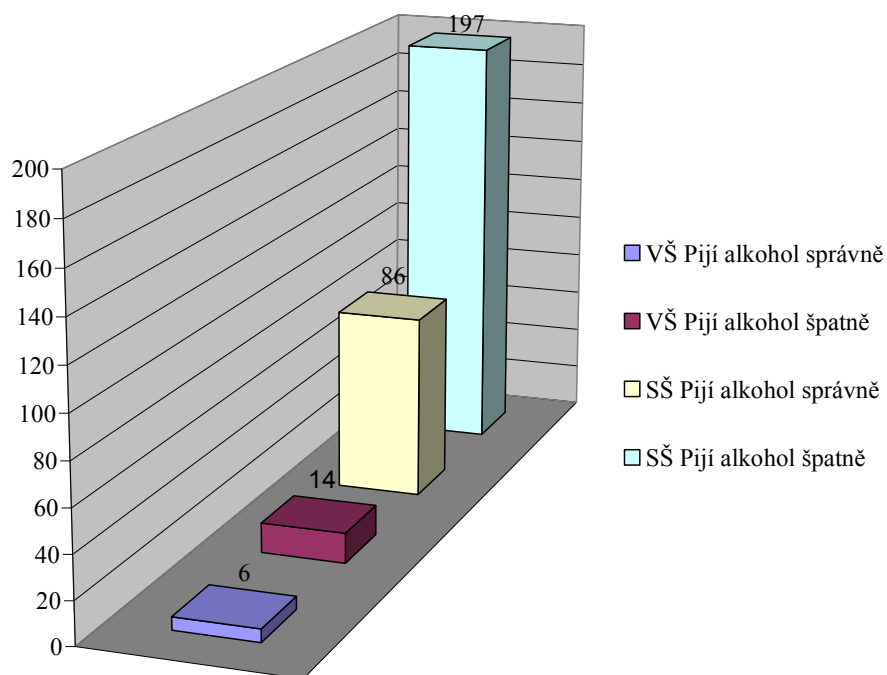
sv ... stupně volnosti

p ... dosažená hladina významnosti

Graf 45 Interakce mezi dosaženým vzděláním sestry a názoru na konzumaci alkoholu Číňany



Graf 46 Vědomosti sester o tom, zda Číňané pijí rádi alkohol



Na grafu 45, 46 demonstrujeme, zda sestry vědí o oblíbenosti konzumace alkoholu u Číňanů. Správnou odpovědí ano. Z vysokoškolsky vzdělaných sester odpovědělo 6 (30%) sester správně a 14 (70%) špatně. Ze středoškolsky vzdělaných sester správně odpovědělo 86 (30%) a nesprávně 197 (70%).

Tabulka 34 Vědomosti sester o konzumaci alkoholu Číňanů

2-rozměrná tabulka: Pozorované četnosti (Data2.sta) Četnost označených buněk > 10 Filtr pro zahrnutí: otázka="Pijí alkohol"			
vzdělání	odpověď správně	odpověď špatně	Řádk. součty
VŠ	6	14	20
Řádko	30,00%	70,00%	
SŠ	86	197	283
Řádko	30,39%	69,61%	
Celk.	92	211	303

Graf 35 Vědomosti sester o konzumaci alkoholu Číňanů – očekávaná četnost

2-r. tabulka (shr.): Očekávané četnosti (Data2.sta) Četnost označených buněk > 10 Filtr pro zahrnutí: otázka="Pijí alkohol"			
vzdělání	odpověď správně	odpověď špatně	Řádk. součty
VŠ	6,07261	13,9274	20,0000
SŠ	85,92739	197,0726	283,0000
Celk.	92,00000	211,0000	303,0000

Tabulka 36 Vědomosti sester o sexualitě Číňanů

2-rozměrná tabulka: Pozorované četnosti (Data2.sta) Četnost označených buněk > 10 Filtr pro zahrnutí: otázka="Sexualita"			
vzdělání	odpověď správně	odpověď špatně	Řádk. součty
VŠ	15	5	20
SŠ	172	111	283
Celk.	187	116	303

Tabulka 37 Vědomosti sester o sexualitě Číňanů – statistické testy

Statist. : vzdělání(2) x odpověď(2) (Data2.sta) Filtr pro zahrnutí: otázka="Sexualita"			
Statist.	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	1,599257	df=1	p=,20601
M-V chí-kvadr.	1,691988	df=1	p=,19334

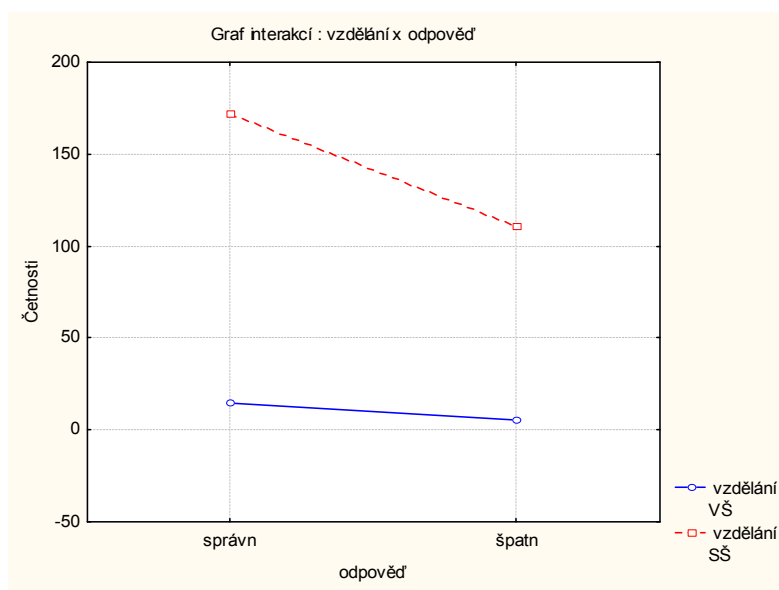
Testujeme nulovou hypotézu H₀ (nejsou rozdíly v odpovědích mezi sestrami se středoškolským a vysokoškolským vzděláním – Číňané **jsou v otázkách sexuality otevření?**) proti alternativní hypotéze H₁ (jsou rozdíly). Na hladině významnosti 5% nelze

zamítnout nulovou hypotézu.

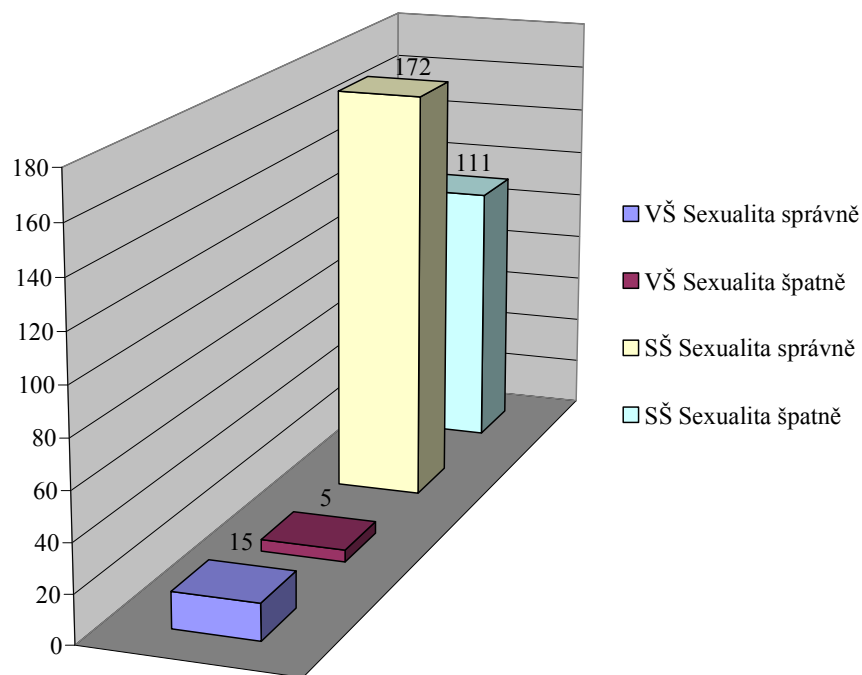
sv ... stupně volnosti

p ... dosažená hladina významnosti

Graf 47 Interakce mezi dosaženým vzděláním a názorem na sexualitu Číňanů



Graf 48 Vědomosti sester o sexualitě Číňanů



Na grafu 47, 48 demonstrujeme, zda sestry správně odpověděly na otázku sexualitu Číňanů.

Správnou odpovědí bylo, že Číňané v otázkách sexuality nejsou otevření. Z vysokoškolsky vzdělaných sester 15 (75%) odpovědělo správně a 5 (25%) špatně. Ze středoškolsky vzdělaných sester správně odpovědělo 172 (61%) a špatně 111 (39%).

Tabulka 38 Znalosti sester o sexualitě Číňanů

2-rozměrná tabulka: Pozorované četnosti (Data2.sta) Četnost označených buněk > 10 Filtr pro zahrnutí: otázka="Sexualita"			
vzdělání	odpověď správně	odpověď špatně	Řádk. součty
VŠ	15	5	20
Řádko	75,00%	25,00%	
SŠ	172	111	283
Řádko	60,78%	39,22%	
Celk.	187	116	303

Tabulka 39 Znalosti sester o sexualitě Číňanů – očekávaná četnost

2-r. tabulka (shr.): Očekávané četnosti (Data2.sta) Četnost označených buněk > 10 Filtr pro zahrnutí: otázka="Sexualita"			
vzdělání	odpověď správně	odpověď špatně	Řádk. součty
VŠ	12,3432	7,6568	20,0000
SŠ	174,6568	108,3432	283,0000
Celk.	187,0000	116,0000	303,0000

Tabulka 40 Znalosti sester v oblasti hygieny Číňanů

2-rozměrná tabulka: Pozorované četnosti (Data2.sta) Četnost označených buněk > 10 Filtr pro zahrnutí: otázka="Hygienické návyky"			
vzdělání	odpověď správně	odpověď špatně	Řádk. součty
VŠ	7	13	20
SŠ	129	154	283
Celk.	136	167	303

Tabulka 41 Znalosti sester v oblasti hygieny Číňanů – statistické testy

Statist. : vzdělání(2) x odpověď(2) (Data2.sta) Filtr pro zahrnutí: otázka="Hygienické návyky"			
Statist.	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	,8457158	df=1	p=,35777
M-V chí-kvadr.	,8622101	df=1	p=,35312

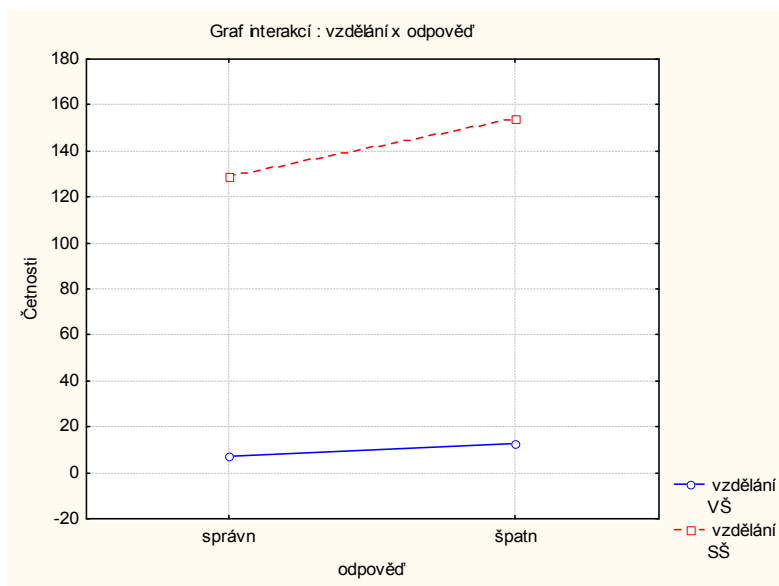
Testujeme nulovou hypotézu H0 (nejsou rozdíly v odpovědích mezi sestrami se středoškolským a vysokoškolským vzděláním – Mají **Číňané jiné hygienické návyky než Češi?**) proti alternativní hypotéze H1 (jsou rozdíly).

Na hladině významnosti 5% nelze zamítnout nulovou hypotézu.

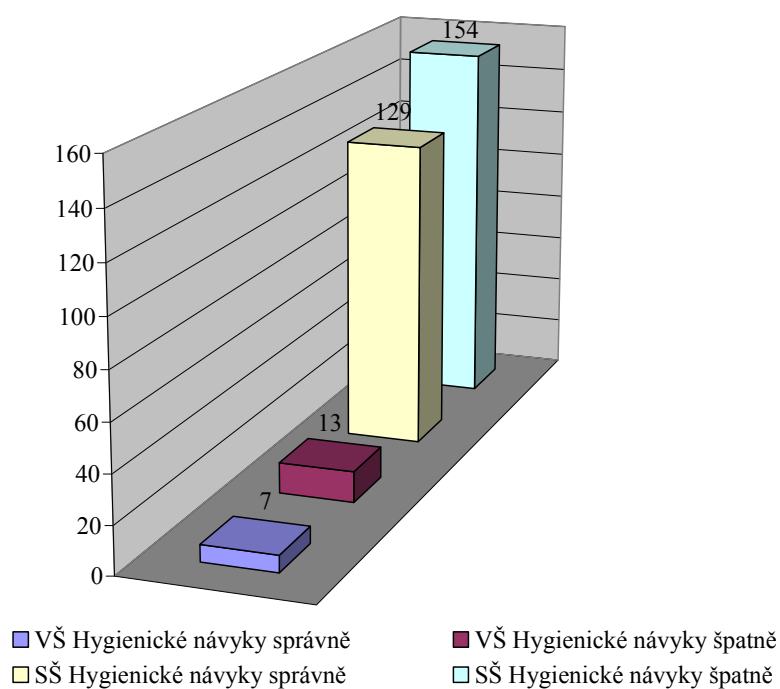
sv ... stupně volnosti

p ... dosažená hladina významnosti

Graf 49 Interakce mezi dosaženým vzděláním a znalostmi o hygienických návycích Číňanů



Graf 50 Znalosti sester v oblasti hygieny Číňanů



Na grafu 49, 50 demonstrujeme správné a špatné odpovědi sester na otázku hygienických návyků Číňanů. Správnou odpovědí je, že Číňané mají jiné hygienické návyky, než Češi. Z grafu plyne, že 7 (35%) vysokoškolsky vzdělaných sester na tuto otázku odpovědělo správně, 13 (65%) špatně. Ze středoškolsky vzdělaných sester správně odpovědělo 129 (46%) a špatně 154 (54%).

Tabulka 42 Vědomosti sester o hygienických návycích Číňanů

2-rozměrná tabulka: Pozorované četnosti (Data2.sta) Četnost označených buněk > 10 Filtr pro zahrnutí: otázka="Hygienické návyky"			
vzdělání	odpověď správně	odpověď špatně	Řádk. součty
VŠ	7	13	20
Řádko	35,00%	65,00%	
SŠ	129	154	283
Řádko	45,58%	54,42%	
Celk.	136	167	303

Tabulka 43 Vědomosti sester o hygienických návycích Číňanů – očekávaná četnost

2-r. tabulka (shr.): Očekávané četnosti (Data2.sta) Četnost označených buněk > 10 Filtr pro zahrnutí: otázka="Hygienické návyky"			
vzdělání	odpověď správně	odpověď špatně	Řádk. součty
VŠ	8,9769	11,0231	20,0000
SŠ	127,0231	155,9769	283,0000
Celk.	136,0000	167,0000	303,0000

Tabulka 44 Péče čínských matek o novorozence po porodu

2-rozměrná tabulka: Pozorované četnosti (Data2.sta) Četnost označených buněk > 10 Filtr pro zahrnutí: otázka="Dítě po porodu"			
vzdělání	odpověď správně	odpověď špatně	Řádk. součty
VŠ	5	15	20
SŠ	92	191	283
Celk.	97	206	303

Tabulka 45 Péče čínských matek o novorozence po porodu – statistické testy

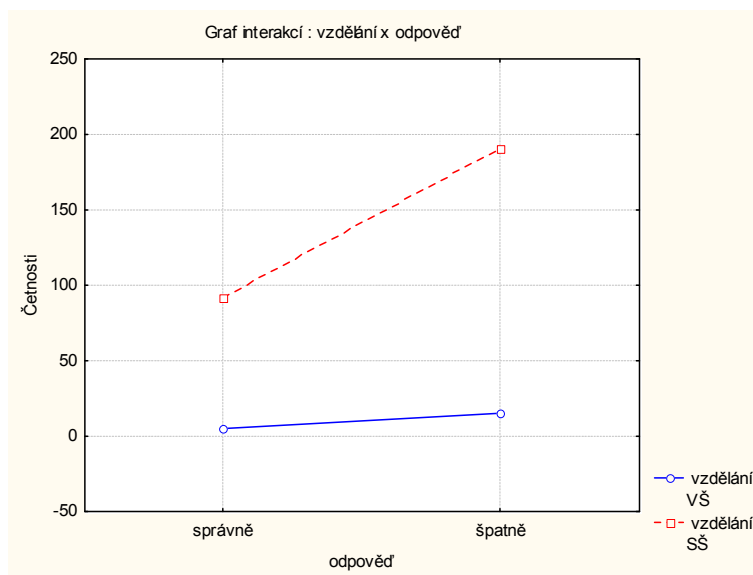
Statist. : vzdělání(2) x odpověď(2) (Data2.sta) Filtr pro zahrnutí: otázka="Dítě po porodu"			
Statist.	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	,4839106	df=1	p=,48666
M-V chí-kvadr.	,5043666	df=1	p=,47759

Testujeme nulovou hypotézu H_0 (nejsou rozdíly v odpovědích mezi sestrami se středoškolským a vysokoškolským vzděláním – Je **jiná péče čínské matky o dítě po porodu?**) proti alternativní hypotéze H_1 (jsou rozdíly). Na hladině významnosti 5% nelze zamítnout nulovou hypotézu.

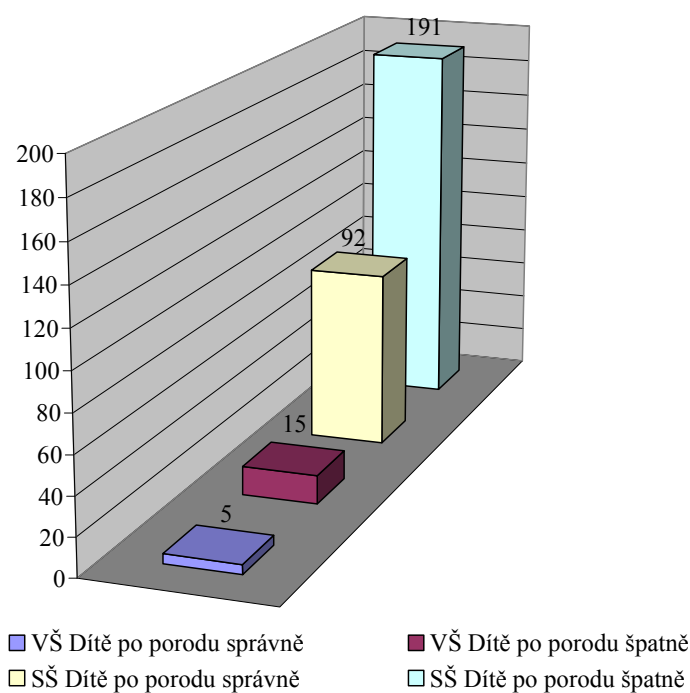
sv ... stupně volnosti

p ... dosažená hladina významnosti

Graf 51 Interakce mezi dosaženým vzděláním sester a vědomostmi o péči čínských matek o novorozence po porodu



Graf 52 Péče čínských matek o novorozence po porodu



Na grafu 51, 52 demonstrujeme znalosti sester o péči čínských matek o své dítě po porodu. Správná odpověď byla, že čínské matky pečují o své děti po porodu stejně, jako matky české. Z vysokoškolsky vzdělaných sester dokázalo správně odpovědět 5 (25%) sester a 15

(75%) sester správně odpovědět nedokázalo. Ze středoškolsky vzdělaných sester správně odpovědělo 92 (33%) a špatně 191 (67%).

Tabulka 46 Znalosti sester o péči čínských matek o novorozence po porodu

2-rozměrná tabulka: Pozorované četnosti (Data2.sta) Četnost označených buněk > 10 Filtr pro zahrnutí: otázka="Dítě po porodu"			
vzdělání	odpověď správně	odpověď špatně	Řádk. součty
VŠ	5	15	20
Řádko	25,00%	75,00%	
SŠ	92	191	283
Řádko	32,51%	67,49%	
Celk.	97	206	303

Tabulka 47 Znalosti sester o péči čínských matek o novorozence po porodu – očekávaná četnost

2-r. tabulka (shr.): Očekávané četnosti (Data2.sta) Četnost označených buněk > 10 Filtr pro zahrnutí: otázka="Dítě po porodu"			
vzdělání	odpověď správně	odpověď špatně	Řádk. součty
VŠ	6,40264	13,5974	20,0000
SŠ	90,59736	192,4026	283,0000
Celk.	97,00000	206,0000	303,0000

Tabulka 48 Péče čínských matek o novorozence v šestinedělí

2-rozměrná tabulka: Pozorované četnosti (Data2.sta) Četnost označených buněk > 10 Filtr pro zahrnutí: otázka="Dítě v šestinedělí"			
vzdělání	odpověď správně	odpověď špatně	Řádk. součty
VŠ	5	15	20
SŠ	86	197	283
Celk.	91	212	303

Tabulka 49 Péče čínských matek o novorozence v šestinedělí – statistické testy

Statist. : vzdělání(2) x odpověď(2) (Data2.sta)			
Filtr pro zahrnutí: otázka="Dítě v šestinedělí"			
Statist.	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	,2581360	df=1	p=,61140
M-V chí-kvadr.	,2667237	df=1	p=,60554

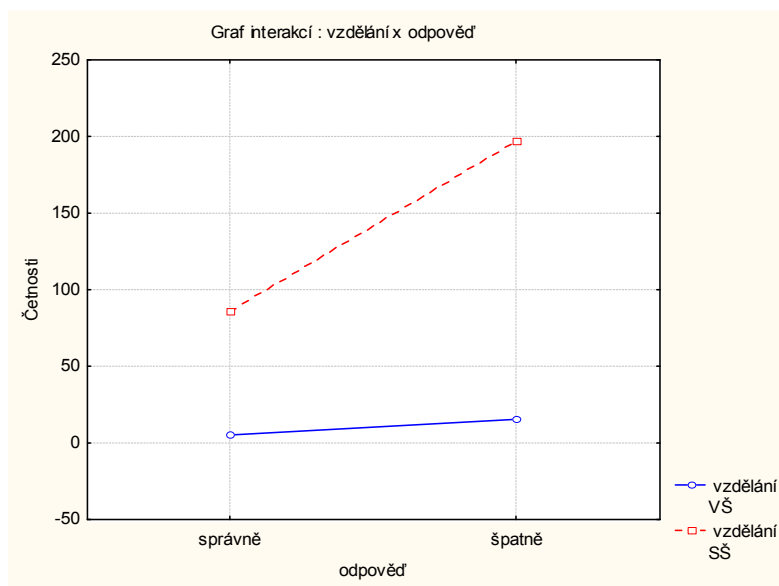
Testujeme nulovou hypotézu H_0 (nejsou rozdíly v odpovědích mezi sestrami se středoškolským a vysokoškolským vzděláním – Je **jiná péče čínské matky o dítě v šestinedělí?**) proti alternativní hypotéze H_1 (jsou rozdíly).

Na hladině významnosti 5% nelze zamítnout nulovou hypotézu.

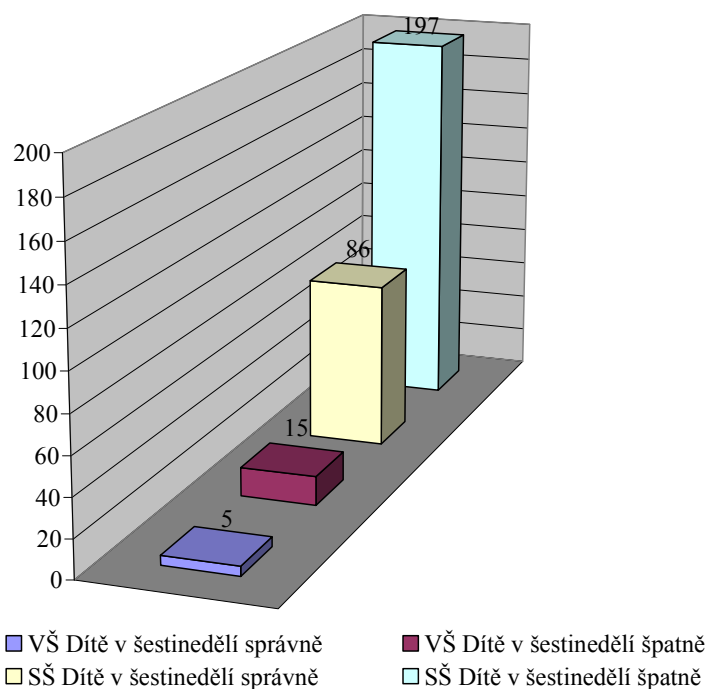
sv ... stupně volnosti

p ... dosažená hladina významnosti

Graf 53 Interakce mezi dosaženým vzděláním sester a vědomostmi o péči čínských matek o novorozence v šestinedělí



Graf 54 Péče čínských matek o novorozence v šestinedělí



Na grafu 53, 54 demonstrujeme znalosti sester o péči čínských matek o své dítě v šestinedělí. Správná odpověď byla, že čínské matky pečují o své děti v šestinedělí stejně, jako matky české. Z vysokoškolsky vzdělaných sester dokázalo správně odpovědět 5 (25%) sester, 15 (75%)

správně odpovědět nedokázalo. Ze středoškolsky vzdělaných sester správně odpovědělo 86 (30%) sester a špatně 197 (70%).

Tabulka 50 Znalosti sester o péči čínských matek o novorozence v šestinedělí

2-rozměrná tabulka: Pozorované četnosti (Data2.sta) Četnost označených buněk > 10 Filtr pro zahrnutí: otázka="Dítě v šestinedělí"			
vzdělání	odpověď správně	odpověď špatně	Řádk. součty
VŠ	5	15	20
Řádko	25,00%	75,00%	
SŠ	86	197	283
Řádko	30,39%	69,61%	
Celk.	91	212	303

Tabulka 51 Znalosti sester o péči čínských matek o novorozence v šestinedělí – očekávaná četnost

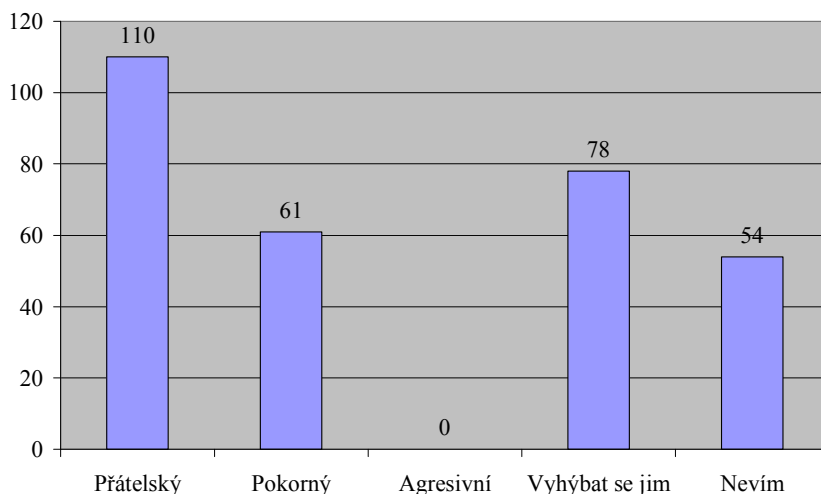
2-r. tabulka (shr.): Očekávané četnosti (Data2.sta) Četnost označených buněk > 10 Filtr pro zahrnutí: otázka="Dítě v šestinedělí"			
vzdělání	odpověď správně	odpověď špatně	Řádk. součty
VŠ	6,00660	13,9934	20,0000
SŠ	84,99340	198,0066	283,0000
Celk.	91,00000	212,0000	303,0000

Graf 55 Návštěvy hospitalizovaného Číňana



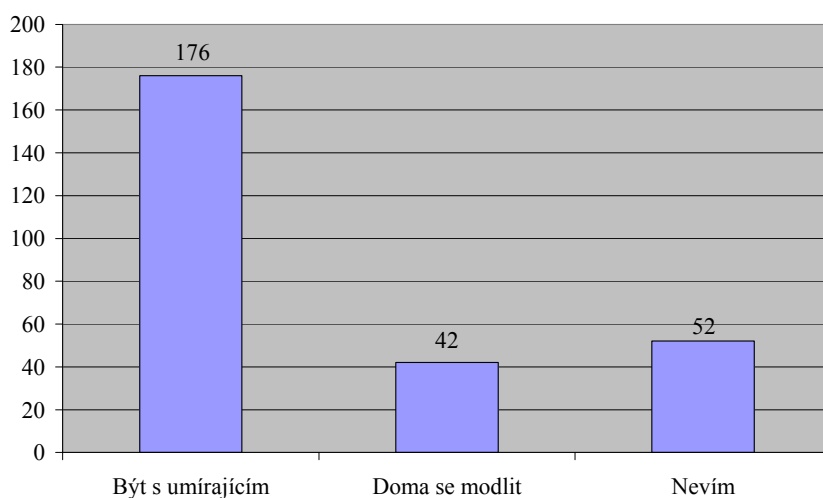
Na grafu 55 demonstrujeme názor sester na to, zda hospitalizovaný Číňan bude mít velké návštěvy. 185 (61%) sester si myslí, že Číňan v době hospitalizace bude mít návštěvy velké, 61 (20%) si to nemyslí a 57 (19%) odpovědělo nevím.

Graf 56 Chování Číňana během hospitalizace



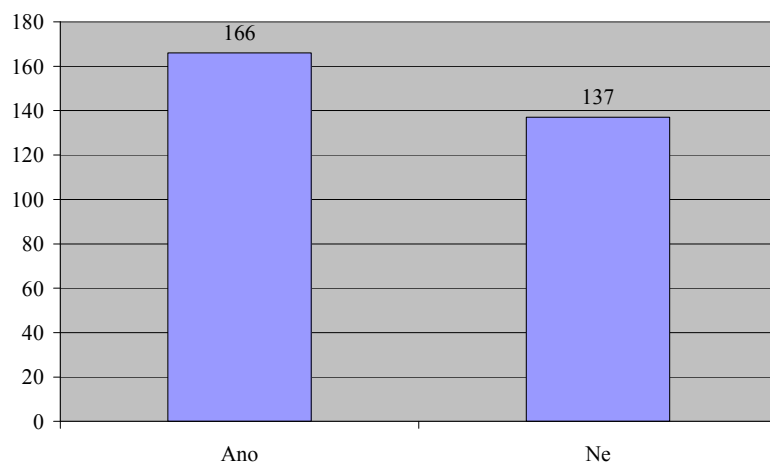
Na grafu 56 demonstrujeme názor sester na to, jak se bude čínský klient chovat během hospitalizace k ostatním klientům. Sestry si mohly vybrat z nabízených možností. 110 (36%) sester si myslí, že Číňan bude přátelský, 61 (20%) pokorný, žádná ze sester (0%) si nemyslí, že by byl Číňan agresivní, 78 (26%) sester má dojem, že se bude Číňan ostatním klientům vyhýbat a 54 sester (18%) nedokázalo odpovědět.

Graf 57 Chování rodiny při umírání rodinného příslušníka



Na grafu 57 demonstrujeme názor sester na chování rodiny při umírání jejího člena. Sestry si mohly vybrat z nabízených možností. Být doma s umírajícím si vybralo 176 (65%) sester, doma se modlit vybralo 42 (16%) sester a nedokázalo odpovědět 52 (19%) sester.

Graf 58 Více informací o Číně a Číňanech



Na grafu 58 demonstrujeme, zda sestry chtějí vědět více informací o Číně, Číňanech a jejich stylu života. Více informací by chtělo mít 166 (55%) sester a 137 (45%) nikoli.

6. Diskuze

Výzkumný soubor tvořily sestry z oddělení a ambulancí interních a chirurgických oborů nemocnic celé. Bylo distribuováno 500 dotazníků, z nichž bylo vráceno 303 dotazníků. Konečný výzkumný soubor tedy tvořilo 303 (100 %) sester z oddělení a ambulancí interních a chirurgických oborů různých nemocnic České republiky (příloha č. 2).

Dotazník byl anonymní, respondenti ho vyplňovali dobrovolně a dle zájmu o účast na výzkumu. Podmínkou byl pouze statut sestry.

Ze 303 (100%) sester bylo vysokoškolsky vzdělaných 20 (10%) a 183 (90%) středoškolsky vzdělaných (viz graf 1). Z vysokoškolsky vzdělaných sester pracuje 40% (8) jako sestra, 40% (8) má funkci vrchní sestry a 20% (4) funkci staniční sestry (viz graf 2). Nejvyšší dosažené tituly dotázaných vysokoškolsky vzdělaných sester jsou: magistr a bakalář. Titul magistry mají 2 (10%) sestry a titul bakaláře 18 (90%) sester. Z celkového souboru 303 (100%) sester pracuje 157 (52%) v interních oborech a 146 (48%) v oborech chirurgických.

Lidé mají obvykle předsudky ve svém hodnocení jiných národů, rasových a náboženských skupin a tyto předsudky mohou ovlivňovat jejich chování k nim. Tyto předsudky pocházejí z prostředí, v němž jedinec od dětství vyrůstá. Pak se předsudky mění účinkem záměrného působení učitelů, respektive působením učiva v různých předmětech. Proto tvrzení však neexistuje výzkumný důkaz, poněvadž efekty způsobené multikulturní výchovou, nejsou podrobovány hodnotícím analýzám. (Průcha, 2006)

V otázkách č. 1 a 2 jsem se ptala, zda předmět, zaměřený na multikulturní výchovu, ve škole měly a zda si myslí, že je výuka multikulturního ošetrovatelství v kvalifikační přípravě sester dostatečná. Zvláště jsem pak hodnotila odpovědi sester s dosaženým vysokoškolským vzděláním (dále jen VŠ) a zvláště s nejvyšším dosaženým vzděláním středním (dále jen SŠ). V obou otázkách byly rozdíly odpovědí VŠ a SŠ (viz graf 5, 6, 7). Zatímco 55% (11) VŠ sester ve škole multikulturní výchovu, ať to bylo v předmětech Multikulturní ošetrovatelství, Multikulturní výchova nebo Etika, měla, naprosto podstatný podíl SŠ (255=90%) multikulturní výchovu neměla. I přesto, že větší část VŠ touto výukou prošla, má názor, že výuka multikulturního ošetrovatelství v kvalifikační přípravě sester

dostatečná není. Takový názor má 13 (65%) VŠ sester. U SŠ sester je z grafu (viz graf 6, 7) zřejmé, že tolik nad touto otázkou nepřemýšlejí. Odpovědělo tak 141 (50%) sester. 18 (6%) SŠ sester si myslí, že je dostatečná multikulturní výchova v kvalifikační přípravě sester a 124 (44%) sester si myslí, že dostatečná multikulturní výchova v kvalifikační přípravě sester není, což je velmi příjemný výsledek. To jen dokazuje, jak nutné je pokračovat v rychlé realizaci začleňování multikulturního vzdělávání do kvalifikační přípravy sester.

Otázkou č. 3, jsem se dotazovala na souhlas se systémem povinného celoživotního vzdělávání. Naprostá většina VŠ i SŠ nesouhlasí (viz graf 8, 9) se systémem takovým, jak je v dnešní době nastaven. Nejvíce jim vadí systém kreditů a nedobrovolnost akreditace sester.

Zajímavé také byl, poměr kladných a záporných odpovědí, na otázku č. 4 o přínosu vysokoškolského vzdělání sester. Zatímco 100% (20) vysokoškolaček považuje za přínosné studium vysoké školy, ze středoškolaček si to myslí jen 67% (189) (viz graf 10, 11).

Velmi mě zajímalo, jak sestry budou odpovídat na otázku č. 5, zda by si chtěly doplnit vědomosti o kulturách etnických menšin žijících v ČR. Zarážející byly výsledky v číslech (absolutních i procentech). Ze středoškolaček si téměř polovina (49%) (viz graf 12, 13) nechce doplnit informace o menšinách žijících na území ČR. Kladnějšího výsledku dosahovaly vysokoškolačky, kde si 80% (16) sester znalosti o menšinách doplnit chce.

Z výše uvedených dat, byla statistickou analýzou otázek č. 2–5, **potvrzena 1. hypotéza, že „výše dosaženého vzdělání ovlivňuje názor na nutnost multikulturního přístupu při ošetřování klientů jiných národností“**. Pouze výsledek odpovědí na otázku č. 3 nepotvrdil hypotézu, že by výše dosaženého vzdělání měla vliv na názor na systém povinného celoživotního vzdělávání zdravotníků. „Argumentace uvedená v literatuře zřejmě neuspokojila častou otázku, proč je vlastně akreditace potřebná? Mezi nejčastější uváděné odpovědi patří to, že se jedná o požadavek EU, či to, že registrace sester umožní volný pohyb sester na pracovním trhu EU, USA a dalších zemí. Základním důvodem však zůstává, že požadavek trvalého udržování kvalifikace je zcela legitimní, poněvadž práce sestry je spojena s mnoha riziky jak pro pacienta, tak i pro sestru jako poskytovatele péče. A pokud tedy chtějí sestry pracovat bez odborného dohledu, musí prokázat účast na celoživotním vzdělávání“ (Vidovič, 2006)

Otázky č. 6, 7, 8 měly ukázat, jak sestry vnímají etnické klima v České republice a jaké pocity mají při setkání s cizinci. Pozitivní výsledek byl, že 194 (64%) sester si myslí, že se etnické klima v ČR zlepšuje (viz graf 14). Na druhé straně už nebyl příliš pozitivní výsledek to, že druhý největší podíl tvořilo 59 (19%) sester, které vidí etnické klima v ČR jako negativní. Zřejmě to ukazuje na to, co již bylo zmíněno výše, že „srdce Čechů láskou k jiným, zde žijícím, etnikům nijak nehoří“ (Ivanová, 2005) Lidé často uvádějí jako důvod nespokojenosti s rostoucí migrací, zvyšující se kriminalitu. Zeptala jsem se v otázce č. 7 na názor sester a předpokládala to, co se ve výsledcích potvrdilo. Graf 15 ukazuje 80% dotázaných sester, které sdílí názor majoritní společnosti: kriminalita se zvyšuje s rostoucí migrací. Jednou z příčin vzniku takového názoru, může být „známá schopnost médií manipulovat s veřejným míněním. Má-li občan ČR dojem, že se u nás cizinci dopouštějí trestných činů ve větším rozsahu než občané místní, mohou zato právě především sdělovací prostředky.“ (Dufour, 2006)

Otázka č. 8 měla odpovědět na zcela zásadní otázku. Výsledky byly potěšující a ukázaly na to, že 79% (238) dotázaným sestrám nevadí ošetřovat klienty jiných etnik (viz graf 16), což je jeden ze základních předpokladů ošetřovatelství v dnešním pojetí. Nedokážu si představit situaci, kdy by sestra odmítla péči o klienta jiné národnosti, než je ona sama. Minimálně by to bylo v rozporu s etickým kodexem sester, nemluvě například o bezprostředním ohrožení života. Přesto, hypoteticky takové sestry jsou, ukazuje to graf 16, kde je jasně znázorněno 21% (64) sester, kterým je péče o klienty jiných etnik nepříjemná. Neznamená to ovšem, že by o takového klienta odmítaly pečovat. Proto zdůrazňuji slovo hypoteticky.

S Číňany se ve své praxi setkalo (viz graf 18) pouze 74 (27%) z dotázaných sester, což je velmi malý počet. Pokud vezmeme v úvahu i to, že se tyto sestry mohly setkat v některých případech se stejným Číňanem, jen na jiné službě, či jiném pracovišti. 9 (11%) z nich s ním mělo konflikt (viz graf 19). Tyto sestry měly událost popsat. Ani jedna sestra tak neučinila. Co se týče komunikace s čínským klientem. Většina sester – 43 (52%) s Číňanem komunikovala česky. Jinak přes tlumočnicka či anglicky. S Číňany bývá velký problém v komunikaci. Jen velmi málo z těch, kteří tu žijí, umí dobře česky a anglicky. Bývají to Číňané, žijící tu dlouhodobě, nebo nová generace mladých Číňanů, kteří se anglicky učí už ve škole.

Jedním z hlavních témat konference sekce interní, domácí péče a regionu Praha byla 26. listopadu v Nemocnici Na Homolce komunikace v ošetrovatelské péči. Mgr. M. Šamánková z 2. LF UK v Praze svou přednášku doplnila sdělením o psychosociální problematice a „lingvistice“ rukou a zdůraznila, jak důležité je všimnout si neverbálních projevů, které zabírají až 70 % komunikace. Bc. I. Lacinová z interního oddělení Strahov pražské VFN seznámila s výsledky výzkumu na téma Komunikace v ošetrovatelské praxi, který prováděla formou dotazníku se 40 otázkami mezi 127 pacienty: vyšlo z něj například, že 61 % sester se novému pacientovi představí, 44 % mu podá ruku, 41 % před vstupem do pokoje zaklepe, 56 % se ptá na pacientovy potřeby, ale jen 26 % na jeho pocity. (Košková, 2003) V Číně má nonverbální komunikace dlouhou tradici. Například chytit se za ucho ukazováčkem a palcem znamená nadšení. Smích nebo komické pohyby zase zakrývají překvapení či nesouhlas například s nevhodným návrhem či dotazem. Všichni se na sebe stále smějí. (Cvejnová, 2005)

Jaká je připravenost jednotlivých pracovišť na setkání s cizincem? To jsem zjišťovala otázkami č. 10 a 11. Na většině pracovišť (viz graf 19, 20) nemají kontakt na tlumočnicka a k dispozici nemají ani komunikační karty. Otázkou tedy je, jak by si na takovém pracovišti poradili například s čínsky hovořícím člověkem, pokud by potřebovali urgentně odebrat anamnézu? Jak by klienta informovali o ošetrovatelských, diagnostických a léčebných intervencích?

Aspekt metodiky ošetrovatelské péče a realizace ošetrovatelských modelů do praxe jsem hodnotila odpověďmi na otázky č. 13, 14, 15 a 16 a výsledky měly splnit cíl. Na dotaz, zda sestry ví, co je ošetrovatelský model, jsem dala pouze nabídku alternativní odpovědi. Přes polovinu (viz graf 21) sester odpovědělo ano. Mohu spekulovat o tom, kdyby měly ošetrovatelský model charakterizovat, zda by ho definovat uměly. Na pracovištích ho užívá zhruba třetina sester (viz graf 22). Pouze polovina z těch, které ošetrovatelský model na pracovišti používá, dokázaly vybrat z nabízených možností ošetrovatelských modelů. Do možností nebyl zahrnut model dle Gordonové, jelikož se ale opakoval ve více odpovědích, zahrnula jsem ho do hodnocení v grafu. Nejpoužívanějším ošetrovatelským modelem jsou jednoznačně modely dle Hendersonové (37%), Gordonové (31%) a Leiningerové (25%) (viz graf 24). Také v odpovědích na další otázku (č. 16) se opakovaly tyto tři modely (viz graf 25), jen v jiném pořadí. Potěšující je, že sestry s největší

četností (53%), pro ošetřování klientů jiných etnik, volily ošetřovatelský model dle Leingerové.

Graf 26 demonstruje, jak by sestry charakterizovaly Číňany bez ohledu na to, zda se s nimi setkaly či ne. Jako tiché by charakterizovalo Číňany 172 (56%) sester, pak následovaly charakteristiky Číňanů v tomto pořadí: pokorné (13%), přátelské (12%), pokrytecké (9%), hlučné (7%), agresivní (2%), arogantní (1%).

Čínština je oficiální jazyk v Číně a je starý přibližně 3000 let. To, že Číňané mluví čínsky vědělo 242 (80%) sester, 61 (20%) ne.

Zarážející pro mě byly výsledky odpovědí na otázky č. 20 a 21, které se týkaly náboženství a kultury Číny. Téměř polovina (přesné čísla se liší dle literatury) Číňanů, je bez víry, tedy ateisté, pro vládnoucí stranu komunistickou je totiž nejžádanější oddanost a víra v ní samotnou. Nicméně čínské náboženství jako je konfucianismus a taoismus mají tak hluboké kořeny, že z nich čerpají ostatní náboženství dodnes. 58% dotázaných sester nedokázaly odpovědět na otázku č. 20 (viz graf 28), jaká náboženství Číňané vyznávají. 124 (41%) sester na otevřenou otázku odpovědělo buddhismus. Taoismus napsalo 13 (4%) sester a konfucianismus 1 (0%) sestru. Tyto počty uvádím konkrétně záměrně, jelikož jsou to sestry z plzeňské nemocnice, kde mi hlavní sestra vyjádřila poděkování za tento výzkum. Prý si sestry, při vyplňování dotazníku, hledaly informace na internetu a samy se pozastavovaly nad tím, kolik toho o tak velké zemi, jako je Čína, neví. Přesto byly výsledky takové, jak je výše uvedeno. Hůře dopadl výsledek otázky č. 21, kde měly sestry napsat, co ví o čínské kultuře. Naprostá většina, 264 (87%) sester nevědělo o čínské kultuře nic (viz graf 29) a ty sestry, které odpověděly pozitivně, uvedly jako příklad čínskou zeď a pověstnou tradiční čínskou medicínu. Mám pocit, že se dnes o Číně mluví hodně, v novinách si téměř každým dnem přečteme něco o Číně, nebo se to dozvíme z televize. V souvislosti s rostoucí ekonomikou Číny, Olympiádou v Pekingu chystanou na rok 2008 či největší přehradou Tři soutěsky, se o Číně hovoří čím dál tím častěji.

Bylo příjemné zjistit, že sestry ví, jaké uspořádání rodiny v Číně je a správně odpověděly, že je patriarchální a velice uctivé k rodičům (viz graf 30, 31). Také ví, kdo byl Mao Ce-tung a k otázce č. 24 (viz graf 32) vybraly z alternativní nabídky odpovědí ano. Jelikož patří Čína k nejlidnatějším zemím světa, předpokládala jsem, že na otázku č. 25 sestry znát odpověď budou. Můj předpoklad byl správný a na otevřenou otázku, na počet

obyvatel Číny, sestry odpovídaly správně – přes miliardu obyvatel (viz graf 33). Maximální číslo, které se objevilo v odpovědích, bylo 1,4 miliard. V několika dotaznících sestry odpověděly: „Hodně“. Tyto odpovědi jsem započítala do odpovědí neví.

V souvislosti s nedodržením lidských práv v Číně, je dnes a denně skloňovaná Komunistická strana Číny. Přesto 74 (24%) sester neví, která politická strana v Číně vládne. 229 (76%) sester odpovědělo správně (viz graf 34).

Následující část otázek dotazníku byla věnovaná otázkám, souvisejícím s čínskou medicínou a zdravím Číňanů. Správně se sestry domnívají, že Číňané dávají přednost léčbě pomocí tradiční čínské medicíny před klasickou (viz graf 35). Ne tak jednoznačné byly výsledky otázky č. 28, přesto více jak polovina sester dokázala vyjmenovat alespoň jednu metodu tradiční čínské medicíny (viz graf 36). Znaly akupunkturu a akupresuru. Dvě sestry odpověděly: bojové umění, tyto odpovědi jsem zařadila do odpovědí negativních. Graf 37 znázorňuje vědomosti sester o principu jin a jang, což bylo předmětem otázky č. 29. Přesto, že je tento princip znám i u nás, 70% (212) dotázaných sester ho nedokázalo charakterizovat (viz graf 37). Zda pečují Číňané o své zdraví lépe, než my, jsem se dotazovala otázkou č. 30. Kardinální podíl tvoří sestry, které se domnívají, že Číňané o své zdraví pečují lépe, než my (viz graf 38). Jak to skutečně je, zůstává poměrně komplikovanou otázkou. U starší generace Číňanů, to tak jistě bylo. Význam tělesného cvičení při prevenci a léčení nemocí byl znám Číňanům již před dvěma tisíci lety. U dnešní generace se ovšem projevuje vliv západní civilizace a konzumní styl života a například známé cvičení taj-či, již u mladé generace vidět nelze. Tuto tezi nemohu potvrdit vědecky ověřeným zdrojem, ale díky shánění materiálů k této diplomové práci, jsem v kontaktu s lidmi, kteří v Číně žijí, nebo kteří sinologii studují a jsou na fakultách v kontaktu s mladými Číňany, a tuto informaci mi potvrdili nezávisle na sobě.

Otázky č. 31-38 se vztahují ke 2. hypotéze, statistická významnost výsledků byla hodnocena analýzou testy uvedenými v kap. *Metodika a charakteristika výzkumného souboru*. Hodnotila jsem zvlášť odpovědi vysokoškolsky a středoškolsky vzdělaných sester. Pro lepší třídění dat a následné vyhodnocování, byly shromážděné údaje zařazeny do podskupin: správně (správné odpovědi), špatně (nesprávné odpovědi). Správnost odpovědí je podložena vědecky ověřenými zdroji a uvedena v teoretické části mé práce. Třídění do skupiny správných a špatných odpovědí pro mě byla obtížnou prací, pro částečnou

nekorelaci informací z vědecky ověřených zdrojů a získaných informací od lidí Číňany důvěrně znající.

Otázky zaměřené na stravování nečinily respondentům potíže, suverénně věděly, že Číňané preferují ve své stravě především rýži a zeleninu, sestry uváděly i ryby a kuřecí maso. Tyto odpovědi byly hodnoceny jako správné (viz graf 39, 40). Ukázalo se, že nejsou rozdíly mezi středoškolsky a vysokoškolsky vzdělanými sestrami. Sestry také věděly, že Číňané jí raději hůlkami (viz graf 41, 42). Číňany oblíbený nápoj je čaj, to věděla, i ve skupině VŠ i SŠ, podstatná část sester (viz graf 43, 44). Přesto byl rozdíl mezi množstvím správných odpovědí u VŠ (95%) a SŠ (78%). Obecně si lidé o Číňanech myslí, že nejsou velcí konzumenti alkoholu. Tento názor většinové společnosti sdílí i sestry (viz graf 45, 46), z vysokoškolsky i středoškolsky vzdělaných sester si 30% sester myslelo, že Číňané rádi alkohol nekonzumují a 70%, že ano.

Diskrétní otázka č. 35 na sexualitu Číňanů byla zodpovězena většinou správně (viz graf 47, 48). Číňané jsou v oblasti intimity člověka velmi uzavření. Z VŠ správně odpovědělo 15 (75%) sester a ze SŠ 172 (61%). O tomto tématu jsem hledala informace nesnadno.

Graf 49 a 50 ukazuje pohled sester na rozdíl v hygienických návycích mezi námi a Číňany. V kapitole *Hygienické zvyklosti* je popsán patrný rozdíl. Správně tedy byla hodnocena alternativní odpověď ano. Tady se sestry nesprávně domnívaly, že hygiena je stejná u nás jako u Číňanů. Zde měly lepší výsledky SŠ. Ty odpověděly správně ve 46% případech a VŠ pouze ve 35%. U dvou dotazníků SŠ byly i konkrétní poznámky o plivání Číňanů všude na veřejnosti.

Zda pečují matky o své dítě po porodu a v šestinedělí jinak, než matky naše, jsem se ptala otázkou č. 37, 38. Výsledky odpovědí byly stejné u obou otázek. Stěžejní část sester, jak VŠ tak SŠ, si myslí, že čínské matky o své děti pečují jinak (viz graf 51, 52, 53, 54). Tento názor není správný a byl zařazen do negativního hodnocení. Čínské ženy mají snahu pečovat o novorozence, v našich podmínkách, dle pokynů českých sester a zřejmě se snaží přizpůsobit našim podmínkám. Ve většině případů se nechovají odlišně od českých žen. (Seberová, 2006)

Statistickou analýzou ***nebyla potvrzena 2. hypotéza, že vědomosti vysokoškolsky vzdělaných sester o zvláštnostech péče o čínské klienty jsou větší, než vědomosti***

středoškolsky vzdělaných sester. Pouze v otázce na oblíbený nápoj Číňanů, nebyly výsledky jednoznačné. K testování byly použity tři testy (Pearsonův chí-kvadrát test, chí-kvadrát test metodou maximální věrohodnosti, Fisherův přesný test). Vzhledem k tomu, že jsme se pohybovali na hranici 5%, není rozhodnutí jednoznačné, přesto Fisherův test prokázal, že nulová hypotéza nemůže být zamítnuta.

Závěrečné otázky v dotazníku měly ukázat názor sester na chování čínského klienta v době hospitalizace. Graf 55 ukazuje, že 61% z dotázaných sester se domnívá, že Číňan bude mít velké návštěvy. Tento názor je opodstatněný. Je známá soudržnost Asiatů a jejich schopnost semknout se, především v době nějakého dyskomfortu. Zbytek sester buď odpověděl záporně, nebo nevím. Jak se zřejmě bude chovat Číňan k ostatním pacientům, měly odpovědět sestry v otázce 40, ve které měly vybrat jednu z nabízených možností. Ze své zkušenosti mohly vycházet pouze sestry, které se již s čínským klientem ve své praxi setkaly (74 = 27%). Ostatní pouze odhadovaly. Graf 56 ukázal, že si sestry vidí chování Číňanů k ostatním jako přátelské, vyhýbavé a pokorné. 54 (18%) sester nevědělo. O čínských rodinách je známo, jak Číňané považují vztahy v rodině za velice důležité. (Obyvatelstvo a etnické skupiny). Správně tedy sestry odpovídaly (viz graf 57) na otázku č. 41, zda pokud v čínské rodině člověk umírá, budou chtít být členové rodiny s ním.

V následujících řádcích zkusím charakterizovat Číňany a jejich kulturu podle toho, jak jí většina sester vidí:

„Číňané jsou tiší lidé, mluvící čínsky, náboženství a kultury neznámé. V rodinách jsou upřednostňováni muži a ctí se rodičové. MaoCe-tung je známá postava čínské historie. Vláda v Číně, která má přes miliardu obyvatel, je neznámá strana. Lidé dávají přednost tradiční čínské medicíně, jejíž metodou je kupříkladu akupunktura či akupresura, před klasickou medicínou. Princip jin a jang je neznámý. Číňané o své zdraví pečují lépe než my, jí nejvíce rýži a zeleninu a to hůlkami a nejradiji pijí čaj, nikoliv alkohol. V otázkách sexuality jsou uzavření. Hygienické návyky nemají jiné, než my-Češi. Péče o dítě po porodu a v šestinedělí je neznámá. V době hospitalizace čínského klienta očekáváme velké návštěvy a sám klient se bude chovat k ostatním klientům přátelsky a někdy také pokorně a vyhýbavě. Číňan pokud umírá, nebude sám, bude u něj rodina. O Číně by se mohlo dostávat více informací.“

Poslední otázku jsem položila na závěr úmyslně. Chtěla jsem po všech dotazech

zjistit, zda zamyšlení nad většinou otázek, podnítilo chuť sester, poznat více o zemi jako je Čína, se svou bohatou a hlubokou historií a květnatou kulturou a s tajemstvími, které se kolem života v Číně rozprostírají. Výsledky odpovědí jsem byla zklamaná. Jen málo přes polovinu sester (55%) by chtělo mít více informací o Číně, Číňanech a jejich stylu života (viz graf 58). Dokonce se pod tabulkou objevily poznámky typu: „Proč zrovna o Číně?“, „My tady máme Vietnamce, ty nikdo nezkoumá“, „Číňané nás nezajímají“.

ZÁVĚR

Práce se zabývá problematikou multikulturní péče, se zaměřením na transkulturní přístup sester k čínské minoritě. Multikulturní výchova se dnes v mezinárodním měřítku rozvíjí jako oblast vědecké teorie a výzkumu. Také ve výchově a vzdělávání budoucích zdravotnických pracovníků bychom ji takto měli chápat. Stále častěji se sestry budou při vykonávání své praxe setkávat s příslušníky jiných kultur, i s Číňany.

1. cíl mé práce byl zjistit, jaký názor mají středoškolsky a vysokoškolsky vzdělané sestry na multikulturní vzdělávání. Výsledky poukázaly na to, že sestry vysokoškolsky vzdělané vidí přínos v multikulturním vzdělávání a je zřejmé, jaké jsou mezi nimi rozdíly i ve vnímání etnického klimatu v ČR.

2. cíl mé práce měl ukázat, jaké jsou znalosti středoškolsky a vysokoškolsky vzdělaných sester o Číně, Číňanech a specifikách ošetrovatelské péče o čínské klienty. Po vyhodnocení dotazníků se ukázalo, že vědomosti sester o specifikách péče o klienty čínské minority se neliší od středoškolaček a vysokoškolaček. Na více jak polovinu otázek sestry dokázaly odpovědět správně.

Hypotéza první: „Výše dosaženého vzdělání ovlivňuje názor na nutnost multikulturního přístupu při ošetrování klientů jiných národností“ byla potvrzena. Hypotéza druhá: „Vědomosti vysokoškolsky vzdělaných sester o zvláštностech péče o čínské klienty jsou větší, než vědomosti středoškolsky vzdělaných sester“ potvrzena nebyla.

Přínos mé práce vidím ve zmapování současného stavu multikulturního přístupu sester k čínské minoritě, kdy je k dispozici velmi omezené množství literatury, která by se zabývala konkrétní minoritou. Sestry nemají ani praktické zkušenosti s ošetrováním čínských klientů, je tedy velmi obtížné z těchto zkušeností čerpat.

Kardinální cíl do budoucna vidím ve vytvoření podkladů o zvláštностech péče o čínskou minoritu, které budou sloužit sestrám pro studium. Je zřejmé, že mnoho Číňanů péči našeho zdravotnictví, potažmo klasické medicíny, nevyhledává. Bylo by proto vhodné informace a podklady hledat v zařízeních zabývajících se tradiční čínskou medicínou, která dnes již můžeme najít na území celé České republiky. Lze předpokládat, že zdravotnický personál v těchto zařízeních bude mít širší poznatky o životě Číňanů a tím pádem i více

zkušeností s ošetřováním této minority. Z tohoto důvodu si myslím, že výzkum provedený v těchto zdravotnických zařízeních by mohl přinést další informace a poznatky, které by poté bylo možné úspěšně použít v praxi.

Bude-li k dispozici literatura, která bude sloužit jako edukační materiál k ošetřování čínské minority a to s ohledem na kulturní variabilitu, neznamená to ještě, že jí sestry budou studovat. Sestry se ke studiu musí motivovat. Je nutné vzbudit zvědavost a zájem o poznání této minority. Vhodné by bylo uspořádat interaktivní semináře s přítomností Číňana, který by byl ochoten pohovořit o jejich životě v Číně i u nás. To, že systém povinného celoživotního vzdělávání není u sester oblíbený, dokázala mimojiné i má práce. Dobrou motivací pro sestry a zdravotní personál by mohl být například vyšší počet kreditů za studium a vzdělávání se v oblasti multikulturní ošetrovatelské péče.

7. Seznam použité literatury

1. ADAMCOVÁ, M. *Čínská lidová republika*, 2005. [online]. [citováno 2007-5-18] Dostupné z WWW: <http://www.cina.estranky.cz/stranka/O-lidech-a-komunikaci>
2. ADAMOVÁ, L., DUDÁK, V., VENTURA V. *Základy filozofie a etiky*. 3. vydání. Praha: Fortuna, 2002. ISBN: 80-7168-772-3
3. ARCHALOUSOVÁ, A. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. 1. vydání. Hradec Králové: Nukleus HK, 2003. 104s. ISBN 80-86225-33-X
4. BALVÍN, J. a kol. *Metody výchovy a vzdělávání ve vztahu k národnostním menšinám*. Praha: Komise Rady hl. m. Prahy pro oblast národnostních menšin, 2005. ISBN 80-902972-8-9
5. BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V. *Výzkum a ošetrovatelství*. 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 146s. ISBN 80-7013-416-X
6. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 188s. ISBN 80-247-1197-4
7. BROWN, S. G. *Čínská medicína v praxi*. 1. vydání. Alpress, s.r.o. Frýdek mýstek, 2004. ISBN 80-7362-017-0
8. CVEJNOVÁ, Veronika, MOSTÝN, Milan. *Když Číňan říká ano, neznamená to vždy souhlas*. 2005. [online]. [citováno 2007-3-09] Dostupné z WWW: <http://www.cinsky.cz/index.php?page=clanek&id=260&lang=cs>
9. DANKOVÁ, Z. *Nebezpečné meditace?*. 2002. [online]. [citováno 2006-21-12] Dostupné z WWW: <http://www.regenerace.net/Archiv/2002/07/falun.htm>
10. DE VITO, J.A. *Základy mezilidské komunikace*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 420s. ISBN 80-7169-988-8
11. DUFOUR, JEAN – FRANCOIS. *Čína ve 21. století*. 1. vyd. Levné knihy Kma, s.r.o., Praha 2006. ISBN 80-7309-331-6
12. FARKAŠOVÁ, D. *Ošetrovatelství-teorie*. 1. vydání. Martin. Vydavatelství Osvěta, 2006. ISBN 80-8063-227-8
13. FARKAŠOVÁ, D. *Výzkum v ošetrovatelství*. Martin. Vydavatelství Osvěta, 2002. ISBN 80-8063-111-5

14. FISHEROVÁ, K. *Čína-velký potravinový dotazník*, 2007. [online]. [citováno 2007-5-22] Dostupné z WWW: http://multiweb.cz/agrarnivenkov/TURIST_cina.html
15. HAVLÍČEK, L. *Vítejte na největším serveru věnovaném čínským znakům a čínštině*, 2005-2007. [online].[citováno 2007-1-11] Dostupné z WWW: www.cinstina.cz
16. HOFFMANN, P. *Na frekvenci čínské medicíny*. 1. vyd. Praha: Knížní klub, 2002. 240 s. ISBN 80-242-0854-7.
17. HRUBÝ, D. *Rudá děvka orientu*. Reflex. 2006, č. 46. s.38. ISSN0862-6634
18. HUDEČEK, J. *Čínské komentáře*. 2005. [online]. [citováno 2007-5-09] Dostupné z WWW: <http://www.cinsky.cz/index.php?page=clanek&id=170&lang=cs>
19. IVANOVÁ, K., ŠPIRUDOVÁ, L., KUTNOHORSKÁ, J. *Multikulturní ošetřovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 248s. ISBN 80-247-1212-1
20. KOŠKOVÁ, J. *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče*. Respektování jejich transkulturní/multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu. 1. vydání. Ostrava: Ostravská univerzita, 2003. 120s. ISBN 80-7042-344-7
21. LARMER, B. *Oživení v Mandžusku*. National Geographic. Září, 2006. s.86. ISSN 1213-9394
22. LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2007. 152s. ISBN 978-80-247-1784-5
23. MOCKOVÁ, J. *Specifika ošetřovatelské péče u vietnamských žen v souvislosti s těhotenstvím, porodem a šestinedělím*: bakalářská práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2006. 110s., 5 příloh
24. PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetřovatelství v kostce*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. 152s. ISBN 80-247-1211-3
25. PRŮCHA, J. *Multikulturní výchova*. 1. vydání. Praha: TRITON, 2006. ISBN 80-7254-866-2
26. RICHARDS, A. , EDWARDS, S. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0932-5
27. RŮŽIČKA, R., SOSÍK, R., WANG, Y. *Tradiční čínská medicína v denním životě*. 1. vydání. Olomouc: Vyznání, 2002. ISBN 80-86606-06-6
28. SEBEROVÁ, H. *Čínské ženy a péče žen o novorozence*: bakalářská práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta,

2006. 119s., 8 příloh

29. STANĚK, R. *U čínské ambasády se odebíraly orgány*. 2006. [online]. [citováno 2006-1-12] Dostupné z WWW: <http://aktualne.centrum.cz/zahranici/clanek.phtml?id=200618>
30. SUNOVÁ, V. *Vývoj a pronásledování Falungongu*. 2005. [online]. [citováno 2007-3-28]. Dostupné z WWW: www.falungong.cz
31. ŠAMÁNKOVÁ, M. *Základy ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1091-4
32. ŠIŠKOVÁ, T. *Menšiny a migranti v České republice*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-648-9
33. ŠPIRUDOVÁ, L., BURSOVÁ, J. *Multikulturní ošetrovatelství ve vzdělávání sester na středních a vyšších odborných školách*. Univerzita Palackého Lékařská fakulta Pedagogická fakulta. 2002. [online]. [citováno 2006-05-11] Dostupné z WWW: <http://www.cizinci.cz/clanek.php?lg=1&id=115>
34. ŠPIRUDOVÁ, L., TOMANOVÁ, D. *Multikulturní ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1213-X
35. TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vydání. Brno. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001. ISBN 80-7013-324-4
36. TUTKOVÁ, J. *Komunikace sestry – pacient*. Sestra., 2007, č. 1, s. 22-23. ISSN 1210-0404
37. ULČ, O. *Čech částečným Číňanem*. 2. vyd. Praha: Academia, 2004. 404s. ISBN 80-200-1272-9
38. VIDOVIČ, S. *Registrace sestry-potřeba, nebo nutné zlo?* Sestra. 2006, č. 3, s. 10. ISSN 1210-0404
39. ZHI, Hu Yi. *I. škola tradiční čínské medicíny*. [online]. [citováno 2007-5-22] Dostupné z WWW: <http://www.tcm.cz/tcm/index.php?s=1031071041&mid=&clid=1052827173&detail=1&PHPSSESSIONID=2ce66cb39d1f137a4d960ec5e90e7522>

Internetové zdroje:

40. Alžběta Janků. *Studentka ZSF JU*. (online) Platný e-mail: kvetazapletalova@seznam.cz

od cizinecke@fnmotol.cz, březen 11, 2007

41. *Cizinci v České republice*. [online]. [citováno 2007-1-12] Dostupné z WWW: <http://www.cizinci.cz/news.php?lg=1>
42. Český statistický úřad. Praha: *Cizinci v České republice*, 2007. [online]. [citováno 2007-01-15] Dostupné z WWW: www.czso.cz
43. *Chladivé mazání*. 2006. [online]. [citováno 2007-4-02] Dostupné z WWW: <http://www.priessnitzovo.cz/clanek3.asp>
44. *Internet, telefon, média*. 2006. [online]. [citováno 2007-01-12] Dostupné z WWW: http://www.hedvabnastezka.cz/z/as/Cina/internet_telefon_media
45. *Lidé, zvyky, náboženství*. 2006. [online]. [citováno 2007-1-12] Dostupné z WWW: http://www.hedvabnastezka.cz/z/as/Cina/Lide_zvyky_nabozenstvi
46. *Obyvatelstvo a etnické skupiny*. 2004. [online]. [citováno 2007-2-14] Dostupné z WWW: www.chinaembassy.cz
47. *Ochrana menšin*. [online]. [citováno 2006-1-12] Dostupné z WWW: <http://www.k161.unas.cz/texty/Mensiny/temata.doc>
48. *O komunikaci v ošetrovatelství*. 2006. [online]. [citováno 2007-2-11] Dostupné z WWW: <http://www.florence.cz/cislo.php?stat=44>
49. *Proč je čínská komunistická strana zlý kult*, 2006. [online]. [citováno 2007-5-22] Dostupné z WWW: <http://www.velkaepocha.sk/content/view/130/58/>
50. *Svět v němž žijeme*. Universum, 2004, ISBN 80-242-1222-6
51. The Epoch times. *Devět komentářů k Čínské komunistické straně*. 2007. [online]. [citováno 2007-2-18]. Dostupné z WWW: www.9komentaru.cz
52. *Zajímavosti čínského života (za dynastie Čching)*. 2002. [online]. [citováno 2007-03-22] Dostupné z WWW: <http://mujweb.cz/www/alun/i-zajim.htm#zajimavosti>

Bez uvedeného autora:

53. *Rozmanitost a soudružnost: nové úkoly v oblasti integrace imigrantů a menšin*. Rada Evropy, 2000. ISBN 92-871-4345-5
54. *Sociologické školy, směry, paradigma*. 2. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství SLON, 2000. ISBN 80-85850-81-8

8. Klíčová slova

Multikulturní ošetřovatelství

Etnické klima

Ošetřovatelský model

Čínský klient

Sestra

Příloha č.1

Dotazník pro sestry

Jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity, navazujícího magisterského studia, oboru Ošetřovatelství. Název mé diplomové práce je: „**Multikulturní přístup sester k čínské minoritě**“. Výzkum probíhá ve vybraných nemocnicích po celé České republice.

Předem Vám mnohokrát děkuji za vyplnění dotazníku, který je zcela anonymní. Získaná data budou použita pouze pro účel vypracování mé diplomové práce.

Bc. Květa Zapletalová

(Nabízenou odpověď, se kterou souhlasíte, prosím, zakroužkujte)

Vaše pracovní zařazení:

- * Sestra
- * Staniční sestra
- * Vrchní sestra

Oddělení, pracoviště:.....

Vzdělání:

- * SŠ
- * VŠ
- Nejvyšší dosažený titul
- Rok ukončení maximálního dosaženého vzdělání

Kolik je Vám let?

Kterými světovými jazyky jste schopná komunikovat?.....

1. Měl/a jste studijní předmět ve škole zaměřený na oblast multikulturní výchovy ? <i>Pokud ano, napište jaký to byl předmět:.....</i>	ano ne
2. Myslíte si, že je dostatečná výuka Multikulturního ošetrovatelství v kvalifikační přípravě sester?	ano ne
3. Souhlasíte se systémem povinného celoživotního vzdělávání zdravotníků? <i>Prosím, uveďte důvody Vaší odpovědi:.....</i>	ano ne
4. Pokládáte za přínosné vysokoškolské vzdělávání sester?	ano ne
5. Chtěla by jste si doplnit vědomosti o kulturách etnických menšin žijících v České republice?	ano ne
6. Vnímáte etnické klima (<i>postoj naší veřejnosti k cizincům žijícím v ČR</i>) v České republice jako: pozitivní zlepšující se negativní	
7. Myslíte si, že se s přibývajícím migrací zvýšila kriminalita v ČR?	ano ne
8. Je vám ošetrování klientů jiných etnik nepříjemné?	ano ne
9. Setkal/a jste se ve své praxi s klientem - Číňanem ?	ano ne
10. V jakém jazyce jste s ním komunikovala ?	
11. Máte u vás na pracovišti kontakt na agenturu zajišťující tlumočnické služby ?	ano ne
12. Používají se u vás na pracovišti komunikační karty ?	ano ne
13. Používáte u vás na pracovišti při ošetrování klientů ošetrovatelské modely ? (<i>Oš. model-návod či příručka, jak postupovat a čím se řídit při ošetrování klientů</i>)	ano ne
14. Používáte jiný ošetrovatelský model při ošetrování klientů jiných etnik? <i>Pokud ano, prosím, napište který by jste si vybrala:.....</i>	ano ne

15. Používáte ošetrovatelský model dle Leiningerové ?	ano ne
16. Používáte ošetrovatelský model dle Gigerové a Davidhizarové ?	ano ne
17. Považujete Číňany za: hlučné tiché arogantní pokorné přátelské agresivní	
18. Dostala jste se s čínským klientem někdy do konfliktu ? <i>Pokud ano, popište událost:</i>	ano ne
19. Jakým jazykem mluví Číňané?	nevím
20. Jaká náboženství vyznávají Číňané?	nevím
21. Víte něco o Čínské kultuře ? <i>Pokud ano, napište co:</i>	ano ne
22. V čínské rodině jsou upřednostňováni: ženy muži na pohlaví nezáleží nevím	
23. Ctí Číňané své rodiče ?	ano ne
24. Víte, kdo byl Mao ce tung ?	ano ne
25. Kolik přibližně obyvatel žije v Číně?	nevím
26. Jaká politická strana vládne v Číně?	nevím
27. Číňané dávají přednost : a) klasické medicíně b) tradiční čínské	
28. Znáte nějaké metody Čínské tradiční medicíny ? <i>Pokud ano, které?</i>	ano ne
29. Víte, jaký je princip jin a jang ? <i>Pokud ano, popište ho:</i>	ano ne
30. Myslíte si, že Číňané o své zdraví pečují lépe než my?	ano ne
31. Které potraviny Číňané nejvíce preferují?	nevím

32. Číňané raději jí: a) příborem b) hůlkami	
33. Jaký nápoj Číňané nejčastěji pijí?	nevím
34. Pijí Číňané rádi alkohol ?	ano ne
35. Číňané jsou v otázkách sexuality otevření?	ano ne
36. Mají Číňané jiné hygienické návyky než Češi? <i>Pokud ano, jaké?</i>	ano ne
37. Myslíte si, že je jiná péče čínské matky o dítě po porodu ?	ano ne
38. Myslíte si, že je jiná péče čínské matky o dítě v šestinedělí ?	ano ne
39. Bude mít čínský klient v době hospitalizace velké návštěvy ?	ano ne
40. V době hospitalizace se čínský klient bude chovat k ostatním klientům : nepřátelsky přátelsky pokorně agresivně bude se jim vyhýbat	
41. Při umírání čínského klienta bude chtít rodina: a) být s umírajícím b) doma se modlit	
42. Chtěli by jste vědět víc informací o Číně, Číňanech a jejich stylu života?	ano ne

Příloha č.2

Nemocnice zařazené do výzkumu

