

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2008

Bc. Pavel Scholz

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Čínský pacient v českém zdravotnictví

Diplomová práce

Vedoucí práce:

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

Autor:

Bc. Pavel Scholz

2008

Abstraction

The name of this thesis is: “A Chinese patient in the Czech health care service“

China with approximately 1.3 billion inhabitants belongs to the largest countries in the world. Migration and tourism of inhabitants of the People's Republic of China and Republic of China towards the Central European region is higher year by year. Simultaneously, with increasing accumulation of the Chinese minority group members in the Czech Republic, even the number of provided health care for this minority group of inhabitants is rising. Different conception of health and disease markedly affects the approach and understanding of the patient/client from another culture both from professional point of view and from the view of patient/client. Medical personnel should be aware of main differences in behaviour of the members of minority group and their population, and not only in connection with provided health care.

This research work is worked out by means of qualitative research methods. Working out of nursing care peculiarities which the members of Chinese minority want to respect was the research goal of this thesis. Collection of data was carried out by means of a half-structured interview in members of the Chinese minority group in the Czech Republic. The content of questions of the half-structured interview is based notably on conceptual, nursing models developed by Gordonová, M., Leiningerová, M., and a model developed by Gigerová, J. – Davidhizerová, R. The five research questions were specified for the goal accomplishment. The results of research were treated by means of casuistics and a slightly modified approach of general analysis by Ritchie and Spencer. Established nursing care peculiarities in the area of blood taking, and information of physician's diagnosis, especially towards the family, and apprehension of medicament addiction, and even the pain and answer to it belong to leading results. Description of how the members of Chinese minority group understand the Czech nursing and a nurse as a provider of professional nursing care also belongs to other results. The hypotheses decided on further research use were suggested on the basis of results of this thesis.

This thesis and its results are determined to the professional health care purposes and for direct provision of nursing care in health service facilities in the Czech Republic. One of the outcomes of this thesis is also a proposal of the nursing care standard in members of Chinese minority group living in the Czech Republic, and hereafter, an information summary book for nurses concerning trans-cultural specificity of the Chinese patient/client in the Czech health services.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Čínský pacient v českém zdravotnictví“ vypracoval samostatně a použil jsem jen pramenů, které cituji v přiložené bibliografii.

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 jejích internetových stránkách.

Souhlasím s použitím práce k vědeckým účelům.

V Českých Budějovicích

.....
Bc. Pavel Scholz

Poděkování:

Děkuji své vedoucí práce paní prof. PhDr. Valérii Tóthové Ph.D., R.N. za její vedení, vstřícný přístup a cenné rady související s touto diplomovou prací.

OBSAH

Úvod	4
1. Současný stav dané problematiky	5
1.1 Čína – rozdělení, umístění, obyvatelstvo, jazyk a písmo	5
1.2 Čína – historie, kultura, náboženství	11
1.3 Zdravotnictví v Číně, ošetrovatelství v Číně, definice zdraví v Číně	24
1.3.1 Zdravotnictví v Číně	24
1.3.2 Ošetrovatelství a vzdělávání v ošetrovatelství v Číně	28
1.3.3 Tradiční čínská medicína a „Západní medicína“	31
1.4 Kdo je považován za „Číňana“	34
1.5 Příslušník čínské menšiny v oblasti současné ČR	35
1.5.1 Historie	35
1.5.2 Vztahy České republiky a ČLR	38
1.5.3 Statistiky pobytu, turistiky Číňanů	39
1.6 Systém českého zdravotnictví v péči o cizince	40
1.7 Multikulturní přístup při ošetrování příslušníků čínské menšiny	44
1.7.1 Základní pojmy v souvislosti s multikulturním ošetrovatelstvím	44
1.7.1.1 Etnikum	44
1.7.1.2 Národ, národnost, národnostní menšina	45
1.7.1.3 Kultura	46
1.7.1.4 Kulturní šok	47
1.7.1.4 Rasy, rasismus, xenofobie	48
1.7.1.5 Multikulturní přístup – Transkulturní přístup	48
1.7.2 Transkulturní ošetrovatelství	49
1.7.2.1 Historický vývoj	50
1.7.2.2 Současné postavení	51
1.7.2.3 Sběr informací při aplikování multikulturního přístupu v praxi	51
1.7.2.4 Model vycházejícího slunce M. Leiningerové	52
1.7.2.5 Model „kulturně svébytný jedinec“ J. Gigerová – R. Davidhizerová	55
1.7.2.6 Blochův průvodce etnicko-kulturním posuzováním	58

2. Cíl práce a hypotézy	59
2.1 Cíl práce	59
2.2 Výzkumné otázky	59
3. Metodické postupy	60
3.1 Použité metody a techniky	60
3.2 Charakteristika sledovaného souboru	60
4. Výsledky	61
4.1 Kazuistiky respondentů výzkumu	61
4.2 Základní grafy.....	88
4.3 Kategorizace dat v tabulkách a grafech	90
5. Diskuse	118
6. Závěr	130
7. Seznam použitých zdrojů	132
8. Klíčová slova	138
9. Přílohy	139

Seznam použitých zkratk

CNA	Čínská asociace sester
ČLR	Čínská lidová republika
ČR	Česká republika
EU	Evropská unie (EHS – Evropské hospodářské společenství)
i.v.	Intravenózní
Oš.	Ošetřovatelství
Obr	Obrázek
Tab	Tabulka
TCM	Tradiční čínská medicína
WHO	Světová zdravotnická organizace

Úvod

Čína s přibližně 1,3 miliardami občanů patří mezi největší země světa. Zdravotní systém Číny prošel během posledních 15 let výraznou proměnou, což se projevuje zvyšující se kvalitou čínského zdravotnictví. Perspektivy mají hlavně nemocnice a další zařízení zdravotně – sociální péče v rozvinutých oblastech země. V městských oblastech jsou zdravotní instituce vybaveny špičkovou technikou, i personál je dostatečně kvalifikovaný. Pro venkovské oblasti je ale typická jak nedostupnost lékařské péče, tak i špatná úroveň nemocnic, lékařů a dalšího personálu, což se projevuje na zdravotním stavu obyvatelstva. Čínský občan je zvyklý na odbornou, a jeho kultuře specifickou ošetrovatelskou péči, kterou mu čínská zdravotnická zařízení poskytují.

Česká republika představuje jednu z turistických destinací, kterou čínští turisté navštěvují, dále zde žije množství národnostních menšin, mezi něž řadíme i čínskou menšinu. Kulturní rozdílnosti mezi čínskou a českou kulturou jsou známy většinou na obecné úrovni. V naší práci se zabýváme specifickou ošetrovatelskou problematikou péče u příslušníků čínské minoritní skupiny.

Téma diplomové práce jsem si zvolil na základě aktuálnosti problematiky multikulturního ošetrovatelství a zejména současného nedostatku informací o ošetrovatelských specifitech u čínské minoritní skupiny žijící v ČR.

Bylo poměrně obtížné pracovat s některými zdroji literatury, pro jejich vyhraněnost názorů vůči politickému systému v Číně. V této práci nechci nijak posuzovat minulost ani současnost Číny, chci vystihnout všechny důležité prvky z historie a současnosti pro poskytování odborné ošetrovatelské péče čínským pacientům/klientům.

1. Současný stav dané problematiky

1.1 Čína – rozdělení, umístění, obyvatelstvo, jazyk a písmo

Oficiální název Číny je Čínská lidová republika, ve zkratce ČLR (v anglickém jazyce People's Republic of China). Zkrácený název Čína znamená v překladu „říše středu“. Čínská lidová republika (dále ČLR) je svým státním zřízením republika. Hlavní město ČLR je Peking (Beijing), v překladu „Severní hlavní město“. Čína je třetí největší zemí světa (po Kanadě a Rusku). Rozloha ČLR se přibližně rovná rozloze Evropy (3, 10, 18, 45).

Poloha

Čínská lidová republika se rozkládá ve východní a střední části asijského kontinentu na západním pobřeží Tichého oceánu. Nejsevernější bod je na 53° severní šířky, nejjižnější na 20° severní šířky, jejich spojnice měří přes 5 500 km a prochází mírným, subtropickým i tropickým podnebním pásmem. Časový rozdíl od západu k východu činí čtyři hodiny, v celé ČLR však platí jednotný tzv. Pekingský čas (pro letní období je zaveden letní čas). Časový posun ve srovnání s Prahou představuje + 6 hodin. Suchozemská hranice ČLR měří asi 22 200 km (s Korejskou lidově demokratickou republikou, Mongolskem, Ruskem, Kazachstánem, Kyrgyzstánem, Tádžikistánem, Afghánistánem, Pákistánem, Indií, Nepálem, Sikkimem, Bhutánem, Barmou, Laosem, Vietnamem). Čínská pobřežní linie měří přibližně 18 000 km a nachází se na ní množství přístavů a velkoměst. Největší z přístavních velkoměst je Šanghaj. Pobřeží je omýváno okrajovými moři Tichého oceánu, tedy Žlutým, Východočínským a Jihočínským mořem. V nich leží asi pět tisíc ostrovů, patřících k Čínské lidové republice. Čínské děti se na hodinách vlastivědy učí, že jejich vlast má tvar listu begonie (10, 18, 28, 45, 46).

Územní členění

Čínská lidová republika má celkem 32 správních jednotek spravovaných ústřední vládou. Z toho je 22 provincií (Anhui, Fujian, Gansu, Guangdong, Guizhou, Hainan, Hebei, Heilongjiang, Henan, Hubei, Hunan, Jiangsu, Jiangxi, Jilin, Liaoning, Qinghai, Shaanxi, Shandong, Shanxi, Sichuan, Yunnan, Zhejiang), pět autonomních oblastí s kompaktním osídlením nechanských etnik (Guangxi, Nei Mongol, Ningxia, Xinjiang

Uygur, Xizang (Tibet)), čtyři města pod ústřední správou a jedna zvláštní administrativní oblast (10, 28, 45, 46).

Národy a národnosti

Čína je multietnickou zemí s 56 etnickými skupinami. 1,1 miliardy Číňanů, tedy zhruba 92% veškerého obyvatelstva, patří k etnické skupině Chan. Za touto skupinou následují Čuangové s 17,6 miliony obyvatel, muslimští Chuejové a Mandžuoové, obojí asi s 10 miliony příslušníků, dále turkičtí Ujguři se 7 miliony, Iové 6,6 miliony, Tchť'iové s 5,7 miliony, dále Mongolové s 4,8 miliony, a Tibet'ané s 4,6 miliony, kteří žijí v autonomních oblastech Číny. Základními principy čínské vlády pro udržení vztahů mezi etnickými skupinami jsou rovnoprávnost, jednota, vzájemná pomoc a společná prosperita (18, 28, 45, 46, 49).

Ústava Čínské lidové republiky (dále jen ČLR) zaručuje naprostou rovnost všech etnických skupin. Stát zaručuje všem stejná práva při ochraně jejich zájmů. Podíl nechanského obyvatelstva na celkovém počtu obyvatel se postupně zvyšuje i díky některým výjimkám z populačních opatření (viz obyvatelstvo ČLR) (10, 18, 45, 47).

Obyvatelstvo Čínské lidové republiky

ČLR je zemí s největším počtem obyvatel na světě. Růst počtu obyvatel v ČLR je znázorněn v tabulce 1. Koncentrace obyvatelstva je velice nerovnoměrná, statistiky uvádějí průměr 125 obyvatel/km². Nej hustěji osídlené jsou oblasti nejvhodnější pro zemědělství. Nejvyšší hustota osídlení je proto ve východní Číně, zvláště na rovinách podél toku Dlouhé řeky (Šanghaj 2 169 obyvatel/km²), dále na Severočínské nížině, v pobřežních oblastech jižní Číny a ve vnitrozemské provincii S'-čchuan. Nejmenší osídlení je ve vysokohorských oblastech (Autonomní oblast Tibet 1,86 obyvatel/km²). Průměrné osídlení východočínských pobřežních oblastí je 360 obyvatel/km², náhorní plošiny na západě mají méně než 10 obyvatel/km² (10, 18, 28, 45, 46, 62).

V současné době stále platí na území Čínské lidové republiky program plánování rodiny, kontroly porodnosti a zlepšování kvality populace, jehož část je známa pod názvem „politika jednoho dítěte“ (tato politika začala již v roce 1979).

Tab. 1 Růst počtu obyvatel ČLR

Rok	Počet obyvatel
1949	541 670 000
1953	601 930 000
1965	725 380 000
1990	1 143 330 000
1998	1 228 100 000
2005	1 307 560 000

Zdroj dat: National bureau Statistics of China: CHINA STATISTICAL YEARBOOK, dostupné z <http://www.stats.gov.cn>, citováno 10.9. 2007.

Politika jednoho dítěte znamená, že Číňanům ve městě (neplatí pro národnostní minority) je povoleno mít pouze jedno dítě a na venkově dvě, pokud byla první dívka. Nebýt tohoto opatření, měla by dnes Čína o 300 miliónů obyvatel více. Ovšem důsledkem tohoto opatření je, že dochází k nepoměru mezi chlapci, kteří jsou uznáváni jako ekonomicky schopnější uživit své staré rodiče, a holčičkami, které jsou ještě jako nenarozené ohroženy častými potraty. Průměrně je v Číně 1,06 muže na ženu (ve světě je tento poměr většinou obrácený), ale pokud jde o dnešní porody, rodí se už 120 chlapců na 100 dívek (7, 10, 18, 28, 53, 60).

Věková struktura obyvatel ČLR (v roce 2007) je znázorněna v tabulce 2. Průměrná délka života obyvatel ČLR je znázorněna v tabulce 3.

Tab. 2 Věková struktura obyvatel ČLR (2007)

0-14 let	20,4% (male 143 527 634/female 126 607 344)
15-64 let	71,7% (male 487 079 770/female 460 596 384)
65 let a více	7,9% (male 49 683 856/female 54 356 900)

Zdroj dat: National bureau Statistics of China: CHINA STATISTICAL YEARBOOK, dostupné z <http://www.stats.gov.cn>, citováno 10.9. 2007.

Tab. 3 Průměrná délka života obyvatel ČLR (2007)	
<i>Celkově</i>	72,88 let
<i>Muži</i>	71,13 let
<i>Ženy</i>	74,82 let
Zdroj dat: National bureau Statistics of China: CHINA STATISTICAL YEARBOOK, dostupné z http://www.stats.gov.cn , citováno 10.9. 2007.	

V budoucnu se tedy nepoměr mezi muži a ženami bude ještě zvyšovat a milióny čínských mužů, kteří nenajdou životní partnerku, ji budou zřejmě hledat v zahraničí. Na vesnicích politiku jednoho dítěte často vědomě porušují. Žijí-li obyvatelé na vesnicích a mají-li jen 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 podepíší, 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 (5, 10, 18, 28, 60).

Taiwan (Čínská republika)

Taiwan (Tchaj – wan) vznikl 1. ledna 1912 (svržení dynastie Čching). Tchaj-wan je běžné označení státního útvaru, jehož oficiální jméno je Čínská republika. Za nezávislý stát ji uznává jen několik rozvojových zemí, na její území si činí nárok Čínská lidová republika. Republika zahrnuje vedle ostrova Tchaj-wanu i Pescadorské ostrovy (Pcheng-chu) v Tchajwanském průlivu, ostrovy Lü-ťao, Lan-ťü, Ťin-men), Ma-cu (někdy též Matsu) a další. Svou rozlohou 35 980 km² je na 138. místě ve světě. Hustota zalidnění činí 636 / km² (5, 18, 28, 41, 46).

Počet obyvatel Tchaj-wanu je 22 858 872 (46). Věkovou strukturu obyvatel znázorňuje tabulka 4. Průměrná délka života obyvatel Taiwanu, je znázorněna v tabulce 5.

Tab. 4 Věková struktura obyvatel Taiwanu (2007)

0-14 let	17,8% (male 2 117 051/female 1 954 709)
15-64 let	72% (male 8 306 351/female 8 141 268)
65 let a více	10,2% (male 1 150 001/female 1 189 492)
<i>Zdroj dat: CHENG, W. Government Information Office (Taiwan), Taiwan Yearbook 2006, dostupné z: http://www.gio.gov.tw/taiwan-website/5-gp/yearbook/ citováno 18. 9. 2007</i>	

Tab. 5 Průměrná délka života obyvatel Taiwanu (2007)

Celkově	77,56 let
Muži	74,65 let
Ženy	80,74 let
<i>Zdroj dat: CHENG, W. Government Information Office (Taiwan), Taiwan Yearbook 2006, dostupné z: http://www.gio.gov.tw/taiwan-website/5-gp/yearbook/ citováno 18. 9. 2007</i>	

Úředním jazykem je čínština (úřední), tchajwanština, hakka (rozšířeně), atayalština, tsou, rukai, paiwanština, puyuma, ami, bunun, thao, saisiyat, kavalan (domorodé). Hlavní město je Tchaj-pej (Táiběi) (18, 28, 46).

Od pádu dynastie Čching (v roce 1911) do roku 1949 pojem Čínská republika označoval celé území pevninské Číny (od roku 1945 i Tchaj-wan) (5, 18, 28, 46).

Po občanské válce Číny se roku 1949 na ostrov Tchaj-wan uchýlily zbytky Čankajškovy armády (viz 1.2. Čína – historie, kultura, náboženství). Na pevnině byla vyhlášena Čínská lidová republika a pojem Čínská republika se zúžil na ostrovy udržené nacionalistickou armádou. Ostrov odolal mohutnému bombardování a udržel si nezávislost na ČLR až dodnes. Do začátku devadesátých let na Tchaj-wanu autoritativně vládla jedna strana (nacionalistický Kuomintang) protože kvůli trvajícím vyhlášení výjimečného stavu nemohly být uspořádány volby. Poté následovala postupná demokratizace (18, 28, 46, 49, 52).

Čínská republika se správně člení na 2 provincie a 2 centrálně spravovaná města. Provincie se dále dělí na celkem 18 okresů a 5 měst na úrovni okresu (28, 49).

Jazyk a písmo

Čínský jazyk je jeden z nejstarších a nejrozšířenějších jazyků světa. Čínské znakové písmo patří mezi nejstarší a denně užívaný grafemický systém na světě. První dochované památky tohoto písma pocházejí již z konce 2. tisíciletí př. n. l. Čínská mytologie připisuje vytvoření prvních znaků bájnému císaři Fu-simu. Jednou se prý procházel na břehu Žluté řeky a náhle uviděl draka, jak se vynořil z vln a na zádech měl nějaké znaky. Císař si je zapsal a později vysledoval podobnost těchto znaků se stopami zvířat a ptáků. Na jejich základě vytvořil osm trigramů, kombinací souvislých a přerušovaných čar, využívaných ve staré čínské filozofii i náboženství (28, 42, 50).

Čínské znaky slouží jako prostředek dorozumění nejenom pro Číňany žijící v různých oblastech světa, ale díky nim mohou Číňané komunikovat i s Japonci či Jihokorejci, protože do jejich národních slabičných abeced jsou klasické Čínské znaky zařazeny jako neoddělitelná součást psaného jazyka, i když jsou čteny jinak. V ČLR navíc čínština (jako jazyk nejpočetnějšího národa Chánů) plní rovněž funkci státního jazyka v komunikaci mezi příslušníky menšinových národností (28).

Čínština v souvislosti s kulturním či politickým významem Čínské říše odedávna hluboce ovlivňovala jazyky sousedních národů. Nejstarší písemné památky v Japonsku, Koreji a ve Vietnamu jsou psány čínskými znaky v klasickém Čínském jazyce (28, 42, 50).

Čínský znak v sobě nese výslovnost i význam. V drtivé většině případů odpovídá jeden znak jedné slabice, často i jednomu slovu. Může se stát, že jeden znak má více možností významu. Naopak pro jednu slabiku s jedním významem může být více možností zápisu znakem. Výslovnost jediného znaku se může v různých dialektech lišit, avšak význam zůstává vždy stejný. Proto se Číňané z různých oblastí mezi sebou písemnou formou dorozumí, přestože v mluveném projevu někdy nastávají potíže. Znak se často skládá z více součástí. Často se znaky skládají z tzv. fonetika (součástka, která určuje výslovnost) a tzv. radikálu (součástka, která určuje význam). Někdy mohou znaky také přímo zobrazovat věc, kterou označují (např. slunce, měsíc, strom apod.) (28, 50).

V dnešní době existují dvě varianty čínských znaků, zjednodušené, které se používají na pevninské Číně a v Singapuru a složité (tradiční), které se používají na Tchaj-wanu, v Hongkongu a v zahraničních čínských komunitách. Zjednodušené znaky byly zavedeny po reformě čínského znakového písma ve 20. století. Tradičně se psalo shora dolů a zprava doleva, tedy ve sloupcích, od roku 1956 se zavedlo psaní v řádcích zleva doprava, ale v novinách se můžeme i dnes setkat s oběma způsoby psaní (28).

Podle většiny odhadů je celkový počet čínských znaků přes 50 000. Vzdělaná osoba by jich měla znát asi 6000, rolník asi 1500, dělník asi 2000. Pro čtení čínských novin na Tchaj-wanu je třeba asi 4000 znaků, pro čínské noviny v Čínské lidové republice postačuje asi 3000 znaků. Znakem pro konec věty je v moderní čínštině tečka, otazník nebo vykřičník (28, 50).

Jeden čínský znak může mít mnoho různých významů, je-li použit ve spojení s různými dalšími znaky nebo použit v různých kontextech (28).

(ilustrační obrázek viz příloha 3)

1.2 Čína – historie, kultura, náboženství

Historie Číny

Prokazatelná historie čínské civilizace sahá do dob před více jak 5 000 lety. Jako u jediné ze čtyř největších světových civilizací u ní nikdy nedošlo k přerušení vývoje (v příloze č. 2 je znázorněn časový přehled dynastií v oblasti Číny). První státní celky vznikaly v oblastech severně od Dlouhé řeky nebo na jejím dolním toku. Na jih se Číňané začali ve větší míře stěhovat až na přelomu našeho letopočtu a později především v obdobích, kdy byl sever ohrožen nájezdy kočovných kmenů, v časech válek, hladomorů, v obdobích záplav a přírodních katastrof. V určitých úspěšných obdobích císařská vojska pronikala na „trestných výpravách“ hluboko do jižní či severozápadní Číny. Část dobytých se potom mezi „pokořenými“ domorodci usazovala. Do odlehlých (tzv. nechanských) oblastí vysílal dvůr za trest neoblíbené úředníky (mezi nimi i řadu velkých básníků, hudebníků, malířů), samozřejmě s celými rodinami. Takto došlo k několika velkým přesunům obyvatel mezi severem a jihem,

ke vzájemnému míšení příchozích s domorodými kmeny. Několik velkých migračních vln tak způsobilo dodnes nepřekonané zásadní rozdíly mezi jednotlivými oblastmi (4, 9, 28, 33).

Při neklidu v severních oblastech země bylo časté, že se hlavní město říše přesouvalo více na jih. V jednotlivých historických obdobích se hranice čínské říše rozšiřovaly nebo zmenšovaly tak, jak se měnil vliv ústřední čínské moci nad rozsáhlými sousedními oblastmi, obývanými nechanskými etniky. Bez ohledu na to hrál čínský prvek vždy velice významnou (často dokonce rozhodující) roli v historickém rozvoji Dálného východu a asijského kontinentu jako celku. Vpády „barbarů“ (jak staří Číňané označovali své sousedy) však čínský „stát“ nikdy z mapy světa úplně nevymazaly, nepřerušily jeho existenci, na rozdíl od jiných říší starověku. Jižní neobsazená část si stále zachovávala svůj původní čínský charakter, a dokonce i „barbarská království“ severu velmi brzy přestala být „barbarskými“ a stala se z nich čínská království. Původní čínské obyvatelstvo asimilovalo příchozí a vstúpilo jim svou civilizaci. Na tomto základě se také později obnovovala jednota země a dále se vyvíjel čínský národ. Největší část čínského obyvatelstva byla vždy usazena na pevninské části střední, východní a jihovýchodní Asie, tedy na podstatné části dnešního území Čínské lidové republiky. K tomu patří i přilehlé ostrovy, z nichž část je dnes pod jurisdikcí Čínské republiky na Tchaj-wanu (9, 28, 33, 41).

Centrem formování dnešního čínského národa se na přelomu prvního a druhého tisíciletí př. n. 1. stala oblast soustředěná kolem údolí řeky Wej, Severočínské nížiny a nížiny na středním a dolním toku Dlouhé řeky. Už v počátcích existence čínských státních celků (kmenových svazů) se Číňanům, předkům dnešních Chánů, podařilo vytlačit nečínské kmeny z půdy vhodné pro zemědělství, v nížinách a rovinách východní přímořské části země. Dobyvatelské výpravy čínské říše potom umožnily připojit rozsáhlé oblasti jižně od Dlouhé řeky až k dnešnímu jihočínskému pobřeží a východní část Indočínského poloostrova rozšířili také na Tibet, Barmu, Vietnam a Koreu (28).

Po osvobození z mongolského panství získala Čína pod vládou nové čínské dynastie Ming zpět některá „ztracená“ území. Zatímco za předchozí čínské dynastie Sung severní hranice říše vedly jižně od Dlouhé zdi, za dynastie Ming se k ní opět posunuly a na jihu Liaotungského poloostrova ji dokonce nepatrně přesahovaly. V roce 1618 zahájily proti

mingskému impériu útok mandžuské kmeny ze severovýchodu a do roku 1683 si podrobily celou Čínu. Za mandžuské dynastie Čching dosáhlo území říše největšího rozsahu v celých čínských dějinách. Čchingové podnikli řadu dobytelských výprav (1684, 1685, 1687) do severního Mandžuska a povodí Amuru. Koncem 17. století dobyli Mandžuoové území Mongolska, počátkem 18. století si podrobili Tibet a v polovině 18. Století, po dlouhých bojích, obsadili Džungarsko a pak Kašgarsko (9, 28, 33).

V polovině 19. století se však sama mandžuská říše stala předmětem koloniální politiky kapitalistických států. Po celé řadě vojenských porážek byla čchingská Čína nucena vzdát se nároků na území řady sousedních států. Navíc v roce 1842 podle Nankingské smlouvy přešel do rukou Velké Británie ostrov Hongkong. V roce 1885 podle Tiencinské smlouvy uznali Čchingové francouzský protektorát nad Annámem. Velká Británie v roce 1885 ovládla Barmu a roku 1890 Sikkim. Japonsko v letech 1872 až 1879 obsadilo souostroví Liou-čchiou, později v důsledku japonsko-čínské války z let 1894 – 1895 se odtrhl od Číny ještě ostrov Tchaj-wan a Pescadorské souostroví. Kromě toho byla Čína podle Šimonosecké smlouvy nucena uznat nezávislost Koreje (28, 45).

Po čínské revoluci z roku 1911 byla vyhlášena autonomie vnějšího Mongolska, jež se dostalo pod ruskou kontrolu, a v roce 1921 z něho byla vytvořena Mongolská lidová republika. Část mongolských území, označovaná jako Vnitřní Mongolsko, zůstala součástí Číny a dnes tvoří v ČLR Autonomní oblast Vnitřní Mongolsko. Součástí Čínské republiky zůstala i území Sin-t'iang a Tibetu, dnes rovněž začleněná do ČLR jako autonomní oblasti (9, 28, 33).

Poslední čínská dynastie Čching (Qing) byla svržena v roce 1911. Prvním prezidentem nové Čínské republiky se stal Sunjatsen. Dřívější opozice dynastie nebyla jednotná a nastal chaos, který trval až do druhé světové války. Během tohoto chaosu různé vzdálenější provincie vyhláší samostatnost, a praktickou moc v nich většinou drželi různí generálové a regionální vládcí. Zároveň posilovali komunisté podporovaní SSSR a pronásledovaní centrální vládou. Po smrti Sunjatsena (v roce 1925) se prezidentem stal Čankajšek (9, 28, 33).

Boje v zemi pokračovaly. Japonci využili zmatků a vnitřní slabosti země a v roce 1931 zabrali Mandžusko. Čankajšek a jeho strana Kuomintang (KMT)

Japoncům nevzdorovali a soustředili se na eliminaci komunistů. Japonci nakonec (1937) zabrali Čínu celou (tedy v praxi její centrální část). V této době vláda přikázala prolomit přehradu, aby byl postup Japonců zpomalen – za cenu 2 000 000 utopených vlastních obyvatel (4, 5, 9, 28).

Po druhé světové válce v Číně znovu propukla občanská válka mezi Komunistickou stranou Číny (Kungčchantang) a Nacionalisty (Kuomintang), jež skončila roku 1949 poté, co komunisté vedení Mao Ce-tungem převzali kontrolu nad pevninskou Čínou a příslušníci Kuomintangu (nacionalisté) se stáhli na ostrov Tchaj-wan a několik menších přilehlých ostrovů (území dnešní Čínské republiky). 1. října 1949 vyhlásil Mao Ce-tung na pekingském Náměstí Nebeského klidu slovy „Číňané povstali“ Čínskou lidovou republiku (9, 28, 33).

Období vlády během života Mao Ce-tunga (1949–1976) dodnes vzbuzuje řadu rozporů, hlavně kvůli nesmiřitelné politice vůči odpůrcům, mnohým omylům a až zločinným důsledkům na obyvatelstvu způsobených mimo jiné i fanatickým vykládáním komunistické ideologie. Nová vláda okamžitě uzákonila pozemkovou reformu, znárodnila průmyslovou výrobu a započala s vyhlašování kampaní (programy gramotnosti, očkování, zvýšení kvality zemědělství atd.). Hned po vzniku nového státu v roce 1949 ČLR také formálně anektovala Východní Turkestán (dnešní autonomní oblast Sin-ťiang) a v roce 1950 i Tibet (oficiálně až roku 1951, dnešní Tibetská autonomní oblast), čímž dokončila opětovné sjednocení území připojením všech separatistických států vzniklých po vyhlášení republiky roku 1912. Komunistická ČLR se také zapojila do korejské války (1950–1953) na straně komunistického bloku. V roce 1956 byla vyhlášena pod heslem „Ať rozkvétá sto květů umění, ať soupeří sto škol učení“ kampaň (hnutí) Sta květů, v jejímž rámci byli intelektuálové vyzváni, aby dali kritikou podněty pro další zlepšení země. Když se ale kampaň postupně zvrhla v kritiku vládního režimu, následovala kampaň proti pravicovým aktivistům (v roce 1957), která odsoudila statisíce lidí, převážně intelektuálně zaměřených, k smrti nebo k převýchově (9, 28, 33).

V pokusu dohnat a předejít „západní země“ byl vyhlášen tzv. Velký skok vpřed (1958–1960), jenž ale skončil katastrofou – na hladomor zemřelo podle odhadů

dokonce více než 30 milionů lidí, a proto z čela KS Číny odstoupil Mao Ce-tung a na jeho místo byl zvolen Liou Šao-čchi. V důsledku ideologické roztržky se Sovětským svazem od roku 1960 byla ČLR odkázána „pouze“ sama na sebe. Roku 1964 byla provedena úspěšná jaderná zkouška a ČLR se tak zařadila mezi jaderné mocnosti (9, 28, 33, 49).

V roce 1966 Mao Ce-tung inicioval Velkou kulturní proletářskou revoluci, jež byla postavena na myšlence nepřetržité revoluce a masové demokracie, a měla za cíl vymýtit kapitalismus uvnitř strany. Hlavním Maovým důvodem pro uskutečnění revoluce však patrně bylo to, že od roku 1959 postupně ztrácel vliv ve vedení strany a tímto způsobem se chtěl zbavit svých ideologických odpůrců a osobních nepřátel. Kampaň byla zaměřena proti čtyřem přežitkům – starému myšlení, kultuře, obyčejům a návykům. Hnací silou Maovy revoluce se stala mládež, která vytvářela tzv. rudé gardy (28, 33, 49).

V důsledku této revoluce došlo k obrovským škodám na kulturním dědictví (byly páleny knihy, vypleněna muzea a ničeny historické budovy) a země se zmítala v chaosu. Kulturní revoluce skončila až smrtí Mao Ce-tunga. V následném boji o moc neuspěla tzv. Banda čtyř, jež měla velký podíl na kulturní revoluci. Byla obviněna z uvedení země do chaosu a všichni členové odsouzeni k vysokým trestům. Do čela státu se dostalo proreformní křídlo komunistické strany Číny reprezentované Teng Siao-pchingem, který postupně převzal veškerou moc ve státě. Současně s tím došlo ke zlepšení vztahů ČLR se západem (9, 28, 33, 49).

V následujících letech proběhly mnohé reformy, díky nimž se hlavně v ekonomické oblasti Čína přiblížila více západu. Zřízeny byly například tzv. „zvláštní ekonomické zóny“, kde bylo umožněno zvýhodněné podnikání západním investorům (28).

Roku 1989 došlo po narůstající nespokojenosti k protestům studentů, na Náměstí Nebeského klidu v metropoli Peking, proti vládnoucí politické straně ČLR, ty však byly tvrdě potlačeny zásahem armády ČLR a uvrhly ČLR do přechodné izolace. K demokratizaci a zavedení pluralitního systému nedošlo, komunistické vedení země se však generačně obměnilo a pokračovalo nadále v hospodářských reformách. 1.7. 1997

byl k Čínské lidové republice připojen Hong Kong, dříve pod správou Velké Británie, pod podmínkou „jeden stát - dva systémy“, 20. 12. 1999 bylo pod stejnými podmínkami připojeno Macao, dříve pod správou Portugalska (9, 28, 33, 49).

S Číňany se nyní můžeme setkat na všech kontinentech světa (28).

Kultura v Číně

Mnozí cizinci se poprvé dozvěděli něco o čínské kultuře díky jídlu, bojovým uměním, krajinomalbě nebo akupunkturu, a to vše se nepřímo dotýká čínských náboženství prostřednictvím společně sdíleného světonázoru. Zvláštní kulturní specifikum tvoří tzv. čajová kultura, o které je možno nalézt řadu česky i anglicky psaných textů. Čínská kultura vychází ze své rozsáhlé historie, a Číňané si ji velmi cení a chrání ji (28, 42, 49). Zde jsou vybrány pouze méně známé kulturní zvyky o tradičních čínských svátcích.

Tradiční čínské svátky

Číňané slaví stovky tradičních svátků. Vznik svátků vychází z 5000 let staré historie, a zejména z obyvatel, kteří jsou etnicky a kulturně velmi různorodí. Svátky různých etnik často připomínají způsoby života předků. Přesto mají svátky různých etnik něco společného, protože všechny mají své kořeny v tradiční čínské kultuře (28, 42).

V Evropě a Západní Asii se většinou drží náboženské svátky a důležitou součástí oslav jsou náboženské obřady. Naproti tomu v Číně má většina svátků s náboženstvími jen velice málo společného. Vznik a další vývoj těchto svátků se velmi těsně váže k zemědělským pracím a k uctívání předků. Naprostou většinu nejdůležitějších svátků provází setkávání rodinných příslušníků a rituály na počest předků, v čemž se koncentrovaným způsobem odrážejí tradiční morální zásady, jež jsou pro Číňany charakteristické (28, 42, 49).

Tradiční čínské svátky vycházejí z lunárního kalendáře. Nejdůležitějším ze všech svátků jsou *Svátky jara*, slavené velkou většinou Číňanů doma i v zahraničí. Až do přijetí gregoriánského kalendáře (v roce 1911) pro tyto svátky platil název Nový rok. Připadají na první den nového lunárního roku a jsou spojeny s díkůvzdáním za dobrou úrodu právě končícího roku a přáním štěstí a klidu v roce nastávajícím.

Rodiny před tímto svátkem čistí příbytky a domy s tím, že se tak zbavují všeho starého a vítají nové. Nad vchody se zavěšují různá zaříkávání proti všemu zlému a přání všeho dobrého, týkajících se úrody nebo chovu zvířat, napsaná na červeném papíře. V předvečer Svátků jara se scházejí rodiny u společného stolu. Když nastane půlnoc, všechny generace v rodině slaví společně (28, 42, 49).

Dalším z hlavních svátků je *Svátek lampiónů*, který se koná patnáctého dne prvního lunárního měsíce, v noci prvního úplňku po Svátcích jara. Symbolizuje znovushledání rodin. Říká se mu také „Juan siao“, což jsou knedlíčky z lepkavé rýže se sladkou náplní, na nichž si lidé při této příležitosti pochutnávají. Večer se konají shromáždění s barvami hýřícími lampióny, podle toho je tento svátek nazývaný (42,49).

K tradičním čínským svátkům patří dále *Svátky čistoty a jasu*, které připadají na dva dny před nebo po 5. dubnu podle gregoriánského kalendáře, kdy nastává čas setí obilovin a vysazování stromů. Lidé navštěvují hroby a připomínají si památku zesnulých. Mnoho lidí se také vydává na výlety do přírody a užívá si sluníčka a jarní zeleně (42, 49).

Velmi oblíbený je *Svátek dračích člunů*, tzv. Juan wu, který připadá na 5. den pátého lunárního měsíce a koná se tedy v červnu. Ve starověku to byly oslavy na počest draka (42).

Na podzim, na konci letní sklizně, se slaví *Svátek středu podzimu*, známý také jako „Svátek Měsíce“, připadající na 15. den 8. lunárního měsíce. Jedna teorie přičítá tento svátek starověkým obřadům uctívání Měsíce, ale všeobecně se má za to, že jeho původ je spjatý s díkůvzdáním bohu Země za právě dokončenou sklizeň. Bez ohledu na obě tyto teorie, cokoli lidé dělají při oslavě tohoto svátku, je úzce spjato s Měsícem. Rodiny se scházejí večer za svitu měsíčního úplňku a pojídají kulaté „měsíční koláčky“. Pro Číňany je měsíční úplněk, stejně jako koláče ve tvaru úplňku, symbolem úplnosti, celistvosti rodiny. Od dávných starověkých dob vzniklo na čínském území bezpočet básní a esejů, v nichž je zachyceno, jak Měsíc vyvolává touhu po domově (49).

Svátek dvojité devítky, který připadá na 9. den 9. lunárního kalendáře, tedy v období měsíce října, je tradiční příležitostí pro výstup na hory a pro potěšení z květů chryzantém. Podle čínské tradice je devátý den šťastným dnem a v devátém lunárním

měsíci dnem nešťastnějším. Ve starověku se toho dne lidé scházeli, aby popili víno s plátky chryzantémových květů, protože se věřilo, že pitím tzv. chryzantémového vína nebo požíváním čerstvých květů chryzantém se budou těšit delšímu a zdravějšímu životu (42, 49).

(ilustrační obrázek viz příloha 4)

Náboženství v Číně

Každé náboženství je jedinečné a je velmi pozoruhodné, že v Číně rozdílná náboženství vždy existovala v duchovním souladu, nikoliv vždy v souladu politickém. Vedle taoismu, původního čínského náboženství, zde působí buddhismus, islám a křesťanství, pocházející z jiných zemí a kultur. Občané Čínské lidové republiky mají svobodu náboženského vyznání (28, 42, 46).

Duchovní svět Číny byl po staletí pro cizince něčím zvláštním a nepochopitelným. Nebylo jim ani jasné, kde vlastně končí filozofie a začíná náboženství. Čínština dokonce ani neměla přesný termín pro „náboženství“ či „filozofii“ v evropském smyslu tohoto slova (28, 42).

Oproti mnoha jiným civilizacím se čínská společnost řídila morálními principy a ne náboženským kodexem. Na všechny čistě náboženské problémy Číňané hleděli prizmatem morálky. V náboženství samotném neviděli pouze mystiku, metafyziku a teologické úvahy, ale spíše pragmatickou morálku, jež má bezprostřední vztah k životu lidí. V zemi je více než 100 milionů věřících, přes 85 tisíc míst náboženské aktivity, asi 300 tisíc duchovních osob, přes 3 tisíce náboženských spolků a 74 náboženských škol (28, 42, 49).

Všechna náboženství mají svá zvláštní, uctívaná místa, jako např.: kostely, synagogy, svatyně. Odlišnost pojetí posvátných míst v čínských náboženstvích je v tom, že (podobně jako v náboženstvích původních obyvatel Ameriky) svět sám o sobě je posvátným místem. Z tohoto důvodu Číňané vždy chápali svůj svět jako místo plné posvátných hor, jeskyní a krajin, které odkrývají sílu a nádheru země. Ještě dnes navštěvují čínští rekreanti ve skupinách tyto krásné lokality, zejména ty, jež byly velebeny básníky nebo malíři (28, 49).

Z nejstarších dob se v Číně nezachoval žádný ucelený mytologický systém jako v některých jiných částech světa. Připisuje se to poměrně rychlému a časnému přechodu od mytologického chápání světa k chápání v podstatě racionálnímu, které bylo vyjádřeno v konfucianství. To ovšem neznamená, že by Číňané absolutně upustili od víry v nadpřirozené jevy. Konfucianští historikové však ve svých oficiálních kronikách nevěnovali obvykle skoro žádnou pozornost náboženství a jeho kultům, protože jim připadalo, že jde jen o snůšku pověr, které nemají žádnou státopornou hodnotu (42).

Kult předků

Kult předků patří mezi první dochované, ale ne zcela ucelené mytologické systémy. Podle tehdejších představ předkové žijí s nejvyšším vládcem na nebesích. Jsou-li spokojeni s potomky, chrání klan a navádějí vládce k ocenění žijících. Duch předků byl podle nejstarších představ povinen starat se o blaho svých potomků, ochraňovat je před nástrahami přírody a jiných duchů, ovlivňovat jejich osudy. Duším zemřelých předků bylo proto nutno sloužit po celý život (starat se o hrob, přinášet oběti). To však mohl dělat pouze mužský potomek, syn nebo vnuk. Kult byl založen na víře, že člověk má dvě duše, a to fyzickou, která se po smrti rozplyne, a duchovní, která dále po smrti fyzické duše žije. Bohové jsou duše, které jsou spokojené s úctou svých potomků. Zlí duchové či démoni se rekrutují z duší předků, kteří se provinili nebo jsou svými potomky přehlíženi. Když se předkům nepřinášejí oběti, dobří duchové se mohou změnit ve škodlivé „hladové“ demony, kteří začnou hledat potravu. Dobří duchové se v kladném případě mohou stát i bohy, například na místní úrovni jako duchové ochránci nebo patroni jedné sociální třídy. Duchové se mohou rekrutovat rovněž z řad zvířat, nebeských těles nebo z přírody (28, 29, 33, 42).

V pozdějších dobách začali Číňané zřizovat síně předků nebo alespoň vyhradili část některé místnosti na tabulky předků, kam jim v určené dny přinášeli obětiny jako je jídlo, pití a papírové peníze. To byla hlavní starost mužských potomků. Pro Číňany bylo tedy velice důležité zachovat rodovou linii, aby měl kdo přinášet oběti. Nemít syny se pokládalo za neomluvitelné provinění vůči předkům. Z těchto důvodů, když to už

jinak nešlo, se do rodiny mužský potomek jednoduše adoptoval, aby rod zůstal zachován (23, 28, 29).

(ilustrační obrázek viz příloha 5)

Vznik konfucianství

Za zakladatele konfucianství je tradičně pokládán Konfucius (551–479 př. n. l.). Jeho názory jsou obsaženy v díle uváděném pod názvem *Hovory Konfuciovy*. Tradice ho připisuje přímo Konfuciovi, ale pravděpodobně se jedná o dílo jeho žáků, kteří sepsali příběhy kolující v ústním podání. Stejně jako ostatní filozofická díla z této doby, prošel text několika úpravami a existovalo i několik jeho variant (42, 49).

Stylově je to kniha psaná velice jednoduše, stručně a zlomkovitě. V podstatě jde o záznam dialogů Mistra a žáků, kteří ho provázeli na jeho cestách po jednotlivých státech. Konfucius je zde uveden jako neobyčejně neurčitý, mnohoznačný myslitel, který se málokdy snažil své myšlenky vyjádřit zřetelněji. Tato okolnost nebyla ovšem na úkor jeho pozdější slávy, spíše naopak, protože umožnila takřka libovolnou interpretaci ze strany přívrženců různých myšlenkových škol. Konfucianství (zváno též konfucianismus) bylo vždy značně synkretické povahy a velmi snadno se přizpůsobovalo dobovým potřebám. Jeho přední činitelé byli na každém panovnickém dvoře nepostradatelní jako znalci složitých společenských pravidel (14, 23, 33, 42).

Hlavní náplní Konfuciova učení je etika zaměřená ke sladění zájmů individua, společnosti a státu, stanovující společenské normy a povinnosti člověka, především poslušnost vůči starším a nadřízeným. Společnost byla chápána jako velká rodina s panovníkem jako hlavou země. Vztahy v rámci rodiny byly přenášeny na společnost vůbec. Veškeré řízení země a lidu stejně jako vztahy ve společnosti se mělo řídit přísně danými pravidly, tzv. učením o pěti vztazích – poddaný měl být podřízen vládci, syn otci, žena muži, mladší staršímu, rovnocenný vztah mohl existovat jenom mezi přáteli (28).

Za vzor správného jednání a uspořádání společnosti považoval Konfucius období nejstarších čínských dějin. Zvláštní pozornost věnoval synovské úctě. Usuzoval, že „ti, kdož ctí rodiče a váží si starších, zřídka se nepodřizují výše stojícímu“ (28, 42).

Za tvůrce první ucelené podoby konfucianství je pokládán filozof Meng-c' jelikož se jako první pokusil názory svého Mistra vyjádřit souhrnně, přehledně a zřetelně. Hlásal, že člověk je od přirozenosti dobrý, že etické normy jsou určeny nebesy a lid má právo sesadit nehodného vládce. Konfucianství zdůrazňovalo pěstování charakteru a silné osobnosti. Poznání se odlišovalo podle jeho morálního významu a základní parametry bytí se traktovaly v převážně etických kategoriích. Svým smyslem pro realitu a výchovným zaměřením vyhovovalo toto učení hlavně vládnoucí vrstvě jako prostředek k udržování nadřazeného postavení a stávajících mocenských vztahů. Proto se také v době existence státu Chán stalo toto učení oficiální doktrínou. Na tom se podílel především Tung Čung-šu (asi 174–109 př. n. l.), který konfucianství ovlivnil hlavně názorem, že nebe projevuje svými znameními souhlas nebo nesouhlas s činy panovníků a člověk se liší od zvířete tím, že uskutečňuje příkazy „Nebes“. Tato nauka mohla sice sloužit ke skryté i otevřené kritice vládce, stala se však zároveň pevným základem pro rozvinutí fatalistických teologických názorů o spojitosti osudů říše a člověka s vůlí Nebes (14, 23, 28, 29, 33, 42).

Do své filozofie Tung Čung-šu převzal také starou nauku o pěti prvcích, která rozváděla starou přírodní filozofii. Význačné místo zaujaly dvě spolu se potýkající a navzájem se doplňující *síly jing a jang*. Obě vyjadřovaly protiklad různých přírodních jevů, a těmi jsou světlo a tma, den a noc, teplo a chlad – takže se staly základními kategoriemi taoismu, který se takto dostal i do názorů Tung Čung-šuvých (28, 29).

(ilustrační obrázek viz příloha 6)

Čínská podoba buddhismu

Buddhismus je mezi Číňany nejrozšířenějším náboženstvím. Na čínské území se dostal z Indie pravděpodobně ve 2. století př. n. l., k jeho prudkému rozšíření došlo asi po 1. století n. l. Později se z Číny přenesl i do Koreje a na japonské ostrovy (29).

Ve středověku měl buddhismus velkou podporu u panovnických dvorů. Po celé Číně se budovaly velké chrámové komplexy, kde se překládaly posvátné texty, a indiští mniši vychovávali početné řady čínských učedníků. Za studiem buddhistických nauk a pro posvátná písmena putovala do Indie mnohá čínská poselstva. Bohaté buddhistické kláštery získaly velké množství půdy, zřizovaly si řemeslnické dílny, zabývaly se též

obchodem, a vedly hostince. Mnohé z nich měly i vlastní ozbrojenou ochranu, kde se mnozí jako bojovníci věnovali tajným praktikám bojových cvičení (14, 28, 29, 42).

V Číně se buddhismus rychle přizpůsobil domácím poměrům, vstřebával místní obřady, uznal kult předků a jiné lidové kulty, přejímal mnohé prvky z domácích filozofických, etických a věroučných koncepcí (hlavně z konfuciánství a taoismu). Do svého panteonu svatých zařadil také staré čínské mudrce a mytické hrdiny. V této pozměněné podobě se buddhismus v Číně velmi rychle šířil, ale nikdy se neprosadil jako jediné a vládnoucí náboženství (29, 33).

Buddhismus popíral a doplňoval čínské konfuciánství tím, že mu dodával chybějící prvky, jako třeba větší pozornost vnitřním lidským sklonům nebo náboženský cit. Tím také silně ovlivnil literaturu, výtvarné umění a hudbu. Zachovala se řada původních skalních chrámových komplexů s cennými ukázkami nejstaršího buddhistického výtvarného umění i náboženské literatury (29, 33, 42).

K různým formám buddhismu se dnes v ČLR hlásí asi sto milionů věřících, na Tchaj-wanu asi 4,86 milionu. Převládá buddhismus mahájánového směru, některá etnika jižní a jihozápadní Číny (Tajové, Blangové ap.) vyznávají hinájánový buddhismus (29, 49).

Podle buddhistického učení řídí svět zákon odplaty (karma), a utrpení (dukkha) je neodlučitelným údělem lidstva. Cílem života je dosáhnout nirvány, tedy stavu, kdy končí koloběh převtělování, a tím také utrpení. Dosáhnout se toho dá hlavně příkladným jednáním. Zakladatel buddhismu Siddhártha Gautama (asi 563–483 př. n. l.), zvaný Buddha, prý vytyčil tzv. „osmidílnou cestu“, jejíž dodržování přerušuje převtělování a povede k rozplynutí duše v nirváně (28, 29, 33).

Buddhismus je nejenom náboženství, ale též filozofický systém. Za základ vesmíru je považován pohyb nehmotných nepoznatelných částic (dharm). Dharmy svým spojováním nebo rozpadem rodí či přerušují život, přičemž tvoří dlouhý řetěz přerodů duše, která se stěhuje z jedné bytosti do druhé. Spravedlivá duše přijímá při dalším zrodu dokonalejší formu, člověk zaujímá v životě vyšší místo. Vzestup nebo pokles duše závisí na ctnosti a sebezdokonalování. Buddhismus uvádí lidské myšlení do oblasti mystiky, děsí obrazotvornost a v zájmu budoucího nadpozemského blaha žádá, aby člověk v reálném životě zachovával pokoru před církví a poslušnost vůči

nadřizován, aby pokorně snášel útlak a muka. Symbolem náboženské dokonalosti se v buddhismu stal květ lotosu, protože jeho sněhobílé květy vyrůstají z bahnitě země a stejně si zachovávají svou čistotu (28, 29).

(ilustrační obrázek viz příloha 7)

Taoismus

Taoismus je jediné původní čínské náboženství. Vznikalo jako filozofické učení kolem 6. stol. př. n. l., postupně se přeformovalo do náboženské podoby. Přetvořilo se ve směs praktických znalostí, pověr, kouzel a šamanství, ve víru ve svaté, divotvorce a v magii sebezdokonalování. Materialistické a racionalistické prvky původní filozofie byly zatlačeny do pozadí. Náboženská organizace taoistů se utvářela pod vlivem buddhistické církve a podle jejího vzoru byly zakládány taoistické kláštery. V čele církve stála nejvyšší duchovní osobnost. Obřady byly převzaty rovněž od buddhistů.

Taoistické náboženství vstřebalo staré animistické víry, kult nebes a kult svatých mudrců. Při jeho formování bylo rozsáhle využito i staré čínské mytologie a mezi božstva jsou řazeni i legendární vládcové, mytičtí hrdinové a mudrci dávnověku. Taoistický panteon má hierarchické stupně a jeho bohové byli svými lidskými vlastnostmi lidu velice blízcí, což významně napomáhalo k jeho rozšíření. Přitahovala je v něm víra v zázraky, v umění čarovat, v sílu zaklínadel a magických praktik. Velký význam byl připisován talismanům, psaní magických znaků, pálení vonných látek a některým fyzickým cvičením (28, 29, 33, 42).

Podobně jako filozofie, tak i taoistické náboženství vycházelo z textů Lao-c'ova *Tao-te-t'ingu*. Jeho veršované učení se však vykládalo v idealistickém, mystickém duchu. Taoisté přijali staré učení o boji dvou protikladných principů (29).

Za zásadu chování věřících se považovala „nečinnost“ v taoistickém smyslu a sebezdokonalování. Ideologie taoistů, která i nadále pěstovala prvky primitivní dialektiky, ovlivnila vývoj některých oborů vědění, například alchymie a lékařství. V náboženských a mystických spisech se zachovaly předpisy na léky i popisy vlastností kovů a minerálů (29).

Počet současných stoupenců taoismu se v ČLR odhaduje na několik desítek milionů, na Tchaj-wanu na 3,48 milionu. (28, 29).

(ilustrační obrázek viz příloha 8)

1.3 Zdravotnictví v Číně, ošetřovatelství v Číně, definice zdraví v Číně.

1.3.1 Zdravotnictví v Číně

Od založení Čínské lidové republiky v roce 1949 bylo hlavním cílem programů péče o zdraví, poskytovat péči každému z obyvatel. Byl kladen vyšší důraz na prevenci než na léky a lékařství. Systém zdravotní preventivní péče výrazně zlepšil zdraví obyvatelstva, což se pozitivně projevilo zvýšením jejich průměrné délky života (53, 59, 60).

Po roce 1949 Ministerstvo veřejného zdravotnictví nově získalo odpovědnost za veškeré součásti zdravotní péče. Začalo dohlížet na všechny složky zdravotní politiky. Spolu se systémem zdravotnických zařízení národní a provinciální úrovně také na místní zařízení, nově také na zdravotnická zařízení při podnicích – tzv. dodatečná síť. V roce 1981 právě uvedená dodatečná síť poskytovala přibližně 25 procent z celkových zdravotnických služeb poskytovaných státem (59, 60).

Zdravotní péče byla poskytována skrz tzv. *třístupňový systém*. První stupeň představují venkovské oblasti, kde došlo k vytvoření vesnických zdravotních center. V prvním stupni byla poskytována preventivní a základní zdravotní péče, při poměru 1 lékař na přibližně 1500 obyvatel. Ve druhém stupni byla okresní zdravotnická zařízení, která fungovaly v první řadě jak kliniky pro ambulantního pacienta, při poměru 1 zařízení pro 10 000 až 30 000 obyvatel. Tyto zařízení měly přibližně deset až třicet lůžek. Nejvíce kvalifikovaný personál v těchto zdravotnických zařízeních byl většinou asistent lékaře. Tento tzv. „venkovský kolektivní zdravotní systém“ poskytoval většinu státní lékařské péče. Jen nejvážněji nemocní pacienti se dostávali na nejvyšší třetí stupeň zdravotnických služeb, do okresních nemocnic. Zde byl personál vysoce kvalifikovaný. Poměr třetího stupně zdravotnické péče byl 1 okresní nemocnice pro 200 000 až 600 000 obyvatel (60).

Zdravotní péče v prostorách měst byla poskytována tzv. „paramedikem“ přiřazeným k určité továrně či městské oblasti. Nejvážnější případy onemocnění byly předávány do městských nemocnic. Pro zajištění vyšší úrovně péče začala řada státních podniků a vládních agentur posílat své zaměstnance přímo do okresních zdravotních zařízení nebo městských nemocnic (60).

Důraz na veřejné zdravotnictví a preventivní péči charakterizuje období kolem šedesátých let dvacátého století. V této době společnost začala mobilizovat své obyvatelstvo pomocí „vlasteneckých zdravotních kampaní“. Následkem preventivního úsilí byly epidemické nemoci na území ČLR (např.: cholera, mor, tyfus, a spála) téměř vymýceny. V polovině osmdesátých let byla vedoucí příčina smrti v Číně zcela totožná se zeměmi tzv. průmyslovými: rakovina, cerebrovaskulární onemocnění a srdeční choroby (60). Nejčastější onemocnění občanů v ČLR jsou znázorněny v tabulce 11.

V roce 1987 hospodářské reformy způsobily základní *přetvoření/posun venkovského systému zdravotní péče*. Tento posun znamenal řadu důležitých důsledků pro venkovskou zdravotní péči. *Nedostatek finančních zdrojů pro první stupeň zdravotnické péče* měl za následek snížení počtu preventivních lékařů. Následkem tohoto se snížila kvalita zdravotnické výchovy, primární a domácí péče. Dalším důsledkem bylo také to, že *oblast vesnických zdravotních center byla méně kontrolována* jak po stránce hygienické tak i personální (60).

Náklady za lékařské ošetření se zvýšily, mnoho obyvatel kvůli nedostatku finančních prostředků zdravotnická zařízení buď nenavštěvovalo, nebo se zadlužovalo. Používání tradičního čínského lékařství/tradiční čínské medicíny bylo silně podporováno čínskou vládou, v této době představovalo hlavní složku zdravotní péče. Postupně začalo být západní lékařství více užíváno. Samozřejmě byla tendence oba druhy medicíny (tradiční a západní) kombinovat, ale to nemělo vždy dobré výsledky. Rozsah užívání léčebných metod západní medicíny a tradiční čínské medicíny se v průběhu let měnil. Ve většině městských nemocnic je dnes časté, že existují separátní oddělení pro tradiční a západní zdravotní péči (17, 60).

Počet zdravotnických zařízení v ČLR v roce 2005 se blíží již téměř 300 000, viz tabulka 9. Počet lůžek ve zdravotnických zařízeních v ČLR je znázorněn v tabulce 10.

V současné době je využíváno modifikovaného tří stupňového zdravotního systému. Veřejné zdravotnictví je většinou hrazeno z podílových poplatků za ošetření od pacientů. Existuje sice možnost zdravotního pojištění, ale toto pojištění není pro všechny obyvatele finančně přípustné (nejsou tedy pojištěni). Pro tuto skupinu obyvatel existují vládní programy pro podporu zdraví, které jsou většinou využívány u kriticky

nemocných obyvatel. Velké rozdíly jsou patrné mezi využíváním zdravotní péče v městských oblastech (obyvatelé využívají mnohem více možností sociálního a zdravotního pojištění) a využíváním zdravotní péče ve vesnických oblastech (19, 20, 60, 61).

Počet zdravotnického personálu v ČLR, a na Tchaj-wanu stoupá, jak je znázorněno v tabulce 6 a 8 (je třeba ale také vzít v úvahu počet obyvatel ČLR, viz tabulka 1).

Dlouhodobým problémem je nepřiměřený růst vynaložených finančních prostředků na veřejné zdravotnické služby, a to zejména v chudších oblastech (menší využívání služeb vyvolává vyšší ceny). Financování veřejného zdravotnictví je vysoce decentralizované. V chudších místech samosprávy postrádají dostatečné finanční prostředky potřebné k tomu, aby financovaly základní veřejné služby. Decentralizace bez dostatečných finančních prostředků tak vytváří obrovské rozdíly mezi regiony. Centrální úřady se snaží některé znevýhodněné oblasti financovat v oblasti veřejného zdravotnictví více, ve výsledku ale tyto částky nestačí na pokrytí nákladů (60).

Jedním z důsledků strategie veřejného zdravotnictví v ČLR je, že samosprávy v chudých regionech poskytují méně služeb, a také se výrazně snižuje kvalita služeb. Pacienti i za péči nižší kvality platí vysoké částky. Na úpravě komplexu zdravotních služeb se v ČLR intenzivně pracuje (60, 61).

Tab. 6 Počet vybraného personálu v ČLR (lékaři a sestry)

Rok	Lékaři	Sestry	Počet lékařů na 1000 obyvatel	Počet sester na 1 000 obyvatel
1990	1 763 000	975 000	1,56	x
1998	2 000 000	1 219 000	1,65	x
2005	1 938 000	1 350 000	1,52	1,07

x přesný statistický údaj z tohoto zdroje není k dispozici

Zdroj dat: National bureau Statistics of China: CHINA STATISTICAL YEARBOOK, dostupné z <http://www.stats.gov.cn>, citováno 10.9. 2007.

Tab. 8 Počet vybraného zdravotnického personálu v Čínské republice- Tchaj-wan (lékaři a sestry) v roce 2005.

	Počet
Lékaři (západní medicína)	34 093
Sestry - registrované	104 876

Zdroj dat: GIO: TAIWAN YARBOOK 2006, dostupné z www.gio.gov.tw, citováno 10.9. 2007

Tab. 9 Počet zdravotnických zařízení v ČLR

Rok	Celkem	Nemocnice a zdravotní střediska	Sanatoria	Kliniky	Jiné instituce
1991	209 036	62 768	642	128 665	16 961
1998	314 097	66 614	503	229 349	17 631
2005	298 997	60 397	274	207 404	30 922

Zdroj dat: National bureau Statistics of China: CHINA STATISTICAL YARBOOK, dostupné z <http://www.stats.gov.cn>, citováno 10.9. 2007.

Tab. 10 Počet lůžek ve zdravotnických zařízeních v ČLR

Rok	Celkem	Nemocnice a zdravotní střediska	Sanatoria	Jiná zdravotnická zařízení	Počet lůžek na 1000 obyvatel
1990	2 925 000	2 592 000	123 000	210 000	2,32
1998	3 143 000	2 878 000	102 000	163 000	2,40
2005	3 368 000	3 135 000	52 000	181 000	2,45

Zdroj dat: National bureau Statistics of China: CHINA STATISTICAL YARBOOK, dostupné z <http://www.stats.gov.cn>, citováno 10.9. 2007.

Tab. 11 Nejčastější onemocnění občanů v ČLR (2002)

Pozice	Typ	Počet výskytu
1	Cerebrovaskulární onemocnění	14 544 526
2	Unipolární depresivní porucha	12 539 982
3	Chronické obstrukční bronchopulmonární onemocnění	9 144 293
4	Úrazy následkem silniční nehody	7 358 159

Zdroj dat: WHO: Global Burden of Disease Estimates, dostupné z <http://www.who.int/healthinfo/bodestimates/en/index.html>, citováno 10.9. 2007.

1.3.2 Ošetřovatelství a vzdělávání v ošetřovatelství v Číně

Ošetřovatelství v Číně vznikalo v době příjezdu západních misionářů koncem osmnáctého století, přesněji v době kdy Čína prohrála Opiovou válku (1842). První profesionální ošetřovatelkou, která v Číně pracovala, byla Američanka Elisabeth McKechnie, která přijela do Číny v roce 1884. Za dobu svého působení mimo jiné představila Florence Nightingalovou a její vize ošetřovatelství. V roce 1888 vznikla první škola pro čínské ošetřovatelky ve Fuchou za podpory další Americké ošetřovatelky E. Johnson. Roku 1908 začal vznikat ucelený ošetřovatelský vzdělávací program (za podpory Američanky N. Gage) určený pro shodné vzdělávání na více ošetřovatelských školách. Tento ucelený ošetřovatelský vzdělávací program byl dokončen v roce 1910. Nina Gage později sloužila jako prezidentka Čínské asociace sester (1912 – 1914) (34).

V roce 1920 byl v Pekingu na Union Medical College spuštěn pětiletý studijní program Ošetřovatelství. Do roku 1936 absolvovalo studium přibližně 6000 ošetřovatelek, které byly také řádně zaregistrované v Čínské asociaci sester. Postupem času vznikalo více vzdělávacích programů v ošetřovatelství. Vznik vysokoškolského vzdělání v oboru ošetřovatelství a následně uplatnění absolventek v praxi výrazně pozvedlo kvalitu ošetřovatelské péče poskytované v oblasti dnešní Číny (34).

V roce 1949 došlo k převzetí moci Čínskou komunistickou stranou. Následně se v roce 1952 začal uplatňovat sovětský vzdělávací model/reforma. V důsledku této reformy byly veškeré vysokoškolské vzdělávací programy v ošetřovatelství zrušeny. Systém vzdělávání v ošetřovatelství v té době tedy spočíval v absolvování tříletého oboru na střední škole (po absolvování devítiletého studia na základní škole). V roce 1961 vznikl výrazný tlak na vznik vysokoškolského vzdělání v ošetřovatelství v Pekingu na Second Medical College. Tato aktivita byla poměrně rychle potlačena komunistickou stranou. V průběhu 20. století byl rozvoj ošetřovatelství významně ovlivňovaný politickým klimatem v zemi, zvláště během kulturní revoluce v letech 1966 -1976, kdy bylo uzavřeno nejvíce ošetřovatelských škol. Po roce 1977 došlo k postupnému zlepšení situace pro rozvoj ošetřovatelské profese. V této době bylo kolem 95% všech čínských ošetřovatelek absolventkami tříletého studia na zdravotní

škole. Většina těchto škol je spojena s nemocnicemi, ve kterých většinou absolventi mají možnost pracovat. Postupně vznikla možnost „standardizovaného“ čtyřletého středoškolského studia v ošetrovatelství. Na těchto školách absolvuje asi 40 000 ošetrovatelek ročně. Čtyřletých zdravotnických škol, byla do roku 2000 většina (34).

Kolem roku 1980 došlo k navrácení možnosti studia ošetrovatelství na vysoké škole. V současné době jsou absolventi jakéhokoliv stupně vzdělání v ošetrovatelství povinni registrovat se (v profesním sdružení). Registrací získávají profesní RN licenci a možnost využívat RN titul. Tento titul (RN) je automaticky získán dokončením studia čínského vysokoškolského programu v ošetrovatelství (34).

Nejvyšší úroveň kvalifikace, magisterský obor Ošetrovatelství, je často považován za elitu, protože délka studia je 5 let při velmi vysokém stupni náročnosti studia. V magisterském programu Ošetrovatelství v ČLR ročně promuje jen přibližně 300 absolventek. Studijní plán na většině ošetrovatelských škol zahrnuje: Ošetrovatelství teorie (32%), praktická výuka (27%), všeobecné vzdělání (24%), profesionální základy (15%) a volitelné předměty (2%) (43, 44).

Čína má také dva nové vzdělávací programy vycházející z národního ošetrovatelského programu: „tradiční čínská medicína“ a „program cizích jazyků“. V prvním kurzu jsou studentky specificky vedeny k tomu, aby se staly ošetrovatelkami obeznámenými s principy tradiční čínské medicíny. Druhý kurz zahrnuje absolvování hlavních přednášek v cizí řeči, obvykle angličtině nebo japonštině, který zvyšuje fluency a připravuje studenty pro mezinárodní kariéru (43, 44).

Čínský postgraduální studijní program Ošetrovatelství je teprve na svém začátku, kritérium přijetí je přísné a zahrnuje písemné zkoušky zaměřené i na klinické znalosti, a dále demonstraci různých ošetrovatelských schopností (39, 43, 44).

Chinese Nursing Association (CNA) slouží jako vrcholné profesní sdružení pro rozvíjení a propagování ošetrovatelství. První valná hromada CNA se konala v roce 1914. Valná hromada členů CNA volí představenstvo. Společnost sídlí nyní v Pekingu. Chinese Nursing Association se zaměřuje zejména na ochranu práv pracovníků v ošetrovatelství, podporu a rozvíjení odborných ošetrovatelských znalostí. Dále podporuje odborné ošetrovatelské časopisy (impaktovaný Chinese journal nursing) (34).

Čínské ošetrovatelství a jeho vize vychází ze smýšlení čínských obyvatel a jejich kulturního porozumění zdraví. Jako takový je jejich způsob myšlení silně zakořeněný v konfuciánské filozofii a teoretických základech tradiční čínské medicíny. Zdraví představuje stav rovnováhy mezi vnitřním a vnějším prostředím člověka. Nemoc vyplývá z disharmonie a onemocnění v první řadě nastává, když se lidské tělo dostává do nevyváženosti s okolním prostředím (30, 34, 43, 44).

Mravní charakteristické rysy požadované od pracovníků v ošetrovatelství jsou hluboce zakořeněny v čínské kultuře. Předně mají mravní povinnost jednat s pacienty s upřímností. Další mravní povinností je respektovat hierarchické rozložení (rodiny, společnosti). Významnou roli představuje rodina. Rodinná jednotka je centrální představitel tradičního čínského smýšlení a hraje klíčovou roli ve struktuře čínské společnosti. Úloha rodiny v tradičním pojetí byla zejména v rozhodování o potřebnosti zdravotnické péče o nemocného člena rodiny. Pracovníci v ošetrovatelství (nikoliv obecně pracovníci ve zdravotnictví) mohou pojmově vstoupit do patientské rodinné sféry a dokonce působit jako náhrada rodinného člena. Takto postupně je zvyšována důvěra v pacientův léčebný režim. Na druhé straně to umísťuje ohromnou zodpovědnost na čínské pracovníky v ošetrovatelství a posiluje jejich mravní povinnost jednat s pacienty s krajní upřímností (34, 43, 44).

Čínská ošetrovatelská etika je také úzce spojena s konfuciánskou filozofií. Mravní standard pro pracovníky v ošetrovatelství je podobný tomu, co je očekáváno od ideální konfuciánské osoby. Ošetrovatelská etika je v otázce sdělování pravdy nemocnému o onemocnění poněkud překvapivě vyhýbavá. Ošetrovatelky mají sdělovat informace pouze tehdy, kdy to bude přímo prospěšné pro pacienta. Tato všechna zakořeněná kulturní specifika mají zřetelně vážný vliv na myšlenky, praxi a denní život čínských pracovníků v ošetrovatelství (30, 34, 43, 44).

Standardizovaná národní registrace v ošetrovatelství (ČLR)

Období platné certifikace je 2 roky. V roce 1996 Ministerstvo veřejného zdravotnictví ČLR uvedlo v platnost vyhlášku o celoživotním vzdělávání ošetrovatelského personálu. Pro obnovu registrace (po 2 letech) je nutné předložit důkaz o celoživotním vzdělávání a to v podobě kreditů. Podmínky získávání kreditů určuje CNA (43).

Číselné statistiky o počtech pracujících sester, počtu registrovaných sester a průměrný počet sester na 1000 obyvatel, viz tabulka 7.

Tab. 7 Číselné statistiky: Nursing Industry in China

Rok	2002	2004
Celkem registrovaných sester	1 246 500	1 307 814
Sestry – pracující	1 229 000	1 289 797
Průměrný počet sester na 1000 obyvatel	0,997	1,03

Zdroj dat: National bureau Statistics of China: CHINA STATISTICAL YEARBOOK, dostupné z <http://www.stats.gov.cn>, citováno 10.9. 2007

V současné době je jedna z úloh čínského ošetřovatelství vyvíjet modely ošetřovatelství, které budou vyhovovat jak západní medicíně a ošetřovatelství, tak i tradiční čínské péči o zdraví. Budoucí úkoly pro čínské ošetřování zahrnují aktualizaci ošetřovatelských vzdělávacích programů vysokoškolské vzdělávací úrovně (a její posilování), rozšiřování základu vědeckého výzkumu a zvýšení mezinárodního ohniska čínského ošetřovatelství (30, 34, 43, 44).

Závažná situace, která vznikla v roce 2003, tj. propuknutí SARS, zvýraznila některé chyby v čínském systému zdravotní péče. Ukázalo se, že oblast diagnostiky a prevence byla na horší úrovni. V boji proti SARS pomohli výrazně pracovníci v ošetřovatelství. Ačkoli některé z nich během namáhavé ošetřovatelské péče přišli o život, jejich vysoká profesionalita nebyla mezinárodním společenstvím přehlédnuta. V srpnu 2003 obdrželo deset čínských ošetřovatelek medaili F. Nightingalové od Mezinárodního červeného kříže, jako odměnu za jejich ohromné nasazení a obětavost pro ošetřovatelskou péči u nemocných se SARS (34).

Definice zdraví v Číně:

„Zdraví je stav rovnováhy mezi vnitřním a vnějším prostředím člověka“ (30, 44, 60).

1.3.3 Tradiční čínská medicína a „Západní medicína“

Úspěchy starověké Číny v přírodních vědách se dnes už většinou v praxi nevyužívají, protože je nahradil moderní vědecký systém, který se vyvinul na západě.

Jedinou výjimkou je tradiční čínská medicína a farmakologie, které tvoří unikátní vědecký systém. Ve starověku byly tradiční léky a tradiční medicína jediným prostředkem jak léčit nemoci a chránit lidské draví. Číňané jim dodnes důvěřují, třebaže se dnes téměř po celém světě praktikuje západní (tzv. moderní) lékařství (1,12).

Tradiční čínská medicína sestává ze skupiny starodávných léčebných metod, z nichž některé se v Číně praktikují již pět tisíc let. Na rozdíl od západní medicíny, která se zaměřuje jen na odstranění příznaků nemoci, se čínská medicína orientuje na podporu těla při návratu do rovnováhy a harmonie, která byla narušena. Západní medicína rozdělila člověka na jednotlivé části, které léčí odděleně (12).

Tradiční čínská medicína je souhrnný název pro lékařské znalosti různých čínských národností, hlavně obsahuje medicínu národnosti Han, tibetskou, mongolskou, ujgurskou a dalších národností. Čínská medicína národa Han existovala dávno předtím, než se do Číny rozšířila západní medicína (1, 12).

Tradiční čínská medicína – celostní princip

Celostní přístup k člověku lze charakterizovat slovy: „Vše souvisí se vším“. Člověka nelze „rozkouskovat“ do jednotlivých částí, ale je nutné pohlížet na něj celistvě – jako na originální a jedinečnou bytost. V tomto smyslu neexistuje onemocnění jen jednoho orgánu, nebo dokonce jeho části, ale je vždy onemocněním celého jedince. Celostní přístup k člověku zaručuje, že léčba je tvořena zcela individuálně (1, 12).

Tradiční čínská medicína – jin a jang (jīng a jang)

Podle tradičních názorů celý vesmír, a s ním i člověk, neustále pohybuje mezi dvěma póly – jangem a jinem, které jsou sice protikladné, ale navzájem spjaté. Jeden z druhého vzniká a každý nese v sobě zárodek toho druhého. Jeden bez druhého nemůže existovat, jsou jako den a noc, chlad a teplo apod. Oba tyto principy musí být v rovnovážném stavu. V případě onemocnění se vzájemný harmonický vztah zhroutí a následuje nerovnováha jinu a jangu. Lidské zdraví je tedy projevem rovnováhy obou těchto principů, které jsou podstatou životní energie proudící v tzv. akupunkturních dráhách (1, 12).

(ilustrační obrázek viz příloha 9)

Tradiční čínské léčebné metody

Komplexní léčba pomocí čínské medicíny v sobě zahrnuje několik léčebných postupů, které se volí vždy individuálně, podle potřeb daného jedince. V léčebných postupech dominuje fytotherapie, tedy bylinná léčba. Ostatní metody, jako je akupresura, akupunktura, moxování, úprava dietetiky a cvičení jsou pomocné metody, které bylinnou léčbu vhodně doplňují dle zdravotního stavu klienta (1, 12).

Mezi léčebné metody patří:

Fytotherapie – bylinná léčba

Patří k nejstarším, ale také k neúčinnějším způsobům léčby. Byliny nejen pomáhají léčit, ale dodávají organismu i potřebné chybějící látky. Byliny jsou klasifikovány podle teploty, chutí a příslušných orgánů, které ovlivňují.

Akupunktura

Podstatou metody je působení na určitá místa povrchu těla, a tím vyvolání reakce organismu. Ovlivňování akupunkturních bodů se může provádět pomocí tenkých jehel.

Akupresura

Podstatou metody je tlaková masáž akupunkturních bodů.

Moxování

Jedná se o nahřívání akupunkturních bodů nebo tělesných partií doutnajícími smotky bylin.

Baňkování

Podstatou metody je užívání podtlakových skleněných baněk přikládáných na určená místa povrchu těla.

Reflexní léčba

Tato metoda vychází ze zkušenosti, že na všech zakončeních těla se nacházejí nervová zakončení, která jsou ve vztahu k jednotlivým vnitřním orgánům.

Výživa

Opírá se o to, že příčinou všech neduhů bývá často nevyvážená strava. Po stránce energie je důležité, jak jsou různá jídla složená nebo připravena.

Cvičení

Jde především o ovlivňování biologických pochodů uvnitř těla pomocí přesně koordinovaných pohybů končetin a trupu spolu se silným soustředěním se o tento pohyb. Určitou formou tohoto cvičení jsou bojová umění (1, 12).

1.4 Kdo je považován za „Číňana“

Pojmem Číňané byli tradičně označováni všichni obyvatelé Číny, poddaní čínského císaře. Z tohoto hlediska je tedy Číňanem každý, kdo je trvale usídlen na území dnešní Čínské lidové republiky (pro niž se dnes stále více používá termín pevninská Čína, na Tchaj-wanu („ostrovní Čína“) a v Hongkongu či Macau (kdysi „koloniální Čína“, dnes na cestě ke statutu „Zvláštní administrativní oblast ČLR“) (28, 49).

Dále jsou za Číňany považovány i miliony příslušníků jiných států, kteří mají čínské předky, i když jejich rodiny už po několik generací žijí mimo tradiční čínské území, především v jihovýchodní Asii, méně též v severní Americe, v Austrálii a v poslední době i v Evropě. Pro tyto se vžilo pojmenování „zahraniční Číňané“. Musíme ovšem rozlišovat mezi Číňany, kteří dlouhodobě z ekonomických či politických důvodů žijí mimo historické čínské území, ale udržují si čínské občanství, a mezi Číňany, jejichž předkové ze stejných důvodů starou vlast už před desítkami či stovkami let opustili, usadili se v zahraničí a přijali cizí občanství. Jejich „čínskost“ je především výrazem hlubokého etnického povědomí a duchovní spojitosti s vlastní předků (28).

Být Číňanem znamená podílet se na konkrétní jedinečné kulturní identitě, sdělované specifickým jazykem, životním stylem a zvyklostmi. K udržování tohoto povědomí jim kromě cílené výchovy napomáhá též fakt, že i u dětí ze smíšených manželství čínské (mongoloidní) fyzické rysy převládají (28, 36).

Při posuzování politických zvrátů a zákrutů čínských dějin je nutno si neustále připomínat, že tato ohromná skupina lidí, kterou my označujeme jediným slovem „Číňané“, je pestrá směsice národů a národností, obývajících neuvěřitelně rozlehlé území, jež prochází třemi podnebními pásmy (28).

1.5 Příslušník čínské menšiny v oblasti současné ČR

1.5.1 Historie

Příchod Číňanů ve větším množství je zaznamenán až po ukončení občanské války v Číně, kdy tehdejší Československá republika (dále ČSR) už 4. října 1949 diplomaticky uznala Čínskou lidovou republiku. S ČLR byla navázána spolupráce. Do ČSR přijížděli čínští studenti a specialisté, ale ti se po ukončení studia či stáže většinou vraceli domů. Jenom málo z nich v ČSR uzavřelo manželství a usadilo se natrvalo. Obdobně jezdili naši studenti či odborníci do ČLR a někdy si po ukončení svých studií nebo působení v některém čínském závodě přivezli domů čínského partnera. Tento stav trval asi deset let. Potom se ČSR a ČLR dostaly do ideologické roztržky a styky víceméně ustaly (4, 5, 28).

K obnovení kontaktů došlo na počátku 80. let, kdy se k nám začali čínští studenti opět vracet na krátkodobější pobyty, ale neusazovali se zde. Po roce 1989 se Číňané začali u nás usazovat ve větším množství. Od poloviny 80. let z Číny do světa neodcházejí jako v minulosti chudí Číňané či nemajetní političtí disidenti, ale lidé, kteří zbohatli na politice hospodářských reforem a otevřených dveří. Přední světové mocnosti však začaly příchod Číňanů na své trhy velice regulovat, podmínky pro podnikání tam už nebyly příznivé, a tak se směr čínské migrace stočil na východ. První východoevropskou zemí, která se otevřela čínským přistěhovalcům, bylo Maďarsko. Následovalo je Polsko a Československo. Jejich cílem už nebylo, jako v minulosti, studium, ale podnikání zaměřené na restaurátorství a prodejní činnost (28).

Většina prvních čínských podnikatelů k nám přišla po krátkém pobytu v Maďarsku nebo v Polsku, případně přes Rusko. Číňané měli už předem doma domluveny dodávky zboží a přinášeli s sebou i počáteční kapitál, aby se u nás mohli usadit a navázat potřebné kontakty. Některé k nám vyslal již v cizině dobře usazený rodinný klan či firma proto, že považuje Čechy za perspektivní a může si dovolit vydržovat dočasně nerentabilní pobočku (28).

Část této první skupiny Číňanů se později přestala věnovat vlastnímu obchodnímu podnikání a zprostředkovatelské činnosti pro další příchozí. Zařizují pro zájemce z Číny oficiální pozvání, po příchodu je ubytují, zprostředkují tlumočníka,

pomohou vyřídit formality kolem povolení k pobytu, založení firmy či sehnání vhodného zaměstnání atd. V další vlně totiž přicházejí „dělníci“, tj. lidé, kteří už na tom finančně nejsou tak dobře a předpokládají, že si u nás vydělají, aby mohli podporovat i rodinu v Číně (28).

V naprosté většině se jedná o emigraci ekonomickou. Čínská komunita u nás není homogenní, pochází z různých jazykových oblastí, nepřevládají už mezi nimi číňané z jižních oblastí jako v minulosti, hodně jich přišlo z rozvinutých pobřežních oblastí, také proto se mezi sebou dorozumívají většinou standardní čínštinou. Elitu mezi nimi tvoří ti, které vyslala některá z velkých čínských firem. Mají dostatečně silné zázemí, otevírají velkosklady, dovážejí kontejnery zboží, které rozprodávají drobným prodejcům (čínským i českým), případně své zboží vyvázejí do dalších zemí. Tito podnikatelé si zvou další zaměstnance z Číny a zaměstnávají i české občany, pronajímají si kamenné obchody. Čínské velkoobchodní firmy, většinou státní, jejich prostřednictvím v Čechách rozprodávají nemalé přebytky svých mateřských závodů. Naproti nim stojí nejpočetnější skupina drobných obchodníků a podnikatelů, jak je známe z tržišť a pouličních stánků. Ti si často na cestu a počáteční pobyt dokonce vypůjčili. V Čechách se buď nechají najmout na práci v restauraci či v některé z velkých čínských firem nebo si pronajímají stánky, v lepším případě obchůdky, a prodávají (úspěšně či neúspěšně) zboží, které dovezli jejich movitější krajané (28).

Tradičním předmětem činnosti čínských usedlíků jsou restaurace. V západoevropských metropolích vznikaly v jiných podmínkách než v Čechách. Dříve se restaurace zakládaly s minimálními počátečními investicemi, ale dnes si mohou jejich majitelé dovolit stotisícové investice a ty chtějí rychle získat zpět. Současně musí platit drahý nájem za své provozovny, platit (až přeplácet) obsluhující personál a další spolupracovníky. Rovněž používané suroviny, maso a kvalitní čerstvá zelenina jsou u nás poměrně drahé, a to vše zvyšuje cenu jídla. Většina čínských podnikatelů je usazena v Praze a pozvala si sem i další členy své rodiny. Někteří už dokonce v Čechách uzavřeli manželství (28, 49).

Čínská komunita v Čechách je ještě velice mladá a není tak dobře organizovaná jako například v Maďarsku, kde existuje dobře fungující obchodní komora, čínské krajské spolky a vycházejí *Středoevropské obchodní noviny* v čínštině. Formálně sice byla i v Praze založena čínská obchodní komora, její činnost však v podstatě skončila po prvním vydání informačního bulletinu (28).

Úspěšnější byl další krok, tradiční pro čínské komunity ve světě, a to založení vlastní školy. Čínské děti mají dnes v Praze dvě možnosti studia. Buď navštěvují českou školu, nebo se zapíší do čínské školy, která byla založena v srpnu 1995 bývalými čínskými vysokoškolskými studenty. Dnes v ní vyučuje osm učitelů (Číňanů i Čechů) a má asi 25 žáků. V ČR se čínská komunita opírá o rodinné vztahy, známosti, záruky a rodinné závazky. Čínské podniky jsou autokraticky vedeny pevnou rukou, i když to už nemusí být ten nejstarší člen rodiny a navíc muž, jak tomu bylo v tradiční Číně. Každá rodina sice hlídá své vlastní zájmy, ale kvůli ekonomickému prospěchu dokáží vzájemně spolupracovat přes hranice i kontinenty. Jakékoli obchodní jednání vždy začíná u spřízněných firem nebo alespoň krajanů ze stejné jazykové oblasti případně provincie (28).

V roce 1998 paní Tchang Jün-ling Rusková, česká občanka čínského původu, založila novou organizaci – Sdružení Číňanů v České republice. Sdružení s paní Tchang klade důraz na transparentnost, posilování právního vědomí svých krajanů a spolupráci s českými institucemi. Sdružení je českým právním subjektem a profiluje jako apolitické, založené na „pokrevním principu“ (*ius sanguinis*), tzn. otevřené všem lidem čínského původu, občanům ČLR, Hongkongu i Tchaj-wanu. Sdružení si zakládá, namísto lokálních a politických identit, na čínské kulturní identitě a na posilování vzájemné solidarity čínských krajanů v oblasti ČR (28, 47).

Kromě probuzení komunitního ducha mezi vzájemně znesvářenými Číňany je hlavním cílem sdružení také ochrana zákonných práv Číňanů žijících v České republice, podpora čínských podnikatelů a poskytování teoretické i praktické pomoci krajanům, kteří se ocitnou v nouzi. Sdružení například organizuje právní poradnu a od února 1999 vydává informační čtrnáctideník „Česko-čínský zpravodaj“, ve kterém přináší aktuální informace nejen o dění v České republice, ale i o úpravách zákonů a změnách celních

předpisů. Zpravodaj se také stává důležitou platformou pro diskusi uvnitř čínské komunity. Kromě spolupráce s českými úřady je sdružení otevřeno i české veřejnosti a pořádá akce, na kterých seznamuje českou společnost s čínskou kulturou (28, 47).

V současné době je již patrné, že sdružení úspěšně reprezentuje zájmy čínské komunity v české společnosti a jeho popularita a vliv mezi krajany je na vzestupu. Sdružení má nepochybně potenciál přispět k mobilizaci komunitního ducha a vzájemné solidarity, a tím k vytvoření platformy pro další formování čínské komunity (28, 47).

1.5.2 Vztahy České republiky a ČLR

Československo a Čínská lidová republika navázaly diplomatické styky krátce po vyhlášení ČLR v říjnu 1949. ČLR uznala Českou republiku ihned po jejím vzniku a navázala s ní diplomatické styky k 1. 1. 1993. Výměnou nót mezi ministerstvy zahraničí obou zemí byla poté potvrzena sukcese do bilaterálních smluv mezi bývalým Československem a ČLR (28).

Česká republika projevila zájem rozvíjet vztahy s ČLR ve sféře politické a ekonomické, ale i v kultuře, vzdělávání a dalších oblastech. Od vzniku ČR se každoročně uskutečňuje několik vzájemných návštěv na různých úrovních. Mezi oběma zeměmi neexistují otevřené problémy. V otázce lidských práv si vyměňují názory v rámci politického dialogu. ČR respektuje politiku „jedné Číny“ (28).

Prioritou bilaterálních vztahů je rozvoj ekonomické a obchodní spolupráce. V roce 2002 podle českých statistik činil vzájemný obchod 2 017 927 mil. USD, z toho český export 143 259 mil. USD a import 1 874 668 mil. USD. V posledních několika letech výrazně vzrostl deficit České republiky v obchodě s ČLR, v roce 2002 činil 1 731 409 mil. USD a představuje významnou část celkového deficitu zahraničního obchodu ČR se světem (28).

Mezi ČR a ČLR existuje dohoda o školské výměně, poslední byla podepsána 19. 9. 2003 na období let 2004 – 2007 (v době dopsání této diplomové práce byla připravována smlouva nová pro další období). Obě země si vyměňují lektory pro výuku jazyka, každá ze zemí přijme každoročně až 15 studentů z druhé strany na studium, v délce 12 měsíců a dva na krátkodobé jazykové kurzy. V červnu 1995 byla podepsána mezivládní dohoda o spolupráci v oblasti vědy a techniky (28).

Seznam platných smluv mezi ČR a ČLR je obsažen v příloze 10.

1.5.3 Statistiky pobytu, turistiky Číňanů

Na základě statistik pobytu cizinců v ČR, je patrné, že počet Číňanů s povoleným pobytem na území ČR stoupá. Viz tabulka 12a a 12b.

Tab. 12a Cizinci s povoleným pobytem na území České republiky k 31. 12. 2006 celkový součet trvalého a dlouhodobého pobytu (Čína, Taiwan)

	Trvalý	Dlouhodobý	Celkem
Čína	2 223	1 930	4 153
Tchaj-wan	11	155	166

Zdroj dat: Ministerstvo vnitra ČR: statistiky migrace, dostupné z <http://www.mvcr.cz/statistiky/migrace/2006/1206pohlavi.pdf> citováno 1.10. 2007.

Tab. 12b Cizinci s povoleným pobytem na území České republiky k 31. 12. 2007 celkový součet trvalého a dlouhodobého pobytu (Čína, Taiwan)

	Trvalý	Dlouhodobý	Celkem
Čína	2 880	1 880	4 760
Tchaj-wan	16	193	209

Zdroj dat: Ministerstvo vnitra ČR: statistiky migrace, dostupné z http://www.mvcr.cz/statistiky/migrace/2007/1231_pohlavi.pdf citováno 1.3. 2007.

Tab. 12a, 12b. Pod pojmem dlouhodobý pobyt jsou do této kategorie zahrnovány osoby pobývající na území na základě víza k pobytu nad 90 dnů, na základě povolení k dlouhodobému pobytu a osoby, jimž bylo vydáno potvrzení o přechodném pobytu (občan EU, rodinný příslušník občana EU, který je občanem EU), respektive povolení k přechodnému pobytu (rodinný příslušník občana EU který není občanem EU). Pod pojmem trvalý pobyt jsou do této kategorie zahrnovány osoby s povolením k trvalému pobytu (třetí země) a osoby s povolením k trvalému pobytu (občan EU nebo jejich rodinný příslušník).

Turistika

Čína je však pro Českou republiku jedním ze současných a budoucích turistických zdrojových trhů. Statistiky čínských turistů v ČR začaly být sledovány až v roce 2005, kdy z celkového počtu 6,4 mil. zahraničních turistů tvořili 0,3 %, tedy 17 806 osob a jejich průměrná doba pobytu byla 3,2 dne. Zajímavostí je, že v počátcích výjezdového cestovního ruchu Číny zajišťovaly cestovní kanceláře pro své klienty převážně tříhvězdičkové hotely. S rozvojem trhu a rostoucími nároky turistů, především

těch majetnějších a „opakovaných“ cestujících, jsou nyní mnohem žádanější čtyř a pěti hvězdičkové hotely (58).

1.6 Systém českého zdravotnictví v péči o cizince

Podle článku 31 Listiny základních práv a svobod má každý právo na ochranu zdraví. Zdravotní péče se zpravidla poskytuje na základě zdravotního pojištění. V případě, že osoba není účastna zdravotního pojištění, případně se jedná o zdravotní péči, která není hrazena ze zdravotního pojištění, poskytuje se zdravotní péče za úhradu. Každý zdravotnický pracovník je povinen poskytovat neprodleně první pomoc každému, jestliže by bez této pomoci byl ohrožen jeho život nebo vážně ohroženo zdraví a není-li pomoc včas dosažitelná obvyklým způsobem, a zajistit mu podle potřeby další odbornou péči. V ČR existují dva typy zdravotního pojištění. Povinné veřejné zdravotní pojištění (převažující forma) a smluvní zdravotní pojištění (16, 57, 63).

Čerpání zdravotní péče čínskými klienty je znázorněno v tabulce 15.

Veřejné zdravotní pojištění

Právní nárok na účast v systému veřejného zdravotního pojištění vzniká ze zákona cizincům s trvalým pobytem, azylantům a cizincům, kteří jsou zaměstnanci zaměstnavatele, který má sídlo na území ČR (cizinci s vízem nad 90 dnů s povolením k dlouhodobému pobytu za účelem zaměstnání), příslušníkům třetích států, kteří legálně pobývají na území členského státu EU a vztahuje se na ně nařízení EHS 1408/71, tedy splňují podmínku migrace mezi členskými státy – např. předchozí výdělečná činnost na území jiného členského státu EU (63).

U účastníků veřejného zdravotního pojištění je plátců pojistného několik, jsou to pojištěnci, zaměstnavatelé, a stát. Účast v systému veřejného zdravotního pojištění zaniká ukončením trvalého pobytu na území ČR nebo ukončením zaměstnaneckého poměru v ČR (v případě osob bez trvalého pobytu v ČR) nebo dnem, kdy se na osobu začnou na základě mezinárodní smlouvy nebo nařízení EHS 1408/71 vztahovat právní předpisy o zdravotním pojištění jiného státu (57).

Smluvní zdravotní pojištění

Cizinci, kteří nesplňují podmínky pro účast na veřejném zdravotním pojištění, mohou uzavřít smluvní zdravotní pojištění například u Všeobecné zdravotní pojišťovny (na územních pracovištích Všeobecné zdravotní pojišťovny nebo u vybraných pojišťovacích zprostředkovatelů). S ohledem na rozsah péče hrazené z pojištění se uzavírá krátkodobé nebo dlouhodobé smluvní zdravotní pojištění (63).

1. Krátkodobé smluvní zdravotní pojištění (při pobytu do 365 dnů)

Toto pojištění je vhodné při krátkodobém pobytu na území ČR, např. za účelem turistiky nebo z pracovních důvodů. Z pojištění se hradí pouze nutná a neodkladná zdravotní péče včetně akutního ošetření zubů. Rozsah a podmínky pojištění jsou stanoveny smlouvou. Pojištění se sjednává na jednotlivé dny, přičemž minimální pojistná doba činí tři dny (63).

2. Dlouhodobé smluvní zdravotní pojištění

Toto smluvní pojištění je vhodné pro osoby zdržující se v České republice dlouhodobě, po dobu alespoň šesti měsíců, což je minimální doba, na kterou lze toto pojištění uzavřít. Lze ho uzavřít pouze u Všeobecné zdravotní pojišťovny. Pojištění vzniká na základě uzavření smlouvy a ke dni, který smlouva stanoví. Končí uplynutím lhůty sjednané ve smlouvě, případně z jiných důvodů uvedených v zákoně o pojistné smlouvě. Pojištění kryje užší rozsah zdravotní péče než veřejné zdravotní pojištění. Rozsah a podmínky pojištění jsou stanoveny smlouvou a pojistnými podmínkami (57, 63).

Dlouhodobé smluvní zdravotní pojištění se uzavírá s osobami, které nejsou starší 70 let, a na základě vstupní lékařské prohlídky ve zdravotnickém zařízení, které určí pojišťovna. Pojištění se uzavírá na dobu 6 až 24 měsíců, a to vždy na celé měsíce, po skončení platnosti smlouvy je možné uzavřít vždy znovu další smlouvu až na dobu 24 měsíců. Platí se v české měně předem na celé pojistné období. Podmínky, za kterých se smluvní pojištění sjednává, rozsah pojistného plnění, práva a povinnosti pojištěného a pojistitele a způsob placení pojistného stanoví pojistné podmínky, které vydává Všeobecné zdravotní pojišťovna, a musí být v souladu se zákonem o pojišťovnictví a pojistné smlouvě (63).

Práva a povinnosti cizinců při čerpání zdravotní péče v ČR

Cizinec, účastník systému veřejného zdravotního pojištění, má přesně stejná práva jako každý jiný český pojištěnec, má zejména právo na:

- výběr zdravotní pojišťovny (zdravotní pojišťovnu lze většinou změnit pouze jednou za 12 měsíců, a to vždy jen k prvnímu dni kalendářního čtvrtletí);
- výběr lékaře a zdravotnického zařízení, kteří jsou ve smluvním vztahu k příslušné zdravotní pojišťovně (toto právo může pojištěnec uplatnit jednou za tři měsíce);
- zdravotní péči bez přímé úhrady (s výjimkou výkonů, které ze zákona nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění);
- výdej léčivých přípravků bez přímé úhrady, jde-li o přípravky hrazené z veřejného zdravotního pojištění (16, 63).

Pojištěnci vznikají rovněž povinnosti, mezi které patří zejména:

- povinnost hradit příslušné zdravotní pojišťovně pojistné;
- prokazovat se při poskytování zdravotní péče platným průkazem pojištěnce;
- oznámit své zdravotní pojišťovně do 8 dnů nástup nebo ukončení zaměstnání (pokud tak neučiní zaměstnavatel) a dále zahájení či ukončení podnikatelské činnosti, získání trvalého pobytu, změnu zdravotní pojišťovny, skutečnosti pro vznik a zánik povinnosti státu platit pojistné, narození dítěte (zdravotní pojišťovně, u které je pojištěna matka dítěte v den jeho narození) a ztrátu nebo poškození průkazu pojištěnce;
- vrátit průkaz po ukončení pojistného vztahu;
- oznamovací povinnost při změně osobních údajů a údajů o pobytu (do 30 dnů); při ztrátě nebo poškození průkazu pojištěnce a při nástupu do zaměstnání, pokud tak neučiní zaměstnavatel (16, 63).

Průkazy zdravotního pojištění u cizinců v ČR

1. Cizinci s trvalým pobytem v ČR, jsou-li pojištěni u VZP, mají stejný průkaz jako ostatní pojištěnci této pojišťovny. Číslo pojištěnce může být shodné s rodným číslem pojištěnce nebo může být vytvořeno zvláštním způsobem zdravotní pojišťovnou. Z hlediska úhrady zdravotní péče pojišťovnou platí stejné podmínky pro všechny

pojištěnce s trvalým pobytem bez ohledu na občanství.

2. Cizinci bez trvalého pobytu v ČR jsou pojištěni na základě svého zaměstnání u zaměstnavatele, který má sídlo na území republiky. Pojistné za tohoto cizince stejně jako za každého jiného zaměstnance musí odvádět zaměstnavatel. Pojištění trvá pouze po dobu zaměstnání a cizinec má stejná práva jako cizinec s trvalým pobytem. Zánikem účasti na zdravotním pojištění spojeném zpravidla s ukončením zaměstnání zaniká okamžitě nárok na úhradu zdravotní péče zdravotní pojišťovnou.
3. Cizinci bez trvalého pobytu, kteří nejsou v ČR zaměstnání, mohou uzavřít tzv. smluvní pojištění. Prokazují se pak smlouvou buď dlouhodobého, nebo krátkodobého zdravotního pojištění (16, 63).

Bezplatné poskytování zdravotní péče na základě mezinárodních smluv

Na území ČR je také (mimo rámec veřejného zdravotního pojištění) poskytována zdravotní péče cizím státním příslušníkům na základě mezinárodních smluv, uzavřených mezi Českou republikou a jejich domovským státem. Jedná se především o smlouvy o bezplatném poskytování nutné a neodkladné zdravotní péče na území ČR, nebo o smlouvy o vzájemném prominutí úhrad. Pro uplatnění nároku na zdravotní péči na základě těchto smluv prokazuje cizí státní příslušník občanství cestovním pasem a důvodem pobytu v ČR. Takto poskytnutou zdravotní péči hradí Ministerstvo zdravotnictví ČR (63).

Druhým typem smluv jsou smlouvy o sociálním zabezpečení, a to pokud je jejich součástí poskytování zdravotní péče. Obecně lze říci, že péče poskytovaná na základě těchto smluv je též omezena na péči nutnou a neodkladnou, po předchozím schválení příslušné zdravotní pojišťovny však může být poskytována i v širším rozsahu. Při čerpání zdravotní péče na základě těchto smluv se tyto osoby prokazují formuláři vystavenými jim příslušnou institucí v jejich státě původu (63).

V případě pochybností o tom, zda je péče poskytována náležitým způsobem, se pojištěnec může obrátit na vedoucího zdravotnického zařízení nebo na jeho zřizovatele, v případě nedostatků odborného nebo etického postupu lékaře na Českou lékařskou komoru, Českou stomatologickou komoru nebo Českou lékárnickou komoru,

nebo na zdravotní pojišťovnu, jejímž je pojištěncem, případně na orgán státní správy, který zdravotnické zařízení zaregistroval (63).

Tab. 15 Čerpání zdravotnické péče klienty z čínských zemí v roce 2006

Počet osob										
Celkem	Věková skupina				Osoby čerpající zdravotní péči					
	0–14	15–19	20–59	60+	uhrazeno				neuhrazeno	
	let	let	let	let	ze smluvního pojištění v ČR	ze zahraničního pojištění	hotově	Státními orgány	celkem	z toho po lhůtě splatnosti
940	159	80	494	207	421	43	204	249	28	9

Zdroj dat: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR: Čerpání zdravotnické péče cizinci 2006, dostupné z http://www.uzis.cz/souhrn_2988, citováno 10.9. 2007.

1.7 Multikulturní přístup při ošetřování příslušníků čínské menšiny

1.7.1 Základní pojmy v souvislosti s multikulturním ošetřovatelstvím

Tato kapitola seznamuje se základními pojmy užívanými v souvislosti s multikulturní/transkulturní problematikou. Některé termíny jsou veřejností zdravotnictví vnímány nepřesně, a proto je nezbytné vysvětlit jejich význam i základní rozdíly. Vysvětlení pojmů vychází z terminologie disciplín, jako je sociologie, kulturní antropologie, etnologie, pedagogika a sociální práce (15, 21).

1.7.1.1 Etnikum

Výraz *etnikum* pochází z antické řečtiny, v níž ethnos znamenal „kmen, rasa, národ“, a následně latinského ethnicus, což znamená pohan, pohanský. Tato informace dokládá, že teorie o etnické diferenciaci lidstva mají velmi staré kořeny. V západoevropské tradici znamená kulturně definované a diferencované skupiny lidí (15).

Etnická skupina je společenství, v němž je účast téměř vždy dána zrozením a jehož členové sdílejí pocit sounáležitosti. Jde o označení historicky vzniklé sociální skupiny, sociálního celku se společnými a specifickými etnickými rysy, mezi které patří

především rysy jazykové, kulturní, náboženské, dále barva pokožky, národní nebo geografický původ předků aj. V etnických skupinách jsou udržovány stálé, jednou provždy dané a během společenského vývoje schválené a osvědčené způsoby existence skupin. Etnická skupina je společenství jedinců, kteří udržují a šíří exkluzivní, kulturní a sociální dědictví z generace na generaci (15).

Etnicita je vzájemně provázaný systém kulturních (materiálních a duchovních), rasových, jazykových a teritoriálních faktorů, historických osudů a představ o společenském původu působících v interakci a formujících etnické vědomí člověka a jeho etnickou identitu (15).

Etnická příslušnost je sounáležitost jednotlivce s etnickým společenstvím na základě objektivních a subjektivních komponentů jeho etnicity (15).

Etnické vědomí je vědomí sounáležitosti s určitou etnickou skupinou na základě společně sdílených objektivních komponentů etnicity nebo rodového původu. Pojem etnické vědomí je v podstatě shodný s pojmem etnická identita, který se používá v sociálních vědách (15).

1.7.1.2 Národ, národnost, národnostní menšina

Národ je osobité a vědomé kulturní a politické společenství, na jehož utváření mají největší vliv společné dějiny a společné území. K této definici se uvádějí tři typy kritérií, jimiž jsou národy identifikovány, a to kritérium kultury, kritérium politické existence, a psychologické kritérium (15, 21).

Národnost jako příslušnost k určitému národu je v současném světě chápána ve dvojitým smyslu pojmu „národ“, na jedné straně ve smyslu etnickém, na straně druhé ve smyslu politickém. Národ ve smyslu etnickém je soubor osob obvykle se společným jazykem, společnou historií, tradicí a zvyky, společným územím a národním hospodářstvím. Národ ve smyslu politickém je prostě soubor občanů určitého státu, tedy soubor osob se státní příslušností tohoto státu.

Ze sociologického pohledu je možné *národnostní menšinu* vymezovat jako sociální skupinu, která:

- je podřízenou částí komplexních (celkových) státních společenstev (států)

- má zvláštní fyzické nebo kulturní rysy, které jsou dominantní (vládnoucí) společností takto vnímány,
- vyznačuje se sebeuvědoměním (identifikací), vnitřní soudržností. Členy skupiny spojují osobité rysy, které mohou přinášet společenské znevýhodnění
- členství v menšině se přenáší dědičností, která spojuje následující generace dokonce i tehdy, když chybí snadno rozlišitelné zvláštní kulturní nebo fyzické vlastnosti
- příslušníci menšin mají tendenci uzavírat manželství (ať už dobrovolně nebo z nedostatku jiných příležitostí pro nevráživost dominantní skupiny) uvnitř skupiny (15).

1.7.1.3 Kultura

Kultura byla vždy součástí výbavy lidského druhu: sdílený způsob slovního vyjadřování, mimika, různá gesta a postoje, způsob oblékání, příprava a konzumace jídla, to vše a mnoho dalšího reprezentuje lidskou kulturu. Kultura není u všech lidí stejná. Kultura představuje komplexní celek, který zahrnuje všechny náboženské a etické hodnoty a systémy, právní předpisy, poznání, umění a zvyky a schopnosti, které si jedinec jako příslušník společnosti osvojil učením (socializací). Kulturou rozumíme sdílený způsob vnímání reality, myšlení, oceňování, chování. Kultura není předávána geneticky a je vždy výsledkem lidské činnosti (15, 21).

Charakteristiky kultury

- Kultura je produktem učení. Není instinktivní či vrozená. Osvojujeme si ji po narození prostřednictvím životních zkušeností.
- Kultura je produktem vyučování. Přenáší se z rodičů na děti a z nich na další generace. Učit se mohou všechna zvířata, ale kulturu mohou přenášet jedině lidé. Hlavním nositelem kultury je jazyk.
- Kultura je sociální. Rodí se a vyvíjí v rámci vztahů mezi lidmi.
- Kultura je přizpůsobivá. Zvyky, přesvědčení a praktiky se pomalu mění a vždy se přizpůsobují sociálnímu prostředí i biologickým a psychologickým potřebám

lidí. Při měnících se životních podmínkách se mohou některé tradiční formy kultury postupně oslabovat, až se úplně vyloučí. Například bylo zvykem, že několik generací v rodině žilo spolu (rozšířené rodiny), ale vzdělávání či zaměstnání si od dětí stále častěji vyžaduje, aby svoje rodiče opustily a přestěhovaly se do jiné části krajiny. Tím se změnily i normy týkající se široké rodiny.

- Kultura je integrující. Prvky kultury mají tendenci vytvářet konzistentní a integrovaný systém. Například náboženské přesvědčení a praktiky ovlivňují organizaci rodiny, ekonomické hodnoty i zdravotnické praktiky, a zároveň jsou jimi ovlivňovány.
- Kultura je souhrnem určitých představ. Představivost je schopnost vyjádřit určité představy o věcech a jevech. Zvyky skupiny, které jsou součástí kultury, prezentují do značné míry ideální normy modelů chování. Konání jedinců však těmto normám nemusí vždy odpovídat, protože lidé naplňují ideály podle vlastních představ a ty se mohou odlišovat od představ společnosti a celku.
- Kultura má přinášet uspokojení. Kulturní návyky přetrvávají pouze do té doby, dokud uspokojují potřeby lidí (15, 21).

1.7.1.4 Kulturní šok

Kulturní šok je psychologický i sociální otřes způsobený překvapivým, nečekaným nebo neuvěřitelným zjištěním, které bylo vyvoláno bezprostředním kontaktem s cizí, dosud neznámou kulturou. Pro kulturní šok je charakteristická dezorientace a zmatek, které vznikají kdykoli osoba opustí známou zemi, oblast, životní styl nebo zaměstnání a vstupuje do prostředí, kde oblečení, zvyky a víra jsou radikálně odlišné (15, 21).

Fáze kulturního šoku:

1. fáze – Iniciální fáze – jedinec je stimulován pobytem v novém prostředí
2. fáze – realizace života jedince v novém prostředí
3. fáze – jedinec hledá přiměřené modely
4. fáze – jedinec žije pohodlně, efektivně, nebo může utrpět kulturní šok (15, 21).

1.7.1.4 Rasy, rasismus, xenofobie

Rasy jsou velké skupiny lidí s podobnými dědičnými tělesnými znaky, které se vytvořily vlivem životního prostředí, a vznikly původně v určitých geografických teritoriích: europidní plemeno v Evropě a na Blízkém východě, negroidní plemeno v Africe, mongoloidní plemeno v Asii.

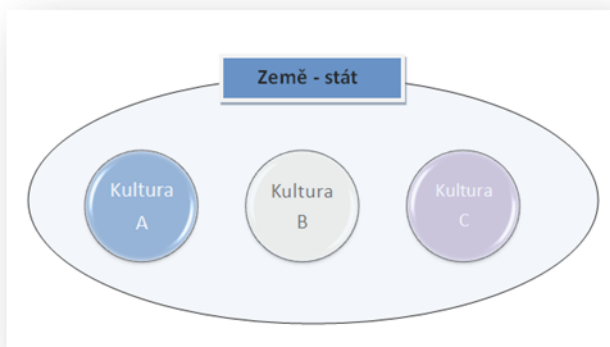
Rasismus je ideologií, která tvrdí, že psychologické kvality jednotlivců jsou nutně spojeny s viditelnými fyzickými rysy, a že se nikdy nemohou změnit. Lidstvo se podle nich dělí do přesně vymezených ras, některé jsou „přirozeně“ lepší, a některé horší. Podřadná rasa musí navždy zůstat podřadnou.

Xenofobie představuje strach z toho, co, nebo kdo přichází z ciziny, z cizího prostředí, mimo vlastní sociální útvar (15, 24).

1.7.1.5 Multikulturní přístup – Transkulturní přístup

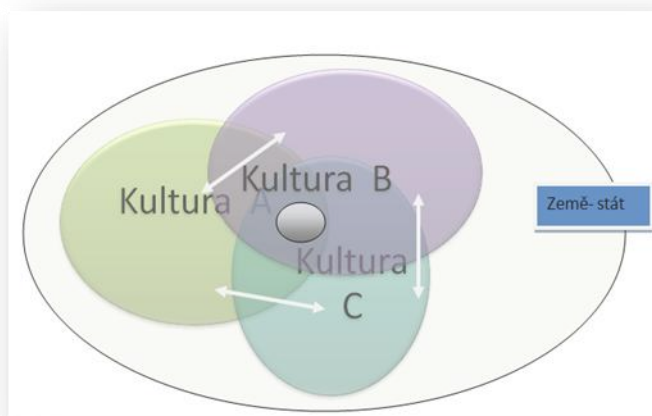
Oba termíny se dodnes často používají v odborné literatuře k vyjádření téhož. Mají však své specifické významové rozdíly. Užívání těchto pojmů ovlivňuje vývoj koncepcí společenského vyrovnávání se s fenoménem migrace v zemích, kde je podíl cizinců v populaci vysoký. Nejprve byla v těchto společnostech snaha o asimilaci migrantů. Tyto snahy se však ukázaly za málo efektivní a přijala se koncepce multikulturalismu (60. - 70. léta 20. století). Už zhruba 20 let se ale ukazuje, že multikulturalismus (znázorněn v obrázku 1), který chápe kulturu jako homogenní, ohraničený celek, a také tendence chápat jeho nositele za těžko adaptovatelné entity fungující na mechanistických principech jsou nepoužitelné a zavádějící (15, 21).

Obr. 1 Zobrazení pojmu multikulturalismus (autor)



Zobrazení vychází z: IVANOVÁ, K. a kol.. *Multikulturní ošetrovatelství I.* 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN- 80-247-1212-1.

Obr. 2 Zobrazení pojmu transkulturalismus (autor)
(oblast společná všem kulturám je zde naznačena šedým oválem)



Zobrazení vychází z:
IVANOVÁ, K. a kol..
Multikulturní ošetřovatelství
I. 1. vydání. Praha: Grada
Publishing, 2005.
ISBN- 80-247-1212-1.

V 80. letech minulého století se dospělo ke zjištění, že multikulturalismus nevede k rovnoprávnému soužití, ale spíše se prohlubuje izolovanost cizinců. Moderní pluralitní společnosti ale potřebují sociální a ekonomickou integraci migrantů, čemuž nejlépe vyhovuje koncepce transkulturalismu (znázorněn v obrázku 2). Pro tento koncept je totiž typické, že staví do centra pozornosti nikoli kulturu, ale obousměrnou interakci mezi majoritní společností a cizími minoritními skupinami. Opakem diskriminujících, či dokonce rasistických postojů jsou přístupy multikulturní nebo transkulturní, respektující odlišnou národnost, kulturu, rasu, etnikum nebo náboženství (15).

1.7.2 Transkulturní ošetřovatelství

Je ošetřovatelský a kulturně-antropologický obor srovnávacího studia a praxe, který zohledňuje individualitu, víru a kulturu jedince nebo skupiny stejných nebo odlišných kultur. Má význam nejen pro ošetřování cizinců, ale především pro péči o příslušníky etnických menšin. Transkulturní ošetřovatelství zde chápeme jako legitimní, nezastupitelnou a metodicky rozpracovanou disciplínu (15, 21, 26, 27).

K podstatě transkulturního ošetřovatelství patří zakotvení lidských práv. Jednotlivé kultury běžně považují respektování svých zvláštností ze strany ošetřujících za své nezadatelné právo. Od sester se tedy očekává, že budou k takovým právům

pozorné a budou na ně vhodně reagovat. V podstatě lze říci, že je normální součástí profesionální sestry zajímat se o morální aspekty klientovy kultury. Celé rozhodování a konání sester by vlastně mělo být založeno na operativní znalosti kultury, která pohotově brání neúčinnému, či dokonce poškozujícímu chování (15, 22, 27).

Významným rysem, dle definice transkulturního ošetřovatelství, je komparativní povaha tohoto oboru, to znamená důraz na srovnání, na vyhledání rozmanitostí a podobností, které se vyskytují v léčbě, v péči o dobrou kondici, ve vzorcích rozvoje onemocnění aj. Komparativní studium lze provádět na úrovni jednotlivců, rodin, skupin a seskupení, institucí, komunit (15, 21).

Ústředním bodem ošetřovatelství, včetně transkulturního, je člověk ve své mnohotvárnosti a lidskosti, a péče o něj. Péči definujeme jako pomoc potřebným formou asistence, podpory, ulehčení a zmocnění ve zdraví, při zlepšování kvality života a při střetu s nemocí, postižením nebo hrozbou úmrtí. Přitom je tato péče poskytována humanistickým, empatickým a uctivým způsobem a naplňuje důležité potřeby jedince a jeho rodiny či komunity. Sestra má k péči disponovat hlubokou znalostí problematiky, komplexně, pružně a s ochotou dále se učit a sledovat prospěch klienta.

Ke kulturně specifické péči patří zejména kulturní diagnostika, zhodnocení východisek a cílů klienta (15, 21).

1.7.2.1 Historický vývoj

Historický vývoj transkulturního ošetřovatelství jako samostatného oboru je otázkou posledních 55 let. Při zrodu tohoto oboru stála M. Leiningerová. Kromě ní se rozvojem teorie oboru zabývá řada dalších teoretiků. Leiningerová nazvala svou teorii teorií kulturně diverzifikované (různorodé) a univerzální (shodné) péče. Tato teorie tvoří základ transkulturního ošetřovatelství (37).

Motivem ke zrodu nového oboru bylo pro Leiningerovou vědomí, že v péči schází jedna podstatná dimenze. Konkrétně se zprvu jednalo o péči o dětské pacienty, kteří měli různý původ a výchovu, a tedy i různé postoje k lékům, různý spánkový režim a oblíbená jídla, různé hry a zábavy. Zdrojem mnoha podnětů pro transkulturní ošetřovatelství se zprvu stala antropologie. Postupně byly přejaty některé koncepce, ale

s vědomím, že ošetrovatelství musí být zaměřeno prakticky a plnit svou činnou úlohu ve společnosti. Leiningerová začala připravovat učební texty a podnítila zájem dalších sester o nový obor a o opomíjené kulturní skupiny (37).

V roce 1974 byla založena Společnost pro transkulturní ošetrovatelství s mottem „Mnoho kultur, jeden svět“. Od roku 1989 začala tato společnost udělovat certifikáty sestřám, které byly připraveny kvalitně a ohleduplně poskytovat kulturně senzitivní péči klientům z různých prostředí. Změna přístupu se následně odráží v celých zdravotnických systémech a ve zdravotnickém školství (27, 37).

1.7.2.2 Současné postavení

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

Poskytování kulturně specifické péče patří mezi základní vlastnosti moderní ošetrovatelské péče, a proto je v současnosti velmi důležité (15, 21).

1.7.2.3 Sběr informací při aplikování multikulturního přístupu v praxi

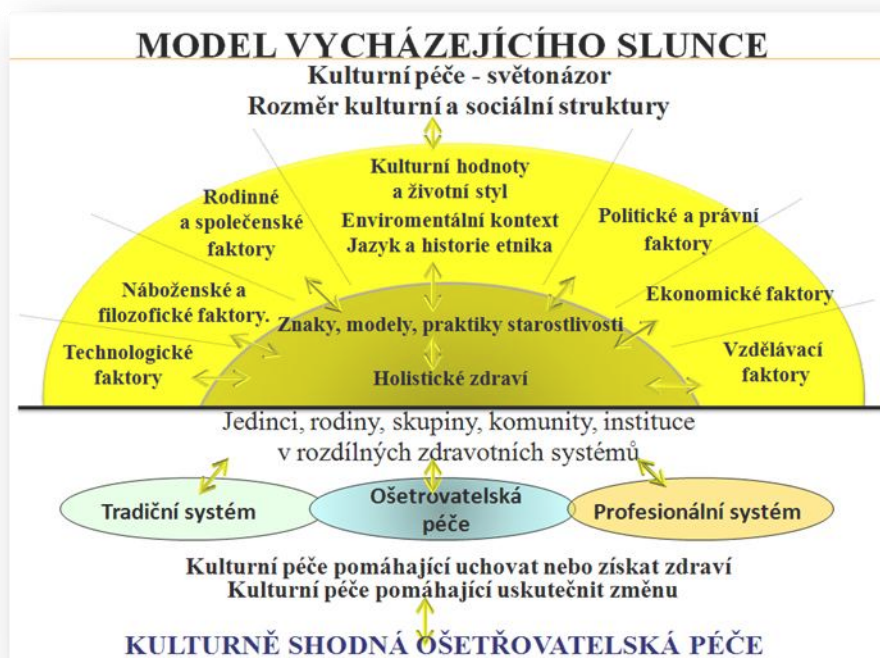
Sběr informací se v ošetrovatelství provádí pomocí koncepčních modelů. Koncepční model je soubor abstraktních a všeobecných koncepcí a tvrzení integrovaných do smysluplné konfigurace. Týká se globálních představ o jednotlivých skupinách, situacích, událostech a jevech zajímavých z hlediska vědní disciplíny. Koncepční modely se zaměřují na vybrané jevy, které souvisejí s daným oborem. Každý koncepční model poskytuje odlišný náhled na koncepcí metaparadigmatu.

Mezi nejznámější koncepční modely transkulturního ošetrovatelství patří model vycházejícího slunce autorky Madeleine Leiningerové, a model Joyce Newman Gigerové a Ruth Davidhizarové (15, 21, 37).

1.7.2.4 Model vycházejícího slunce M. Leiningerové

M. Leiningerová definuje transkulturní ošetrovatelství jako humanistický vědní teoreticko-praktický obor, který se zabývá odlišnostmi a podobnostmi mezi kulturami, pokud jde o humánní péči, zdraví a nemoc. Přihlíží při tom ke kulturním hodnotám, přesvědčením a zvyklostem daného jednotlivce nebo kulturní skupiny. Podle Leiningerové je stěžejním cílem transkulturního ošetrovatelství aplikovat vhodné znalosti při poskytování kulturně specifické a kulturně uzpůsobené péče o lidské zdraví a lidské potřeby. Z tohoto úhlu pohledu předkládá Leiningerová podrobnou transkulturní teorii a model pro její názorné pochopení. Tento model, který nazvala „modelem vycházejícího slunce“ (zobrazení modelu viz obrázek 3), více než 30 let pomáhá sestřám objevovat význam péče pro jednotlivé kultury a prohlubovat jejich porozumění v této oblasti (37).

Obr. 3 Zobrazení modelu „vycházejícího slunce“ (autor)



Zobrazení vychází z: IVANOVÁ, K. a kol.. *Multikulturní ošetrovatelství I.* 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN- 80-247-1212-1.

Paprsky souvisejí se slunečním jádrem, tedy se znaky, vzory, péčí, praktickými činnostmi a zdravím. Všechny uvedené složky neovlivňují jen vnímání zdraví a nemoci, ale také způsob péče, který jedinec využívá (2, 37).

Hlavní jednotky modelu:

M. Leiningerová charakterizovala tyto 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 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 klidné úmrtí, dosažené kulturně vhodnými prostředky a způsoby péče (27, 37).

Tento model využívá dva druhy odhadu. První označujeme jako dlouhodobý odhad a druhý jako odhad krátkodobý.

Druhy odhadu (posouzení A, B)

Posouzení A- typ A, označovaný jako dlouhý odhad

Sběr informací je ze všech uvedených oblastí. Je nutné promýšlet, do jaké míry se klientovy projevy a způsoby chování odlišují od projevů 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 pro 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 vzdělání.
- Ekonomické faktory.
- Politické a právní vlivy.
- Laická péče o zdraví.
- Důležitost profesionální péče.
- Způsob informovanosti o tom, jak předcházet nemocím, jak udržet zdraví, jak získat zdraví, jak o sebe pečovat.
- Další ukazatele upozorňují na tradiční nebo netradiční způsob života (37).

Posouzení B- typ B, označovaný jako krátký odhad

Sběr informací je rychlý, orientační, a je také méně holistický. Odlišuje se od typu A. Tento odhad je doporučován na odděleních nebo při situacích urgentního rázu, kde je zapotřebí získat co nejrychleji informace. Realizuje se v pěti fázích.

Typ B - sběr informací v rámci ošetřovatelské anamnézy

- Zaznamenejte vše, čeho jste si všimli, co jste viděli, slyšeli, prožili při setkání

s klientem, co by mohlo být důležité.

- Získejte od klienta informace o jeho kulturních hodnotách, víře, aktivitách, které souvisí se zdravím, s tradičním systémem péče a jeho názor na profesionální systém.
- Identifikujte a dokumentujte klientovy názory na to, co viděl, slyšel a prožil ve zdravotnickém zařízení.
- Zhodnoťte předcházející kroky, hledejte to, co je společné a co odlišné.
- Společně s klientem sestavte plán péče, který bude respektovat jeho kulturu (37).

Systémy péče

Sestry by měly poznat kromě formálních i tradiční způsoby péče, aby mohly poskytovat profesionální péči i pacientům/klientům, kteří pocházejí z jiné kultury, než jsou samy sestry. M. Leiningerová rozeznává dva základní systémy péče:

- *Tradiční (lidový)* – systém péče zahrnuje nejen způsob péče praktikované členy dané kultury nebo subkultury, ale také naučené názory, poznatky a způsoby, které jsou příslušné kultuře vlastní.
- *Profesionální (formální)* – systém péče je takový, který převládá v profesních institucích a preferuje ho majoritní část obyvatelstva (15, 37).

Typy péče

Poskytování péče je centrem ošetrovatelských aktivit. M. Leiningerová rozlišuje pojmy care/péče a caring/poskytování péče takto:

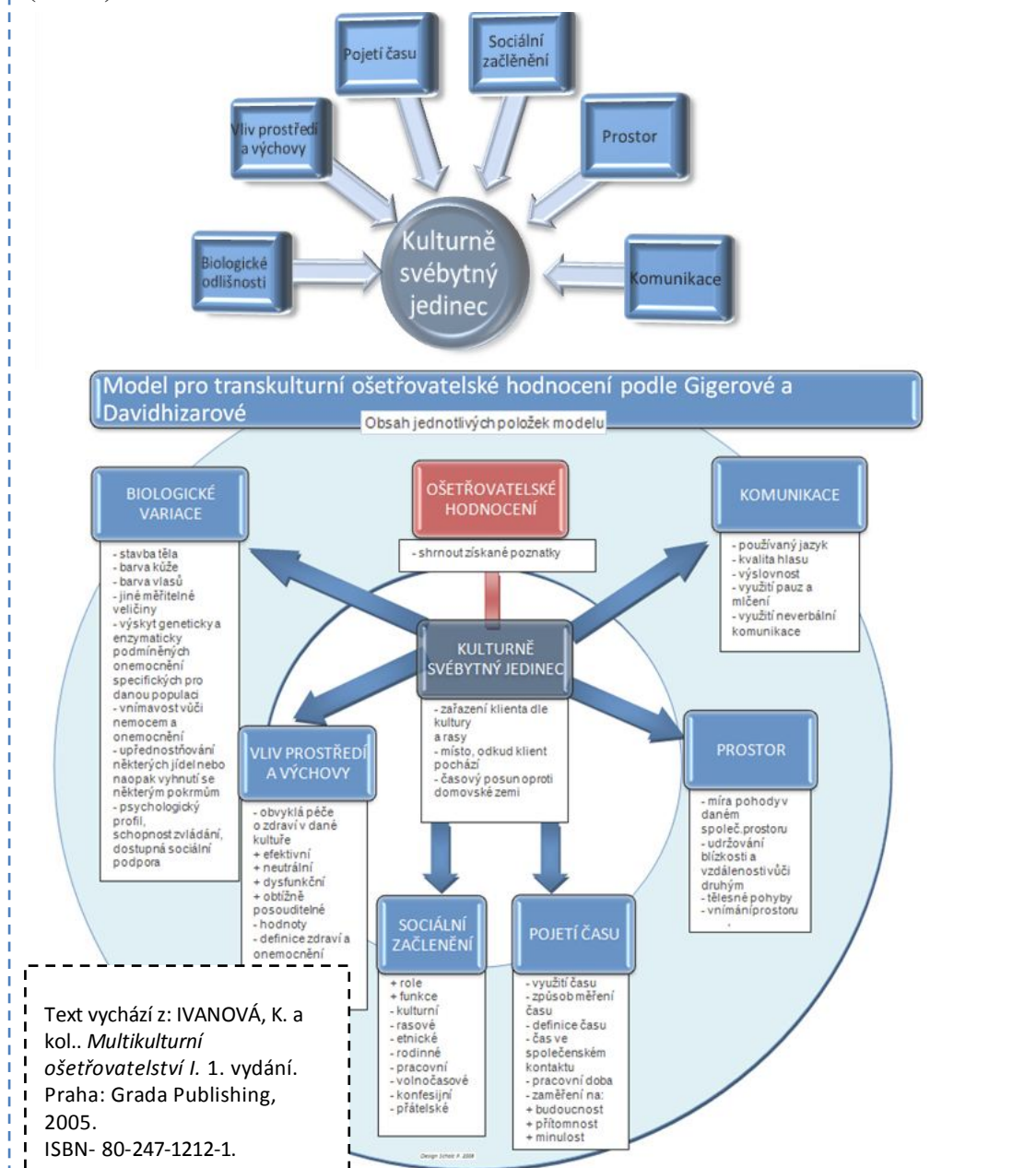
- *Péče*, zahrnuje naučené a přenesené způsoby podpory, asistenci a pomoc jedincům zdravým, nemocným a umírajícím.
- *Poskytování péče*, obsahuje konkrétní ošetrovatelské činnosti, které tvoří ošetrovatelskou profesi (37).

1.7.2.5 Model „kulturně svébytný jedinec“ J. Gigerová – R. Davidhizarová

Model autorek Joyce Newman Gigerové a Ruth Davidhizarové byl vytvořen pro potřeby studentů pregraduálního ošetrovatelského studijního programu k usnadnění hodnocení a poskytování péče pacientům odlišné kultury. Model usnadňuje a urychluje celostní, kulturně ohleduplné ošetrovatelské hodnocení stavu potřeb pacienta/klienta, a tím také zefektivňuje praktickou péči. Model akceptuje praktické potřeby sester

průběžně hodnotit kulturní proměnné v ošetrovatelském procesu a jejich vlivy na chování ve zdraví i v nemoci. Jejich model zdůrazňuje, 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 (viz obrázek 4) (37).

Obr. 4 Model ošetrovatelského posuzování podle Gigerové a Davidhizarové (autor)



Komunikace – prostupuje celým světem lidské interakce a chování. Komunikace (jazyk) je hodnota, která je v kultuře přenášena a ochraňována. Skrze verbální a nonverbální komunikaci jsou jedinci vyučováni samotné kultuře. Komunikování často představuje nejvýznamnější problém při práci s klienty z odlišných kultur.

Interpersonální prostor – týká se distance mezi jedinci, kteří jsou ve vzájemné interakci. Celá komunikace probíhá v prostorovém kontextu. Podle Halla (1966) existují čtyři rozdílné zóny interpersonálního prostoru, a to intimní, osobní, sociální a veřejná. Pravidla týkající se osobní distance jsou v jednotlivých kulturách různá. Teritorialita se týká pojmání nebo postoje vůči vlastnímu osobnímu prostoru. Každá osoba má své vlastní teritoriální chování. Nerespektování osobně vymezeného teritoria nebo vstupování do intimní zóny mohou být příčinou diskomfortu a vést k odmítání léčby a péče nebo odmítání se vracet při nutnosti opakované dlouhodobé péče.

Sociální začlenění – se týká způsobu chování, kterým kulturní skupina organizuje sama sebe ve vztahu k rodině. Struktura rodiny a její organizace, náboženské hodnoty, víra a plnění rolí mají vždy vztah k etnicitě a kultuře.

Čas – je zajímavý aspekt interpersonální komunikace. Kulturní skupiny mohou být orientovány na minulost, přítomnost nebo budoucnost. Preventivní zdravotnická péče vyžaduje prioritní zaměření na budoucnost, protože preventivní zásahy jsou motivovány budoucím prospěchem.

Ovládání prostředí – informuje o schopnosti jedince ovládat přírodu, plánovat, řídit a ovlivňovat environmentální faktory. Tyto okolnosti ovlivňují zdraví populace i její vztah ke zdraví a zdravotnickým službám. Pokud osoby pocházejí z kultury, která málo věří svým vnitřním silám, schopnostem a vlivům, a daleko větší význam přisuzují vlivům externím (Bůh, příroda, osud), mohou mít až fatalistický náhled, ve kterém je vyžádání zdravotní péče viděno jako zbytečné.

Biologické variace biologické diference, speciálně genetické variace, existují mezi jedinci odlišných lidských ras. Lidé se tedy liší nejen kulturou, ale také biologickými – genetickými znaky. Výzkum lidského genomu prokázal, že 99,9% genů je shodných pro všechny lidi, pouze 0,1% genů je rozdílných.

Tato fakta musí být dále zkoumána a výsledky musí být implementovány do zdravotnické praxe, aby mohla být klientům poskytována komplexní, erudovaná, kulturně uzpůsobená péče.

Model kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče Gigerové a Davidhizarové vychází a navazuje na práci Leiningerové (2, 37).

1.7.2.6 Blochův průvodce etnicko-kulturním posuzováním

Blochův průvodce etnicko-kulturním posuzováním je zaměřen na posuzování jedince a jeho rodiny v nemoci, v době hospitalizace či ambulantní péče. Je specifitěji zaměřený na identifikaci etnicko-kulturních specifik v souvislosti s poskytováním přímé profesionální zdravotnické péče (37).

Kategorie popisných etnicko-kulturních charakteristik:

- kulturní (včetně názorů na zdraví a etnických zdravotnických praktik),
- sociologické,
- psychologické,
- biologicko-fyziologické (37).

2. Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

1) Zpracovat zvláštnosti ošetrovatelské péče, které si příslušníci čínské menšiny v ČR, přejí respektovat.

2.2 Výzkumné otázky

1) Mají příslušníci čínské minoritní skupiny ošetrovatelská specifika?

2) Spatřují příslušníci čínské minoritní skupiny odlišnosti českého ošetrovatelství oproti čínskému ošetrovatelství?

3) Jsou příslušníci čínské minoritní skupiny seznámeni s právy pacientů ČR?

4) Pokud jsou jedinci z čínské minoritní skupiny hospitalizováni v české nemocnici, považují za přijatelný počet spolupacientů tři a více?

5) Mají příslušníci čínské minoritní skupiny specifika v případě odběrů biologického materiálu?

3. Metodické postupy

3.1 Použité metody a techniky

Ve výzkumné části této práce bylo využíváno kvalitativní formy výzkumu. Pro sběr dat od respondentů byl použit polostrukturovaný rozhovor, který byl připraven na základě konfrontací s odbornou literaturou zabývající se multikulturním ošetrovatelstvím.

Rozhovor je rozdělen na tři části. Obsah otázek první části vychází zejména z koncepčních ošetrovatelských modelů M. Gordonové, M. Leiningerové a modelu J. Gigerové – R. Davidhizerové. Druhá část je oblastí simulačních otázek. Tyto otázky mají napomoci respondentovi vcítit se do role pacienta/klienta zdravotnického zařízení, a následně simulují různé situace pacientů/klientů zdravotnického zařízení v souvislosti s hospitalizací. Třetí část rozhovoru obsahuje otázky, které nás dále z ošetrovatelského hlediska zajímají.

Rozhovor obsahuje celkem 138 otázek. V průběhu vlastního sběru dat, bylo možno položit doplňující (tzv. sondážní) otázky, které byly poznamenány na speciální příloze rozhovoru (polostrukturovaný rozhovor viz příloha 11). Rozhovor byl zcela anonymní.

Na základě výsledků rozhovorů jsou vytvořeny kazuistiky. Kazuistiky tvoří výzkumný podklad, ze kterého vycházejí kategorizované tabulky a grafy (přístup rámcové analýzy), ve kterých jsou sumarizovány nejdůležitější výsledky výzkumu.

Výzkum proběhl v listopadu 2007, a navazuje na výzkumný grant realizovaný katedrou Ošetrovatelství ZSF JU, NR/8473-3 s názvem: Zajištění efektivní, kulturně diferencované ošetrovatelské péče pro vietnamskou a čínskou minoritu v České republice.

3.2 Charakteristika sledovaného souboru

Zkoumaný soubor je tvořen z devíti respondentů z čínské minoritní skupiny žijící v ČR, všichni uvedení respondenti mají místo svého narození v Čínské lidové republice. U respondentů č. 3 až č. 9 bylo využito tlumočnických služeb, tlumočnice se také narodila v ČLR.

4. Výsledky

4.1 Kazuistiky respondentů výzkumu

Veškeré údaje v kazuistikách, grafech a tabulkách vycházejí z výzkumu provedeného pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Kompletní přepis rozhovorů je k dispozici v elektronické podobě v příloze č. 17.

Kazuistika respondentky č. 1

Vybrané odpovědi respondentky shrnuté ve strukturované kazuistice

Respondentka č. 1 je žena ve věku 44 let. Narodila se v Číně, a nyní pobývá v ČR již 16 let. Její mateřský jazyk je čínština, ovládá také angličtinu. V běžné komunikaci užívá češtinu. Pracuje jako organizátorka jazykových kurzů, překladatelka a tlumočnice z čínštiny do češtiny, a provozovatelka realitní kanceláře.

V oblasti životních hodnot řadí na první místo respondentka hodnotu zdraví, na druhé místo víru, na třetí místo rodinu, dále na čtvrté místo práci a na pátou hodnotu přátele. *Zdraví* je dle respondentky, když je člověk bez potíží. Vztah k vlastnímu zdraví má příjemný, kladný a pozitivní. Respondentka je věřící a *vyznává křesťanství*. V době nemoci jako specifickou formu rituálů užívá modlitbu. Vzdělání považuje za důležité.

Za *rodinu* považuje zejména otce, matku, děti, dědu, babičku, tetu, strýce, sestřenici a bratrance. Vedoucí úlohu v její rodině má mít muž. Čínská rodina žijící v ČR by měla mít jedno až dvě děti. V době hospitalizace si respondentka nepřeje, aby byly poskytovány informace o jejím zdravotním stavu rodině, a to zejména pokud by byl její zdravotní stav vážný. Rodina v případě nemoci vezme nemocného k lékaři. Během nemoci je zvyklá pečovat o své příbuzné i doma.

Je přesvědčena, že rodina pomáhá vyrovnat se s nemocí. *S problémy a jejich řešením* jí většinou pomohou příbuzní a dobří přátelé.

Ve svém osobním pojetí času se soustředí na přítomnost a budoucnost. Běžně chodí spát ve 23,00 a vstává v 7,00. Je *zvyklá denně pracovat* 12h a více. Považuje za *velmi důležité přijímat léky v přesně určený čas*. Sestra by jí měla věnovat stejný čas jako ostatním pacientům.

Od sestry, která ji přináší léky, očekává, že ji vysvětlí, kdy lék vzít. Respondentka se obává závislosti na lécích. Pokud má bolest, tak ji obvykle tiší léky.

Užívá běžné čínské léky (TCM), které nakupuje v Číně. Bylinky používá na chřipku a na bolest v boku.

České ošetřovatelství popisuje jako dobré. Čínské ošetřovatelství popisuje jako dobré, ale k počtu sesterského personálu je mnoho nemocných pacientů. Rozdíl mezi čínským a českým ošetřovatelstvím spatřuje respondentka zejména v tom, že v ČR trvá vše déle, v Číně je léčba rychlejší. V Číně není zvykem, že u každého lékaře je sestra, sestry jsou hlavně v nemocnici. Náplň práce sestry v ČR popisuje jako pomoc lékaři, v nemocnici sestra ošetřuje a stará se o pacienty. Náplň práce porodní asistentky v ČR popisuje jako pomáhání při porodu. Náplň práce vysokoškolsky vzdělané sestry nedokáže popsat, nezná ji. Sestru si představuje jako mladší ženu s bílým oblečením, která nosí pantofle a bílé ponožky. Pokud by ji měl ošetřovat ošetřovatelský personál v ČR, považovala by u něj za nejdůležitější schopnost přesného zjištění problému.

Respondentka již byla hospitalizována v nemocničním zařízení v ČR. Při hospitalizaci považuje za pohodlné mít lůžkový pokoj, čisto, klid a milé sestry. V případě nutnosti souhlasí s odhalováním částí těla při vyšetření. V případě neschopnosti pohybu by použila podložní mísu. Respondentka vyjadřuje názor, že v ČR je větší svoboda ve výběru nemocničního zařízení než v Číně, kde je zvyk, že člověk „leží“ co nejbližší od bydliště. Základní pomůcky, které považuje za vhodné vzít si do nemocnice, jsou osobní věci, vlastní ručník, kartáček a čínské potraviny. Respondentka vyjadřuje názor, že sestry v ČR odebírají vždy mnoho krve.

Od sestry na oddělení (v nemocničním zařízení), která se jí ujme, očekává zavedení na pokoj, informaci kde má pokoj a informaci kde je WC zařízení. Pokud by měla respondentka možnost výběru lůžka v nemocničním zařízení, vybrala by si spíše lůžko uprostřed, nemocný člověk leží většinou u dveří, protože je k němu rychlejší příchod sestry. Za spolupacienta na stejném pokoji by chtěla mít Číňanky. Černocho nebo černošku na stejném pokoji nechce. Případně by chtěla být na pokoji s Ruskou, pokud by mluvila česky (výběr byl z možností Vietnamec, Američan, Arab, Čech,

příslušník romské menšiny, černoch z Jihoafrické republiky, Rus). Počet spolupacientů by měl být žádný až dva, maximálně tři. V případě aplikace *intravenózní kanyly* očekává od sestry sdělení, o jaký výkon se jedná, redukci strachu a bezbolestnou aplikaci. Pokud by po 10 minutách od zavedení intravenózní kanyly respondentku začalo okolí kanyly mírně pálit a oblast by mírně zarudla, přiložila by na toto místo ihned mokrá (studená) ručník.

Ráno před operačním výkonem by jí sestra měla podat informace o postupu operace, jak dlouho bude operace trvat, kdy bude moci jít pracovat a jak dlouho bude hospitalizována. Od sestry, která jí ošetřuje první den po operaci, očekává informace o svém stavu. V době po operaci bude sama rehabilitovat.

Pokud by respondentka byla na *ultrazvukovém vyšetření*, přála by si, aby jí byl aplikován gel příjemné teploty, doslova uvádí: „Ano na UZ jsem již byla, vzpomínám si, že ten gel byl velmi studený, to není dobré, chtěla bych, aby gel byl příjemné teploty, ani teplý ani chladný, prostě v rovnováze“.

Při koupání využívá teplotu vody normální, teplotu příjemnou tělu, v rovnováze. Pravý čaj je dle respondentky nejlépe čínský čaj, lístky se dávají do teplé vody. Pokud by ošetrovatelský personál připravil na „noční stolek“ džbánek plný již chladnějšího čaje, přála by si opatřit čaj teplejší, protože v Číně se neužívá studený čaj. Očekává, že tekutiny v nemocničním zařízení nebudou teplé ani studené, budou příjemné teploty. Hlavní jídlo by mělo být ráno. Měla by to být zejména rýže. Ke snídani v nemocničním zařízení by respondentka očekávala chléb, vejce, šunku, sýr, zeleninu, okurky a čaj (příjemné teploty).

Tlumočnickem mezi českým ošetrovatelským personálem a jí jako pacientkou by měla být rodina. Pokud by nebyla možná verbální domluva mezi ošetrovatelským personálem a jí, přála by si, aby komunikace probíhala pomocí slovníku nebo obrázků (piktogramů).

V případě kontaktu se zdravotnickým personálem a požadavkem na odběr biologického materiálu (krve, moči, stolice, mozkomíšního moku, sliny, jiné) by respondentka s odběrem souhlasila. Uvádí, že jí vadí velké množství odebírané krve

v ČR. V případě hospitalizace blízkého příbuzného by ho respondentka navštěvovala každý den. Kontakt s rodinou v době hospitalizace považuje za důležitý, pomáhá léčit.

Aplikace injekce levou rukou od personálu respondentce nevádí. Respondentka nebyla dosud dárce krve. V případě potřeby by krevní transfuzi přijala. Respondentka není seznámena s právy pacientů ČR.

Respondentka spatřuje rozdíl mezi kulturou v ČR a v Číně zejména v oblasti porodů a mateřské dovolené. V Číně je obvyklé, že ženy již první měsíc po porodu odcházejí pracovat, o dítě se starají rodiče matky. Jako zapojení do tvorby osobního léčebného plánu a jeho realizaci respondentka vyjadřuje názor, že musí přijmout léčebný plán a respektovat ho. Pro respondentku znamená diagnóza ve zdravotnictví určení co pacientovi je a jakou má nemoc. Na nemoc následně předepisuje lékař recepty. Diagnózu jí určuje lékař. Sesterské diagnózy nezná.

Kazuistika respondentky č. 2

Vybrané odpovědi respondentky shrnuté ve strukturované kazuistice

Respondentka č. 2 je žena ve věku 23 let. Narodila se v Číně, nyní pobývá v ČR 10 let. Její mateřský jazyk je čínština, ovládá také angličtinu a němčinu. V běžné komunikaci užívá češtinu. V současné době studuje v ČR na vysoké škole.

V oblasti životních hodnot řadí respondentka na první místo hodnotu zdraví, na druhé místo rodinu, na třetí místo přátele a na čtvrté místo vzdělání. Zdraví je dle vyjádření respondentky, když člověka nic nebolí a necítí se špatně, je v rovnováze. Snaží se udržet rovnováhu ve zdraví. Respondentka není věřící. V době zdraví často cvičí. Vzdělání považuje za důležité.

Za rodinu respondentka považuje zejména rodiče, prarodiče, tety, neteře, bratrance a prastrýce. Čínská rodina žijící v ČR by měla mít počet dětí podle přání rodičů. V době hospitalizace souhlasí respondentka, aby byly poskytovány informace o jejím zdravotním stavu rodině, ale záleží na stupni onemocnění, vážnou nemoc nechce sdělovat. V případě nemoci je zvyklá pečovat o své příbuzné i doma.

V době onemocnění rodina převezme funkci nemocného člověka, a pomáhá mu vyrovnat se s jeho nemocí. *S problémy a jejich řešením* jí většinou pomohou kamarádi a rodiče.

Ve svém osobním pojetí času se soustředí na minulost, přítomnost i budoucnost. Běžně chodí spát ve 22,00 až 23,00 a vstává v 6,00 až 7,00. Je zvyklá denně studovat 5 až 7 hodin. Považuje za důležité přijímat léky v přesně určený čas. Čas by měla sestra věnovat respondentce stejný jako ostatním pacientům.

Od sestry, která ji přináší léky, očekává informace kdy a jak lék vzít. Respondentka se neobává závislosti na lécích, protože nyní bere léků málo. Pokud má bolest, tak se snaží bolest vydržet, jinak navštíví lékaře. Bolest zubu řeší Paralenem. *Užívá běžné čínské léky (TCM), v době zdraví i jako prevenci.*

České ošetřovatelství je podle vyjádření respondentky dobré, na dobré úrovni. *Čínské ošetřovatelství* je podobné jako v ČR. *Rozdíl mezi čínským a českým ošetřovatelstvím* nedokáže popsat, protože dlouho v Číně nebyla. *Náplň práce sestry v ČR* popisuje jako běžné ošetřování bez určení diagnózy, dále přijímání pacientů a starání se o ně, měření teploty pacientům. Sestra spíše doporučuje nějaké metody, ale diagnózy neurčuje. *Náplň práce porodní asistentky v ČR* popisuje jako pomoc lékaři při porodu. *Náplň práce vysokoškolsky vzdělané sestry* je podle ní stejná jako u sestry. *Sestru si představuje jako* paní s bílým pláštěm, která pomáhá lidem. Pokud by ji měl ošetřovat ošetřovatelský personál v ČR, považovala by u něj za nejdůležitější praxi, praktické schopnosti a příjemné vystupování.

Respondentka již byla hospitalizována v nemocničním zařízení v ČLR, v ČR ne. Při hospitalizaci považuje za pohodlné, že vše je blízko (wc, umyvadlo) a není placení za péči. Za nepohodlné považuje čekání.

V případě nutnosti respondentka souhlasí s odhalováním částí těla při vyšetření. V případě neschopnosti pohybu by použila podložní mísu. Základní pomůcky, které považuje za vhodné vzít si do nemocnice, je oblečení, župan, bačkory a hygienické pomůcky. Respondentka s odběry krve souhlasí. Nechce, aby byla krev nabírána „zbytečně“. Zkumavky na odběr by měly být menší a krve by se mělo brát méně.

Od sestry na oddělení (v nemocničním zařízení), která se jí ujme, očekává informace kde zrovna je a kam následně půjde. Pokud by měla respondentka možnost výběru lůžka v nemocničním zařízení, nezáleželo by jí na umístění jejího lůžka. Za spolupacienta na stejném pokoji by nechtěla mít muže, jinak je jí to jedno (výběr byl z možností Vietnamec, Američan, Arab, Čech, příslušník romské menšiny, černoch z Jihoafrické republiky, Rus). Počet spolupacientů by měl být 0 až 1. Nejrady by byla v jednolůžkovém pokoji. V případě aplikace intravenózní kanyly očekává od sestry informaci, proč sestra přichází, co má respondentka udělat a jaký bude postup výkonu. Pokud by po 10 minutách po zavedení intravenózní kanyly respondentku začalo okolí kanyly mírně pálit a oblast by mírně zarudla, sestřičce řekne svůj pocit, ale asi je to normální.

Ráno před operačním výkonem by jí sestra měla podat informace o předoperační přípravě, dále kdy půjde na operační sál, umístění po operaci. Od sestry, která jí ošetřuje první den po operaci, očekává informace o tom, jak rána vypadá. Dále očekává studený obklad na ránu. V době po operaci bude sama rehabilitovat.

Pokud by respondentka byla na *ultrazvukovém vyšetření*, přála by si, aby jí byl aplikován gel příjemné teploty, jako je teplota kůže.

Při koupání využívá teplotu vody tak akorát (ani teplou, ani studenou). Pravý čaj je dle respondentky teplý nápoj s přírodními lístky nebo pytlíkový čaj. Pokud by ošetrovatelský personál připravil na „noční stolek“ džbánek plný již *chladnějšího čaje*, normálně by se respondentka napila. *Očekává, že v době hospitalizace bude dostávat tekutiny jako je čaj, nebo voda. Hlavní jídlo by mělo být především teplé, záleží na dietě, běžně třeba polévka a jiné. Ke snídani v nemocničním zařízení by respondentka očekávala pečivo, něco k tomu a čaj. Dále v případě hospitalizace respondentka předpokládá, že bude mít nějaké potraviny/stravu z domova.*

Tlumočnickem mezi českým ošetrovatelským personálem a jí jako pacientkou by měl být její dobrý známý. Pokud by nebyla možná verbální domluva mezi ošetrovatelským personálem a jí, přála by si, aby komunikace probíhala úsměvem, obrázky nebo gestikulací.

V případě kontaktu se zdravotnickým personálem a požadavkem na odběr biologického materiálu (krve, moči, stolice, mozkomíšního moku, sliny, jiné) by respondentka v případě nutnosti souhlasila. Chce vysvětlit, proč je odběr požadován. V případě hospitalizace blízkého příbuzného, by ho navštěvovala v návštěvních hodinách co nejčastěji. Kontakt s rodinou v době hospitalizace považuje respondentka za důležitý.

Aplikace injekce levou rukou od personálu respondentce nevádí, hlavně aby měla sestra zkušenosti. Respondentka není seznámena s právy pacientů ČR.

Respondentka nebyla dosud dárce krve. V případě potřeby by krevní transfuzi přijala.

Respondentka spatřuje rozdíl mezi kulturou v ČR a v Číně ve způsobu léčení. V Číně je více využíváno TCM, v ČR je využíváno spíše jen západní medicíny. Do tvorby osobního léčebného plánu a jeho realizace by se respondentka zapojila aktivně se snahou o co nejlepší stav.

Kazuistika respondenta č. 3

Vybrané odpovědi respondenta shrnuté ve strukturované kazuistice

Respondent č. 3 je muž ve věku 28 let. Narodil se v Číně, nyní pobývá v ČR 11 let. Jeho mateřský jazyk je čínština, ovládá také angličtinu a češtinu. V běžné komunikaci užívá čínštinu. Pracuje jako podnikatel v pohostinství (majitel restaurace).

V oblasti životních hodnot řadí na první místo respondent hodnotu zdraví, na druhé místo rodinu, na třetí místo peníze a na čtvrté místo práci. *Zdraví* je dle vyjádření respondenta, když člověk může pracovat, nemá bolest, je v harmonii. Svůj vztah k vlastnímu zdraví popisuje jako dobrý. Respondent není věřící. Vzdělání považuje za důležité.

Za *rodinu* respondent považuje zejména svou manželku a dítě (to je jeho malá rodina). Čínská rodina žijící v ČR by měla mít 2 děti. V době hospitalizace respondent nesouhlasí, aby byla poskytována informace o jeho zdravotním stavu rodině, nechce, aby o něj měla rodina strach. V případě nemoci je zvyklý pečovat o své příbuzné

i doma. V době onemocnění se rodina stará o nemocného, případně zastupuje úlohu nemocného. *S problémy a jejich řešením pomáhá respondentovi rodina.*

Ve svém osobním pojetí času se soustředí na budoucnost. Běžně chodí spát ve 24,00 a vstává v 8,00 až 9,00. Je zvyklý denně pracovat 10 hodin a více. Nepovažuje za důležité přijímat léky v přesně určený čas. Čas by měla sestra věnovat respondentovi stejný jako ostatním lidem.

Od sestry, která mu přináší léky, očekává informaci, jaké léky dostane.

Respondent se neobává závislosti na lécích. Pokud má bolest, jde k lékaři, tedy pokud je bolest intenzivní. *Respondent neužívá tradiční čínské medicíny, jeho babička ji užívá.*

České ošetřovatelství popisuje slovy: „Je dobré a věřím mu“. Čínské ošetřovatelství popisuje slovy: „Je dobré, dlouho jsem tam nebyl“. Rozdíl mezi čínským a českým ošetřovatelstvím je doslova: „V Číně se platí za zdravotnické služby“. Náplň práce sestry v ČR popisuje jako pomoc lékařům, je to pomocná síla. Náplň práce porodní asistentky v ČR nedokáže popsat. Náplň práce vysokoškolsky vzdělané sestry popisuje slovy: „Má dobré znalosti, umí komunikovat, je dobrá“. Sestru si představuje jako postavu ve světle oranžovém nebo bílém oblečení, poskytující péči nemocným lidem. Pokud by ho měl ošetřovat ošetřovatelský personál v ČR, považoval by u něj za nejdůležitější komunikaci a efekt péče.

Respondent nebyl zatím nikdy hospitalizován v nemocničním zařízení (ČLR i ČR). Respondent souhlasí s odhalováním částí těla při vyšetření. V případě neschopnosti pohybu by respondent použil podložní mísu. Základní pomůcky, které považuje za vhodné vzít si do nemocnice, jsou: spodní prádlo, zubní pasta a kartáček. S odběry krve respondent souhlasí.

Od sestry na oddělení (v nemocničním zařízení), která se ho ujme, očekává informace. Pokud by měl respondent možnost výběru lůžka v nemocničním zařízení, přál by si lůžko u okna, protože zde má pocit bezpečí. Za spolupacienta na stejném pokoji by nechtěl příslušníka romské menšiny, černoch nevdí (výběr byl z možností Vietnamec, Američan, Arab, Čech, příslušník romské menšiny, černoch z Jihoafrické republiky, Rus). Počet spolupacientů by měl být 3 až 4. V případě aplikace intravenózní kanyly očekává od sestry, že dostane injekci a bude mu vysvětlen výkon. Pokud by po

10 minutách po zavedení intravenózní kanyly respondenta začalo okolí kanyly mírně pálit a oblast by mírně zarudla, zavolá sestru.

Ráno před operačním výkonem očekává od sestry informace o organizaci operačního dne. Od sestry, která ho ošetřuje první den po operaci, očekává informace o stavu rány a odborné převázání rány. V době po operaci bude sám rehabilitovat. Pokud by respondent byl na *ultrazvukovém vyšetření*, přeje si aplikaci gelu příjemné teploty, jako je teplota kůže.

Při koupání využívá spíše teplejší vodu. Pravý čaj musí být dobrý, nejprve teplá voda, poté čajová směs. Pokud by ošetrovatelský personál připravil na „noční stolek“ džbánek plný již *chladnějšího čaje*, asi by ho vypil, i když by raději teplejší čaj. *Očekává, že v nemocničním zařízení bude dostávat tekutiny, jako je čaj nebo voda.* *Hlavní jídlo* je, podle vyjádření respondenta, oběd a nějaké knedlíky. *Ke snídani* v nemocničním zařízení by respondent očekával pečivo s máslem a ovocem.

Tlumočnickem mezi českým ošetrovatelským personálem a jím jako pacientem by měla být tlumočnická společnost nebo rodina či známí. Pokud by *nebyla možná verbální domluva* mezi ošetrovatelským personálem a jím, chtěl by komunikovat gesty a slovníkem.

V případě kontaktu se zdravotnickým personálem a požadavkem na odběr biologického materiálu (krve, moči, stolice, mozkomíšního moku, sliny, jiné) by respondent souhlasil, chce ale vědět účel odběru, odběry takového materiálu by měly být v rozumném množství (spíše menším), ale aby se z nich dalo vše rozpoznat. *V případě hospitalizace blízkého příbuzného* by ho navštěvoval denně. Kontakt s rodinou považuje za důležitý, viděl by se s manželkou.

Aplikace injekce levou rukou od personálu respondentovi nevádí. *Respondent nebyl dosud dárce krve.* Krevní transfuzi by přijal. *Respondent není seznámen s právy pacientů ČR*, chtěl by je znát.

Respondent rozdíl mezi kulturou v ČR a v Číně nespatřuje, je dlouho mimo Čínu. *K zapojení do tvorby osobního léčebného plánu a jeho realizaci* potřebuje vědět, co má dělat a jak.

Navíc sděluje, že v Čechách není dostatek informací pro Číňany, spousta lidí neví, že má mít svého lékaře, spíše chodí do nemocnic, neví o očkování v ČR, nejlépe by bylo vytvořit takový materiál v čínštině i češtině.

Kazuistika respondentky č. 4

Vybrané odpovědi respondentky shrnuté ve strukturované kazuistice

Respondentka č. 4 je žena ve věku 48 let. Narodila se v Číně, nyní pobývá v ČR 14 let. Její mateřský jazyk je čínština, ovládá také mírně angličtinu a češtinu (pozdrav). V běžné komunikaci užívá čínštinu. Pracuje jako obchodnice.

V oblasti životních hodnot řadí na první místo respondentka hodnotu zdraví, na druhé místo řadí respondentka rodinu (další hodnoty neuvádí). *Zdraví* je dle respondentky stav rovnováhy mezi Jin a Jang. V dětství měla respondentka zdravotní problémy, nyní je již vše v rovnováze. Respondentka je věřící a *vyznává buddhismus*. V době nemoci, jako specifickou formu rituálů, užívá meditaci. Vzdělání považuje za důležité.

Za rodinu respondentka považuje zejména otce, matku, dědu, babičky, dědečky, sestřenice, bratrance, tety, strýce a prastrýce. Čínská rodina žijící v ČR by měla mít dvě děti. V době hospitalizace, pokud by byl její zdravotní stav vážný, si nepřeje poskytování informací o jejím zdravotním stavu rodině. Typické chování své rodiny v době onemocnění člena rodiny popisuje: „Nemocného se snažíme dovést do nejbližší nemocnice, kde ho poté navštěvujeme, a nosíme mu čínské jídlo“. V případě nemoci je zvyklá pečovat o své příbuzné i doma, a to i za využití metod tradiční čínské medicíny.

S problémy a jejich řešením jí většinou pomůže rodina a příbuzní. Rodinu považuje za velmi důležitou.

Ve svém osobním pojetí času se soustředí na budoucnost. Běžně chodí spát v 1,00 a vstává v 8,00, přičemž je zvyklá *denně pracovat 12 hodin*. V současné době ale nepracuje. Považuje za *důležité přijímat léky v přesně určený čas*. Sestra by jí měla věnovat čas stejný jako ostatním pacientům.

Od sestry, která ji přináší léky, očekává, že ji vysvětlí, kdy lék vzít a jaké léky přináší. Respondentka se *obává závislosti na lécích*. Pokud má *bolest*, tak

ji není nutno tišit, pokud není rovnováha příliš porušena, ale i potom je možné bolest zvládnout meditací nebo bylinkami. Respondentka je léčitelka využívající tradiční čínskou medicínu. Pokud to jde, snaží se pečovat za pomoci TCM o své blízké a využívá zejména bylinek a akupunktury. TCM metody aplikuje jak ve zdraví, tak při nemoci.

České ošetřovatelství je, podle vyjádření respondentky, typické starším zařízením. *Čínské ošetřovatelství* je podle ní dobré, hlavně technické vybavení je dobré. *Rozdíl mezi čínským a českým ošetřovatelstvím* spatřuje zejména v různé úrovni technického vybavení. *Náplň práce sestry v ČR* popisuje jako pečování o nemocné v nemocnici nebo přítomnost u lékaře. *Náplň práce porodní asistentky v ČR* popisuje jako asistenci u porodu. *Náplň práce vysokoškolsky vzdělané sestry* je podle ní stejná jako u normálně vzdělané sestry. *Sestru popisuje jako* ženu ve světle oranžovém nebo bílém oblečení s pantoflemi, pečující o nemocné. Pokud by ji měl ošetřovat ošetřovatelský personál v ČR, považovala by u něj za nejdůležitější komunikaci a praktické dovednosti a zkušenosti.

Respondentka již byla hospitalizována v nemocničním zařízení v ČR. Při hospitalizaci považuje za pohodlné mít na pokoji WC zařízení i koupelnu, což není vždy v Číně běžné. Za nepohodlné považuje nepříliš vysokou úroveň zdravotnických zařízení a ošetřovatelské péče v ČR, což se podle ní projevuje hlavně v horším technickém vybavení. V případě nutnosti respondentka souhlasí s odhalováním částí těla při vyšetření, požaduje ale vysvětlení, k čemu je odhalení určeno. V případě neschopnosti pohybu by respondentka použila podložní mísu. Základní pomůcky, které považuje za vhodné vzít si do nemocnice, jsou osobní věci, svůj ručník, kartáček a čínské potraviny. Respondentka zaujímá názor, že *sestry v ČR odebírají vždy mnoho krve.*

Od sestry na oddělení (v nemocničním zařízení), která se jí ujme, očekává informace o oddělení a zavedení na pokoj. Pokud by měla respondentka možnost *výběru lůžka v nemocničním zařízení*, vybrala by si spíše lůžko u okna, protože je tam více světla. Za spolupacienta na stejném pokoji by nechtěla mít příslušníky romské menšiny, u černocho nebo černošky chce dodržování čistoty (výběr byl z možností Vietnamec,

Američan, Arab, Čech, příslušník romské menšiny, černoch z Jihoafrické republiky, Rus). Počet spolupacientů by měl být maximálně 2. V době své hospitalizace v nemocničním zařízení v ČR měla aplikovanu intravenózní kanylu, domnívá se, že kovový zavaděč intravenózní kanyly zůstává v těle, a to jí nebylo příjemné. (Po vysvětlení zavádění kanyly konstatuje respondentka, že nebyla dostatečně informována.) Pokud by po 10 minutách po zavedení intravenózní kanyly respondentku začalo okolí kanyly mírně pálit, informovala by sestru.

Ráno před operačním výkonem očekává od sestry informace o operaci. V době po operaci bude sama rehabilitovat. Pokud by respondentka byla na *ultrazvukovém vyšetření*, přála by si, aby jí byl aplikován gel mírně teplejší, a to zejména v době nemoci.

Při koupání využívá teplotu vody spíše vyšší, ne ale zase o mnoho vyšší, než je teplota organismu. Pravý čaj je dle respondentky složen z bylinek a horké vody. Bylinky by měly být nejlépe z Číny. Pokud by ošetrovatelský personál připravil na „noční stolek“ džbánek plný již *chladnějšího čaje*, tak by respondentka čaj nepila. Přeje si čaj, pokud možno, celý den teplý (např. za využití termónadobky). *Očekává, že tekutiny v nemocničním zařízení budou teplotou příjemné, a to jak čaj, tak i voda.* *Hlavní jídlo* by mělo být ráno, snídaně je nejdůležitější. Strava (snídaně, obědy, večere) by měla mít vyšší obsah rýže, jinak stejná jako u ostatních pacientů.

Tlumočnickem mezi českým ošetrovatelským personálem a jí jako pacientkou by měl být člen rodiny, kterého by si vybrala. Pokud by nebyla možná verbální domluva mezi ošetrovatelským personálem a jí, přála by si, aby komunikace probíhala pomocí gest nebo obrázků - piktogramů.

V případě kontaktu se zdravotnickým personálem a požadavkem na odběr biologického materiálu (krve, moči, stolice, mozkomíšního moku, sliny, jiné) by respondentka s odběrem souhlasila, ale chtěla by znát techniku výkonu a množství odebírané tekutiny. Domnívá se, že v ČR je odebíráno mnoho tekutin biologického charakteru (zejména krev). *V případě hospitalizace blízkého příbuzného* by ho respondentka navštěvovala každý den, byla by ráda, pokud by mohla

s hospitalizovaným členem rodiny chodit i v době nemoci ven. *Kontakt s rodinou v době hospitalizace* považuje respondentka za důležitý, pomáhá nastolit rovnováhu.

Aplikace injekce levou rukou od personálu respondentce nevádí. *Respondentka nebyla dosud dárce krve*. V případě potřeby by krevní transfuzi přijala. *Respondentka není seznámena s právy pacientů ČR*.

Respondentka spatřuje rozdíl mezi kulturou v ČR a v Číně zejména ve zvyklostech (jako jsou svátky, barvy aj.). *K zapojení do tvorby osobního léčebného plánu a jeho realizaci* uvádí respondentka, že by se do jeho tvorby zapojila aktivně, brala by bylinky a radila by se s lékařem ohledně léků. Respondentka se vyjádřila, že studená tekutina se má pít v případě onemocnění žaludku, jinak ne. Spíše se mají využívat teplejší tekutiny. Respondentka se dále vyjádřila, že v oblasti stravování v nemocničních zařízeních v ČR se pravděpodobně musí přizpůsobit stravě v nemocnici. Nebo nechat donášet stravu do nemocnice rodinou.

V případě úmrtí člena rodiny zvykem, většinou o tomto informují sestry. Následně rodina přijede a převleče blízkého do nového, normálního venkovního oblečení, potom teprve mohou blízkého odvézt. Při pohřebním obřadu poté čínská rodina používá lístečky, které hází směrem na hrob blízkého. Lístečky mohou být popsané různými přáními nebo i skutky blízkého. Mohou být také rostlinné, aby se vyjádřila harmonie s přírodou.

Respondentka dále vysvětluje, že v Číně je naprosto běžné provádění interrupcí. Domnívá se, že je to demografickým profilem Číny a snahou o mužského potomka. Interrupci je dle respondentky v Číně možno provést téměř kdykoliv.

Kazuistika respondentky č. 5

Vybrané odpovědi respondentky shrnuté ve strukturované kazuistice

Respondentka č. 5 je žena ve věku 44 let. Narodila se v Číně, nyní pobývá v ČR 5 let. Její mateřský jazyk je čínština, mírně ovládá češtinu (pozdrav). V běžné komunikaci užívá čínštinu. Pracuje jako servírka.

V oblasti životních hodnot řadí na první místo hodnotu zdraví, na druhé místo řadí respondentka členství v rodině, na třetí místo práci, jako čtvrtou hodnotu uvádí finance (další hodnoty neuvádí). *Zdraví* je dle vyjádření respondentky rovnováha mezi teplem a chladem, a také když není člověk ve vysokém věku nemocný. Svůj vztah k vlastnímu zdraví má dobrý, snaží se zdraví udržovat. Respondentka vyznává buddhismus. V době zdraví i nemoci provádí meditaci. Meditace ji může někdy pomoci k uzdravení. Vzdělání považuje za důležité.

Za *rodinu* respondentka považuje zejména maminku, otce, bratra, sestru, babičku, sestřenice, bratrance, tety, strýce a prastrýce. Čínská rodina žijící v ČR by měla mít dvě děti. V době hospitalizace respondentka souhlasí s poskytováním informací o jejím zdravotním stavu rodině, záleží ale na stupni onemocnění. Vážnou nemoc nechce rodině sdělovat. Její rodina se v případě nemoci chová tak, že se snaží nemocnému pomoci. Pokud je stav nemocného vážný, tak jdou do nemocnice. V případě nemoci je zvyklá pečovat o své příbuzné i doma. *S problémy a jejich řešením* si většinou pomůže sama meditací.

Ve svém osobním pojetí času se soustředí na budoucnost. Běžně chodí spát v 18,00 a vstává v 7,30, přičemž je zvyklá denně pracovat 12 hodin. Považuje za důležité přijímat léky v přesně určený čas. Čas by měla sestra věnovat respondentce stejný jako ostatním nemocným lidem.

Od sestry, která jí přináší léky, očekává, že jí sdělí, kdy má léky brát a vysvětlí jí účinky léků. Respondentka se obává závislosti na lécích. Pokud má bolest, tak bolest sama potlačuje (meditací). Respondentka je léčitelka využívající tradiční čínskou medicínu. Používá zejména bylinky a akupunkturu.

České ošetřovatelství má podle jejího vyjádření hodně lékařů, přičemž se musí často chodit od jednoho lékaře ke druhému. *V čínském ošetřovatelství* je málo času na nemocné. *Rozdíl mezi čínským a českým ošetřovatelstvím* nedokáže popsat. *Náplň práce sestry v ČR* popisuje jako ošetřování pacientů. *Náplň práce porodní asistentky v ČR* popisuje jako přítomnost při porodu a poskytování rad rodičkám. O náplni práce vysokoškolsky vzdělané sestry se domnívá, že ji tvoří lepší umění aplikace injekcí a lepší komunikace. *Sestru popisuje jako* paní ve světle oranžovém oblečení s pantoflemi.

Pokud by ji měl ošetřovat ošetřovatelský personál v ČR, považovala by u něj za nejdůležitější umění aplikovat injekci a komunikační dovednosti.

Respondentka již byla hospitalizována v nemocničním zařízení v ČLR, v ČR ne. Respondentka neví, co by mohla považovat v době hospitalizace za pohodlné, či nepohodlné. Chce hlavně kvalitní péči. V případě nutnosti respondentka souhlasí s odhalováním částí těla, v dětství je to naprosto normální, později již ne. V případě neschopnosti pohybu by respondentka určitě použila podložní mísu. Základní pomůcky, které považuje za vhodné vzít si do nemocnice, jsou pyžamo, bačkory, hygienické pomůcky a mobilní telefon. Respondentka zaujímá názor, že s odběrem krve souhlasí, pokud je to důležité. Domnívá se, že v Evropě se odebírá mnoho krve, oproti Číně.

Od sestry na oddělení (v nemocničním zařízení), která se jí ujme, očekává doprovod na pokoj, ukázání místa, kde je WC a dále seznámení s místem, kde jsou sestry k dispozici. Pokud by měla respondentka možnost *výběru lůžka v nemocničním zařízení*, vybrala by si lůžko u okna, protože je tam více světla. Vyjadřuje názor, že zářivky jsou sice světlo, ale neobsahují energii. Za spolupacienta na stejném pokoji by nechtěla mít příslušníka romské menšiny (výběr byl z možností Vietnamec, Američan, Arab, Čech, příslušník romské menšiny, černoch z Jihoafrické republiky, Rus). Počet spolupacientů by měl být maximálně 3. V případě aplikace *intravenózní kanyly* očekává od sestry, že ví co dělá, a umí ji aplikovat. Pokud by po 10 minutách po zavedení intravenózní kanyly respondentku začalo okolí kanyly mírně pálit a oblast by mírně zarudla, tak nebude nic dělat, protože je to normální.

Ráno před operačním výkonem očekává od sestry informace o průběhu operace. Od sestry, která jí ošetřuje první den po operaci, očekává informace o tom, jak rána vypadá. V době po operaci bude sama rehabilitovat. Pokud by respondentka byla na *ultrazvukovém vyšetření*, přála by si, aby jí byl aplikován gel příjemné teploty (ani teplý, ani studený), ale je důležité, aby to zvládl ten přístroj.

Při koupání využívá teplejší vodu, ale ne horkou. Pravý čaj je dle respondentky teplý nápoj s přírodními listky nebo sáčkový čaj. Pokud by ošetřovatelský personál připravil na „noční stolek“ džbánek plný již *chladnějšího čaje*, tak by ho respondentka nepila, protože v době nemoci potřebuje teplejší čaj. Očekává, že bude dostávat teplé

tekutiny. Nejdůležitější a hlavní jídlo je večere: teplá rýže, maso, zelenina a ovoce. Ke snídani v nemocničním zařízení by respondentka očekávala normální stravu, jako v ČR.

Thumočником mezi českým ošetrovatelským personálem a jí jako pacientkou by měl být člen rodiny nebo příbuzný. Pokud by *nebyla možná verbální domluva* mezi ošetrovatelským personálem a jí, přála by si, aby komunikace probíhala se slovníkem nebo s častými úsměvy. *V případě kontaktu se zdravotnickým personálem a požadavkem na odběr biologického materiálu* (krve, moči, stolice, mozkomíšního moku, sliny, jiné) s odběrem respondentka souhlasí. *V případě hospitalizace blízkého příbuzného* by ho navštěvovala každý den. *Kontakt s rodinou v době hospitalizace* považuje respondentka za důležitý, protože je to její rodina, součást společné rovnováhy.

Respondentka si nepřeje, aby jí byla aplikována injekce levou rukou. Respondentka nebyla dosud dárce krve. V případě potřeby by krevní transfuzi nepřijala, protože neví, jaký člověk dárce krve byl. *Respondentka není seznámena s právy pacientů ČR.*

Respondentka spatřuje rozdíl mezi kulturou v ČR a v Číně v tom, že v ČR je využíváno málo čínské medicíny. *K zapojení do tvorby osobního léčebného plánu a jeho realizaci* by respondentka přistupovala tak, aby jí bylo co nejlépe, brzy se uzdravila. Při jeho plánování i realizaci by spolupracovala se zdravotníky.

Kazuistika respondentky č. 6

Vybrané odpovědi respondentky shrnuté ve strukturované kazuistice

Respondentka č. 6 je žena ve věku 20 let. Narodila se v Číně, nyní pobývá v ČR 9 let. Její mateřský jazyk je čínština, mírně ovládá angličtinu. V běžné komunikaci užívá čínštinu. Pracuje v ekonomické sféře.

V oblasti životních hodnot řadí na první místo respondentka hodnotu spánek, na druhé místo zdraví, na třetí místo rodinu (další hodnoty neuvádí). *Zdraví* je, dle vyjádření respondentky, stav charakteristický nepřítomností nemoci. Vlastní vztah

ke zdraví má v rovnováze. Nyní je zdravá. Respondentka není věřící. Vzdělání považuje za důležité.

Za *rodinu* respondentka považuje zejména maminku, prarodiče, tety, strýce, prastrýce a bratrance. Čínská rodina žijící v ČR by měla mít dvě děti. Jednoho chlapce a jednu dívku. V době hospitalizace s vážným onemocněním respondentka nesouhlasí s poskytováním informací o jejím zdravotním stavu rodině. V případě běžných nemocí (ne vážných, ohrožujících přímo život) s poskytováním informací souhlasí. Pokud je člen rodiny nemocný, její rodina posoudí závažnost onemocnění. U mírnějšího onemocnění (jako je chřipka, kašel, kožní nemoc) vezme rodina nemocného k léčitelovi, v případě vážnější nemoci (špatný dech, infarkt, dlouhodobá nemoc bez rovnováhy) do nemocnice nebo za lékařem. V případě nemoci je zvyklá pečovat o své příbuzné i doma. *S problémy a jejich řešením* jí většinou pomůže maminka.

Ve svém osobním pojetí času se soustředí na přítomnost.

Běžně chodí spát ve 24,00 a vstává přibližně v 7,00, přičemž je *zvyklá denně pracovat 12 hodin*. Považuje za *důležité přijímat léky v přesně určený čas*. Čas by měla sestra věnovat respondentce normální, tak aby měla čas i na ostatní pacienty.

Od sestry, která jí přináší léky, očekává, že jí sdělí kdy léky brát.

Respondentka se *obává závislosti na lécích*. Pokud má *bolest*, tak se jí snaží potlačit.

Respondentka je dcera léčitelky využívající tradiční čínskou medicínu. Ona osobně využívá zejména bylinek a akupunktury.

České ošetřovatelství nedokáže popsat, protože dosud nebyla v nemocnici. *Čínské ošetřovatelství* také nedokáže popsat. *Domnívá se, že rozdíl mezi čínským a českým ošetřovatelstvím není žádný. Náplň práce sestry v ČR* popisuje jako ošetřování pacientů. Porodní asistentka v ČR je podle respondentky lékařka u porodů, řídí porod. *Vysokoškolsky vzdělaná sestra je vedoucí ostatních sester, umí lépe komunikovat s ostatními. Sestra je podle ní paní ve světle oranžovém oblečení s pantoflemi a notesem*. Pokud by jí měl ošetřovat ošetřovatelský personál v ČR, považovala by u něj za nejdůležitější komunikační dovednosti.

Respondentka nebyla dosud hospitalizována v žádném nemocničním zařízení.

Respondentka neví, co by mohla považovat v době hospitalizace za pohodlné,

či nepohodlné. V případě nutnosti respondentka souhlasí s odhalováním částí těla. V případě neschopnosti pohybu by respondentka použila podložní mísu. Základní pomůcky, které považuje za vhodné vzít si do nemocnice, je oblečení, obuv, hygienické pomůcky, ručník, a mobilní telefon. Respondentka zaujímá názor, že s odběrem krve souhlasí. V ČR má zkušenost s odběrem krve takovou, že jí bylo odebráno mnoho krve.

Od sestry na oddělení v nemocničním zařízení, která se jí ujme, očekává informace o tom, kde bude ležet. Pokud by měla respondentka možnost výběru lůžka v nemocničním zařízení, vybrala by si lůžko u okna, protože je tam více světla a více energie. Za spolupacienta na stejném pokoji by nechtěla mít příslušníka romské menšiny a černocha (výběr byl z možností Vietnamec, Američan, Arab, Čech, příslušník romské menšiny, černoch z Jihoafrické republiky, Rus). Počet spolupacientů by měl být maximálně 2. Ideální by bylo, kdyby mohla mít pokoj pouze pro sebe. V případě aplikace intravenózní kanyly nečeká od sestry nic zvláštního. Pokud by respondentku po 10 minutách po zavedení intravenózní kanyly začalo okolí zavedené kanyly mírně pálit a oblast by mírně zarudla, nebude s tím nic dělat, protože je to normální.

Ráno před operačním výkonem očekává od sestry informace jak se na výkon připravit. Od sestry, která jí ošetřuje první den po operaci, očekává informace o stavu rány. V době po operaci bude sama rehabilitovat.

Pokud by respondentka byla na *ultrazvukovém vyšetření*, přála by si, aby jí byl aplikován gel příjemné teploty, protože studený gel může ovlivnit přístroj.

Při koupání využívá teplejší vodu. Pokud by ošetřovatelský personál připravil na „noční stolek“ džbánek plný již chladnějšího čaje, tak by ho respondentka nepila, protože v době nemoci má dostávat teplejší čaj. Očekává, že bude dostávat teplý čaj a teplou vodu. Nejdůležitější a hlavní jídlo je snídaně a večeře: teplá rýže, maso, zelenina a ovoce. Ke snídani v nemocničním zařízení by respondentka očekávala rýži a zeleninu.

Tlumočником mezi českým ošetřovatelským personálem a jí jako pacientkou by měl být člen rodiny. Pokud by nebyla možná verbální domluva mezi ošetřovatelským

personálem a jí, přála by si, aby komunikace probíhala obrázky nebo za pomoci překladatele.

V případě kontaktu se zdravotnickým personálem a požadavkem na odběr biologického materiálu (krve, moči, stolice, mozkomíšního moku, sliny, jiné) s odběrem respondentka souhlasí, a to pokud bude seznámena s účelem odběru. V případě hospitalizace blízkého příbuzného by ho navštěvovala každý den. Kontakt s rodinou v době hospitalizace považuje respondentka za důležitý, protože její rodina ji pomáhá léčit se.

Respondentka souhlasí, aby jí případně byla aplikována injekce levou rukou.

Respondentka nebyla dosud dárce krve. V případě potřeby by krevní transfuzi přijala, ale je potřeba jí vysvětlit, co to krevní transfuze je, potom jí přijme. Respondentka není seznámena s právy pacientů ČR.

Respondentka spatřuje rozdíl mezi kulturou v ČR a v Číně v tom, že západ je rychlejší, a TCM působí pomaleji. K zapojení do tvorby osobního léčebného plánu a jeho realizaci by respondentka přistupovala aktivně.

Kazuistika respondenta č. 7

Vybrané odpovědi respondenta shrnuté ve strukturované kazuistice

Respondent č. 7 je muž ve věku 30 let. Narodil se v Číně, nyní pobývá v ČR 3 roky. Jeho mateřský jazyk je čínština, mírně ovládá angličtinu, začíná se učit češtinu. V běžné komunikaci užívá čínštinu. Pracuje jako podnikatel.

V oblasti životních hodnot řadí respondent na první místo hodnoty učení a vzdělání, na druhé místo zdraví, na třetí místo rodinu, jako čtvrtou hodnotu uvádí respondent finance (další hodnoty neuvádí). *Zdraví* je, dle vyjádření respondenta, rovnováha mezi Jin a Jang. V současné době je zdravý. Respondent vyznává buddhismus, vyjadřuje jisté pochyby o své víře. Vzdělání považuje za důležité.

V rodině má mít, dle respondenta, hlavní úlohu muž. Čínská rodina žijící v ČR by měla mít jedno dítě. V době hospitalizace nesouhlasí s poskytováním informací o jeho zdravotním stavu rodině. Chování své rodiny, v době onemocnění člena rodiny,

popisuje slovy: „Pokud onemocní maminka, tak by měla nejstarší dcera zastat její místo, pokud otec, tak musí synové více pracovat“. Občas je tedy nutné přivydělat si třeba v nějaké továrně u příbuzných. V případě nemoci je respondent zvyklý pečovat o své příbuzné i doma. V době onemocnění se rodina stará o nemocného, případně zastupuje úlohu nemocného. *S problémy a jejich řešením* pomáhají respondentovi příbuzní a kamarádi.

Ve svém osobním pojetí času se soustředí na budoucnost. Běžně chodí spát v 1,00 a vstává v 9,00, přičemž je zvyklý denně pracovat 12 hodin a více. Považuje za důležité přijímat léky v přesně určený čas. Čas by mu měla sestra věnovat větší než ostatním, protože chce mít více informací. *Od sestry, která mu přináší léky, očekává přinášení léků ve správnou dobu.* Respondent se obává závislosti na lécích. Pokud má bolest, tak ji netiší, protože se jedná o příznak nerovnováhy. *Respondent užívá tradiční čínskou medicínu, zejména bylinky.*

České ošetřovatelství popisuje slovy: „Odebíráte příliš velké množství krve, můžete tím ublížit rovnováze ve zdraví“. *Čínské ošetřovatelství* popisuje slovy: v Číně je to lepší. *Rozdíl mezi čínským a českým ošetřovatelstvím* spatřuje v tom, že v Číně je lepší ošetřovatelství, protože personál umí mluvit čínsky. *Sestra v ČR* je, podle jeho vyjádření, pomocnice doktora. *Porodní asistentka v ČR* je pomocnice doktora při porodu. *Náplň práce vysokoškolsky vzdělané sestry* je stejná jako u normální sestry. *Sestru popisuje* jako mladší ženu v oranžovém oblečení se jmenovkou. Pokud by ho měl ošetřovat ošetřovatelský personál v ČR, považoval by u něj za nejdůležitější umět podat správné léky. *Respondent nebyl zatím hospitalizován v nemocničním zařízení (ČLR i ČR).*

V průběhu hospitalizace považuje za pohodlné zejména příjemný přístup sestry. Nepohodlnost v průběhu hospitalizace neumí popsat. Respondent souhlasí s odhalováním částí těla při vyšetření, a to jak u lékaře, tak u sestry (u ní je to samozřejmé). V případě neschopnosti pohybu by respondent použil podložní mísu. Základní pomůcky, které považuje za vhodné vzít si do nemocnice, jsou boty, peníze, hygienické pomůcky a mobil. Respondent zaujímá názor, že s odběry krve souhlasí,

pokud mu někdo vysvětlí, proč je nutný tak velký odběr krve. V ČR je odebíráno mnoho krve.

Od sestry na oddělení (v nemocničním zařízení), která se ho ujme, očekává provázení po oddělení. Pokud by měl respondent možnost výběru lůžka v nemocničním zařízení, přál by si lůžko čisté a s co největším prostorem kolem. Za spolupacienta na stejném pokoji by nechtěl možná černocha (výběr byl z možností Vietnamec, Američan, Arab, Čech, příslušník romské menšiny, černoch z Jihoafrické republiky, Rus). Počet spolupacientů by měl být co nejmenší. V případě aplikace intravenózní kanyly od sestry očekává informace o tom, co se děje. Pokud by po 10 minutách po zavedení intravenózní kanyly respondenta začalo okolí kanyly mírně pálit, nebude dělat nic, je to normální.

Ráno před operačním výkonem očekává od sestry uklidnění. Od sestry, která ho ošetřuje první den po operaci, očekává informace o stavu rány. V době po operaci bude sám rehabilitovat.

Pokud by respondent byl na *ultrazvukovém vyšetření*, chce aplikaci gelu příjemné teploty, protože studená teplota je zde špatná a příliš horká také. *Při koupání využívá teplotu příjemnou tělu.* Pravý čaj je, podle jeho vyjádření, stejný jako v ČR. Pokud by ošetrovatelský personál připravil na „noční stolek“ džbánek plný již *chladnějšího čaje*, respondent by ho nepil, chce teplý čaj. *Očekává, že v nemocničním zařízení bude dostávat čaj a kávu. Hlavní jídlo je oběd. Ke snídani v nemocničním zařízení by respondent očekával čaj a kávu. Večeře ve zdravotnickém zařízení by měla být ve formě teplé rýže s masem. Maso by mělo být zpracováno na co nejmenší kousky.*

Tlumočnickem mezi českým ošetrovatelským personálem a jím jako pacientem by měl být někdo, kdo umí dobře mluvit česky. Pokud by *nebyla možná verbální domluva*, chtěl by komunikovat přes tlumočníka. *V případě kontaktu se zdravotnickým personálem a požadavkem na odběr biologického materiálu* (krve, moči, stolice, mozkomíšního moku, sliny, jiné) respondent s odběrem souhlasí, chce ale vysvětlit postup odběru. *V případě hospitalizace blízkého příbuzného* by ho navštěvoval denně. Kontakt s rodinou považuje za důležitý.

Aplikace injekce levou rukou od personálu respondentovi nevadí. Respondent byl v ČLR dárcem krve. Krevní transfuzi by přijal. Respondent není seznámen s právy pacientů ČR.

Respondent rozdíl mezi kulturou v ČR a v Číně nespatřuje. Respondent přijme vše, co mu řekne sestra a lékař. Plně se zapojí do tvorby osobního léčebného plánu a jeho realizace. Respondent vyjadřuje názor, že by byl vhodný rychlejší postup v českých nemocnicích k tomu, aby mohl jít pacient dříve domů (jako v ČLR).

Kazuistika respondenta č. 8

Vybrané odpovědi respondenta shrnuté ve strukturované kazuistice

Respondent č. 8 je muž ve věku 37 let. Narodil se v Číně, nyní pobývá v ČR 1 rok. Jeho mateřský jazyk je čínština, mírně ovládá angličtinu, začal se učit češtinu. V běžné komunikaci užívá čínštinu. Pracuje jako obchodník.

V oblasti životních hodnot řadí na první místo respondent hodnotu zdraví, na druhé místo rodinu, na třetí místo lásku, jako čtvrtou hodnotu uvádí respondent peníze (další hodnoty neuvádí). *Zdraví* je, dle vyjádření respondenta, když není přítomna nemoc. Nyní je zdravý. Snaží se udržovat zdraví, a to cvičením, prací a čínským stravováním. Respondent není věřící. Vzdělání považuje za důležité.

Za rodinu respondent považuje zejména své rodiče, prarodiče, sestřenice, bratrance, strýce, tety a prarodinu. Čínská rodina žijící v ČR by měla mít dvě děti. V době vážné hospitalizace respondent nesouhlasí, aby byla poskytována informace o jeho zdravotním stavu rodině. V případě nemoci pečuje o své příbuzné i doma, rodina vezme nemocného buď k léčiteli, nebo do nemocnice. Rodina se snaží, aby se nemocný uzdravil, připravuje pro něj čínské jídlo. *Při problémech* respondent méně komunikuje s druhými.

Ve svém osobním pojetí času se soustředí na budoucnost. Běžně chodí spát v 1,00 a vstává v 9,00, přičemž je zvyklý denně pracovat 14 hodin. Považuje za důležité *přijímat léky v přesně určený čas.* *Pokud mu sestra přinese léky, bude je brát přesně podle toho, co mu řekne.* Respondent se obává závislosti na lécích. Pokud má bolest,

tak ji netiší. *Respondent spíše nevyužívá tradiční čínskou medicínu, je využívána většinou v Číně.*

České ošetřovatelství i čínské ošetřovatelství je podle respondenta stejně dobré. Rozdíl mezi čínským a českým ošetřovatelstvím nespatřuje žádný. Sestra v ČR, podle jeho vyjádření, pomáhá nemocným. Porodní asistentka v ČR pomáhá při porodech. Náplň práce vysokoškolsky vzdělané sestry je stejná jako u jinak vzdělané sestry. Sestru pracující ve zdravotnictví nedokáže popsat slovy. Pokud by ho měl ošetřovat ošetřovatelský personál v ČR, považuje u něj za nejdůležitější umět podat správně léky.

Respondent nebyl zatím nikdy hospitalizován nemocničním zařízením (ČLR i ČR). Pokud je to nutné, tak respondent souhlasí s odhalováním částí těla při vyšetření. V případě neschopnosti pohybu by respondent použil podložní mísu. Základní pomůcky, které považuje za vhodné vzít si do nemocnice, jsou: hygienické pomůcky, boty, ručník, župan a mobil. Respondent zaujímá názor, že se v ČR odebírá příliš mnoho krve, přesto si odebrat krev nechá.

Od sestry na oddělení v nemocničním zařízení, která se ho ujme, očekává zajištění tlumočnicka a dále zavedení na pokoj. Pokud by měl respondent možnost výběru lůžka v nemocničním zařízení, přál by si lůžko u okna, je tam více světla. Za spolupacienta na stejném pokoji by chtěl Vietnamce (výběr byl z možností Vietnamec, Američan, Arab, Čech, příslušník romské menšiny, černochoz z Jihoafrické republiky, Rus). Počet spolupacientů chce maximálně do 3. V případě aplikace intravenózní kanyly očekává od sestry informace o výkonu. Pokud by po 10 minutách po zavedení intravenózní kanyly respondenta začalo okolí kanyly mírně pálit, tak si toto místo překryje mokrým ručníkem.

Ráno před operačním výkonem očekává od sestry informaci o době, kdy bude operace. Od sestry, která ho ošetřuje první den po operaci, očekává informace o stavu rány. V době po operaci bude sám rehabilitovat.

Pokud by respondent byl na ultrazvukovém vyšetření, chce aplikaci gelu příjemné teploty, protože studená může nějak ovlivnit tělo i přístroj.

Při koupání využívá teplotu příjemnou tělu. Pravý čaj je stejný jako v ČR. Pokud by ošetřovatelský personál připravil na „noční stolek“ džbánek plný již chladnějšího

čaje, respondent by ho vypil pouze v případě, že by mu bylo špatně. *Očekává, že v nemocničním zařízení bude dostávat čaj a teplou vodu. Hlavní jídlo je oběd. Ke snídani v nemocničním zařízení by respondent očekával rýži, zeleninu a trochu masa.*

Tlumočnickem mezi českým ošetrovatelským personálem a jím jako pacientem, by měl být někdo z rodiny. Pokud by nebyla možná verbální domluva mezi ošetrovatelským personálem a jím, chtěl by komunikovat přes tlumočníka.

V případě kontaktu se zdravotnickým personálem a požadavkem na odběr biologického materiálu (krve, moči, stolice, mozkomíšního moku, sliny, jiné) požaduje přes tlumočníka vysvětlení, k čemu vyšetření slouží a co má v jeho průběhu dělat.

V případě hospitalizace blízkého příbuzného by ho navštěvoval denně. Kontakt s rodinou považuje za důležitý, pomáhá mu v léčbě.

Aplikace injekce levou rukou od personálu respondentovi nevadí. Respondent nebyl dosud dárce krve, člen jeho rodiny ano. Krevní transfuzi by přijal. Respondent není seznámen s právy pacientů ČR.

Respondent spatřuje rozdíl mezi kulturou v ČR a v Číně v tom, že v ČR je vše pomalejší. Osobní zapojení do tvorby osobního léčebného plánu a jeho realizaci by prováděl tak, že by bral léky v určený čas a soustředil by se na návrat do práce.

Kazuistika respondentky č. 9

Vybrané odpovědi respondentky shrnuté ve strukturované kazuistice

Respondentka č. 9 je žena ve věku 25 let. Narodila se v Číně, nyní pobývá v ČR 14 dní. Její mateřský jazyk je čínština, ovládá angličtinu, a právě se začala učit češtinu. V běžné komunikaci užívá čínštinu. Pracuje jako obchodnice.

V oblasti životních hodnot řadí na první místo respondentka hodnoty práce a rodina, na druhé místo zdraví, na třetí místo přátele (další hodnoty neuvádí). *Zdraví* je podle respondentky stav bez přítomnosti nemoci. Na zdraví je potřeba vždy mít čas. Respondentka je věřící a vyznává *buddhismus*. V době nemoci i ve zdraví jako specifickou formu rituálů užívá meditaci. Vzdělání považuje za důležité.

Za *rodinu* respondentka považuje zejména všechny své příbuzné, má velkou rodinu. Čínská rodina žijící v ČR by měla mít dvě až tři děti. V době hospitalizace, pokud by byl její zdravotní stav vážný, si nepřeje poskytování informací o jejím zdravotním stavu rodině. Taková informace by jim mohla změnit rovnováhu (Jin a Jang). Její rodina se při výskytu nemoci o nemocného stará, vezme ho buď k léčitelovi, nebo přímo do nemocnice. V případě nemoci je zvyklá pečovat o své příbuzné i doma, a to i za využití metod tradiční čínské medicíny. *S problémy a jejich řešením* jí většinou pomohou příbuzní. Rodinu považuje za důležitou.

Ve svém osobním pojetí času se soustředí na přítomnost a na budoucnost. Běžně chodí spát kolem 1,00 a vstává v 9,00, přičemž je *zvyklá denně pracovat* 12h až 14h. Považuje za *důležité přijímat léky v přesně určený čas*. *Od sestry, která by jí přinášela léky, očekává, že ji vysvětlí, kdy má lék vzít*. Respondentka se *obává závislosti na lécích*. Pokud má *bolest*, tak ji nijak netiší. Tradiční čínskou medicínu spíše neužívá.

České ošetřovatelství popisuje respondentka slovy: „Je dobré, jen berete mnoho krve do zkumavek“. *Čínské ošetřovatelství* je, podle ní, také dobré. *Rozdíl mezi čínským a českým ošetřovatelstvím* spatřuje zejména v tom, že v Číně může jít nemocný člověk rovnou do nemocnice. Oproti tomu v ČR musí jít nemocný člověk nejprve k lékaři, a odtud teprve do nemocnice. V ČR je zdravotnictví zbytečně pomalé. *Náplň práce sestry v ČR* popisuje jako starání se o pacienty a pomáhání jim. *Náplň práce porodní asistentky v ČR* popisuje jako pomoc a přítomnost u porodu. *Vysokoškolsky vzdělaná sestra* je ve vedoucích funkcích. *Sestru si představuje jako ženu ve světlém oblečení s pantoflemi a s injekcí*. Pokud by ji měl ošetřovat ošetřovatelský personál v ČR, považovala by u něj za nejdůležitější schopnost zjistit, co jí je a poskytování správné a odborné péče.

Osobně nebyla nikdy hospitalizována v nemocničním zařízení (v ČLR i v ČR). Při hospitalizaci považuje za pohodlné mít ve svém okolí příjemnou světle zelenou barvu a příjemnou vůni. V případě nutnosti souhlasí s odhalováním částí těla při vyšetření. V případě neschopnosti pohybu by použila podložní mísu. Základní pomůcky, které považuje za vhodné vzít si do nemocnice, jsou: hygienické pomůcky, obuv a ručník. V případě požadavku na odběr krve si krev nechá odebrat.

Od sestry (na oddělení v nemocničním zařízení), která se jí ujme, respondentka očekává zavedení na pokoj. Pokud by měla možnost výběru lůžka v nemocničním zařízení, vybrala by si lůžko u okna, lůžko by muselo být čisté. Za spolupacienta na stejném pokoji by chtěla Češku (pro možnost výuky češtiny), a nechtěla by být v pokoji s černoškou (výběr byl z možností Vietnamec, Američan, Arab, Čech, příslušník romské menšiny, černoch z Jihoafrické republiky, Rus). Počet spolupacientů by měl být maximálně 1. Přála by si jednolůžkový pokoj. Respondentka v případě aplikace intravenózní kanyly očekává od sestry informace o tom, k čemu výkon slouží. Pokud by po 10 minutách po zavedení intravenózní kanyly respondentku začalo okolí kanyly mírně pálit a oblast by mírně zarudla, tak neví jak jednat.

Ráno před operačním výkonem očekává od sestry informace o průběhu tohoto dne. Od sestry, která jí ošetřuje první den po operaci, očekává informace o tom, jak rána vypadá. V době po operaci bude sama rehabilitovat. V případě ultrazvukového vyšetření si respondentka přeje aplikaci gelu příjemné teploty, protože studený gel není dobrý na organismus.

Při koupání využívá teplotu vody příjemnou (mezi teplou a studenou). Pravý čaj je dle respondentky složen z vody a lístků. Pokud by ošetřovatelský personál připravil na „noční stolek“ džbánek plný již chladnějšího čaje, tak by tento čaj nepila, raději by si uvařila čaj vlastní. Očekává, že v nemocničním zařízení bude k dispozici teplý čaj a minerální voda. Hlavní jídlo by měl být oběd, připravený dle zvyklostí ČR. Ke snídani v nemocničním zařízení očekává rýžovou kaši a čaj. Večeři dostat nemusí, protože tu jí přinese rodina (většinou pečivo, zelenina a rýže).

Tlumočnickem mezi českým ošetřovatelským personálem a jí jako pacientkou, by měl být tlumočnick, nebo člen rodiny. Tlumočnick nebo člen rodiny musí umět dobře česky. Pokud by nebyla možná verbální domluva mezi ošetřovatelským personálem a jí, přála by si, aby komunikace probíhala pomocí úsměvů, gest nebo obrázků. V případě kontaktu se zdravotnickým personálem a požadavkem na odběr biologického materiálu (krve, moči, stolice, mozkomíšního moku, sliny, jiné) respondentka s odběrem souhlasí, domnívá se, že to nelze odmítnout. V případě hospitalizace blízkého příbuzného by ho

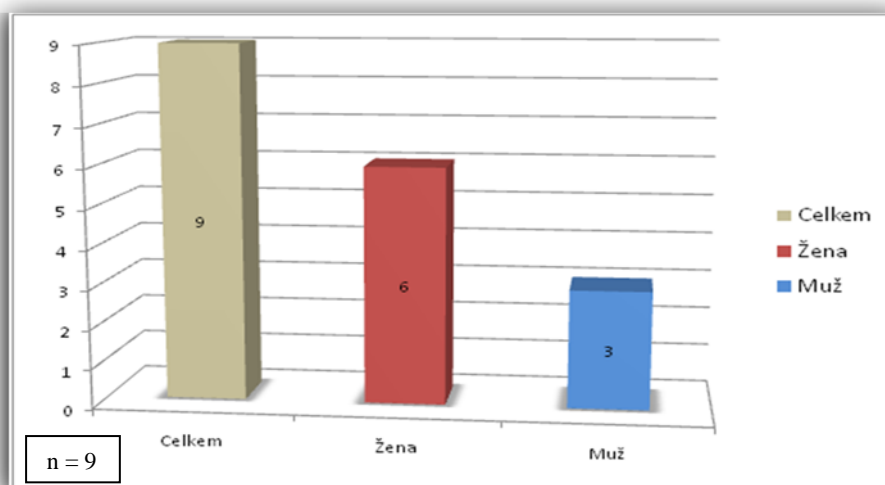
respondentka navštěvovala každý den. *Kontakt s rodinou v době hospitalizace považuje za důležitý.*

Aplikace injekce levou rukou od personálu respondentce nevadí. Respondentka nebyla dosud dárce krve. V případě potřeby by krevní transfuzi přijala. Respondentka není seznámena s právy pacientů ČR.

K zapojení do tvorby osobního léčebného plánu a jeho realizaci uvádí respondentka, že by udělala vše pro to, aby byla rychleji zdravá a péče byla co nejpohodlnější. Respondentka uvedla, že o práci sestry v Číně neuvažovala, protože by musela vystudovat vysokou školu.

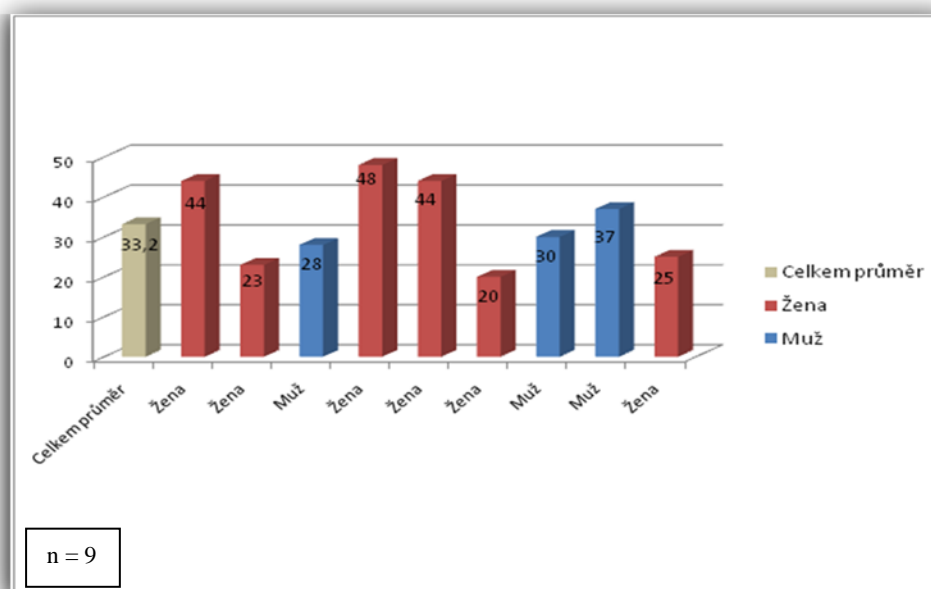
4.2 Základní grafy

Graf 1 Pohlaví respondentů



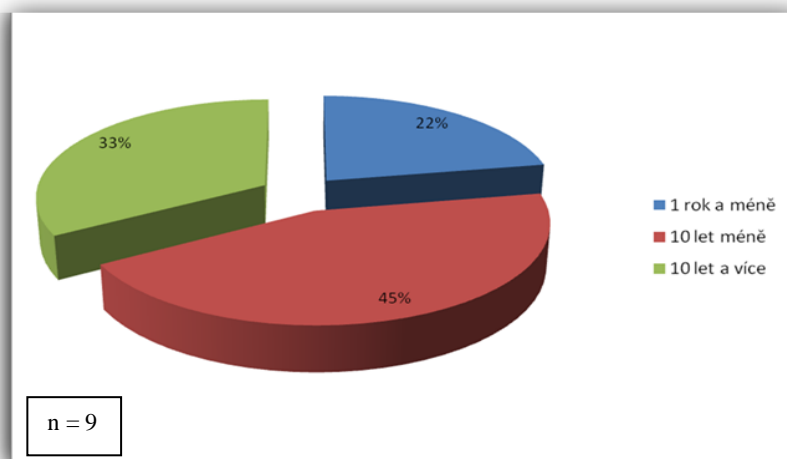
Na tomto grafu prezentujeme pohlaví respondentů. Z celkového počtu 9 (100 %) respondentů bylo 6 (67 %) žen, a 3 (33 %) mužů.

Graf 2 Věk respondentů



Na tomto grafu prezentujeme uvedený věk respondentů našeho výzkumu. Průměrný věk respondentů je 33,2 let. Věk respondentek žen byl 20, 23, 25, 44, 44 a 48 let. Věk respondentů mužů byl 28, 30 a 37 let.

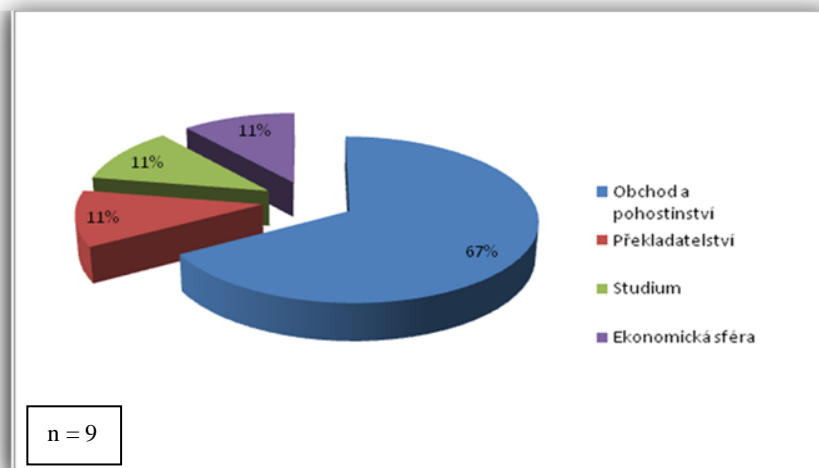
Graf 3 Délka pobytu v ČR



Na tomto grafu prezentujeme údaje o délce pobytu respondentů v ČR.

Do skupiny respondentů o délce pobytu v ČR 1 rok a méně, řadíme 2 (22 %) respondenty (14 dní, 1 rok). Do skupiny respondentů o délce pobytu v ČR 10 let a méně, řadíme 4 (45 %) respondenty (31, 5, 9, 10 let). Do skupiny respondentů o délce pobytu v ČR od 10 let více, řadíme 3 (33 %) respondenty (11, 14, 16 let).

Graf 4 Povolání respondentů



Na tomto grafu prezentujeme rozložení povolání u našich respondentů.

Celkem 6 (67 %) respondentů pracuje v obchodnictví nebo v pohostinství. 1 (11 %) respondent pracuje v oblasti překladařských služeb. 1 (11 %) respondent studuje, a 1 (11 %) respondent pracuje v ekonomické sféře.

4.3 Kategorizace dat v tabulkách a grafech

Seznam kategorizačních skupin

- 1) Zdraví a jeho definování (tabulka 1)
- 2) Víra či životní filozofie respondentů (tabulka 2)
- 3) Pojetí rodiny (tabulka 3)
- 4) Úloha rodiny v době onemocnění člena rodiny (tabulka 4)
- 5) Pomoc s problémy (tabulka 5)
- 6) Reakce na podráždění (tabulka 6)
- 7) Pracovní doba (graf 5)
- 8) Příjem léků v přesně určený čas (graf 6)
- 9) Obavy ze závislosti na lécích (graf 7)
- 10) Bolest a její řešení (tabulka 7)
- 11) Využití TCM (graf 8)
- 12) Pojetí českého ošetrovatelství (tabulka 8)
- 13) Pojetí čínského ošetrovatelství (tabulka 9)
- 14) Rozdíly mezi českým a čínským ošetrovatelstvím (tabulka 10)
- 15) Sestra v ČR a její práce (tabulka 11)
- 16) Porodní asistentka v ČR a její práce (tabulka 12)
- 17) Vysokoškolsky vzdělaná sestra a její práce (tabulka 13)
- 18) Popis sestry (tabulka 14)
- 19) Co je u ošetrovatelského personálu nejdůležitější (tabulka 15)
- 20) V ČR berete příliš mnoho krve (tabulka 16)
- 21) Výběr lůžka (tabulka 17)
- 22) Počet spolupacientů (graf 9)
- 23) Aplikace intravenózní kanyly (tabulka 18)
- 24) Zarudnutí v oblasti i.v. kanyly (tabulka 19)
- 25) Očekávání respondentů ráno v den operace, od oš. sestry (tabulka 20)
- 26) Očekávání respondentů první den po operaci, od oš. sestry (tabulka 21)
- 27) Studený čaj (graf 10)
- 28) Tlumočník (tabulka 22)
- 29) Když není možná verbální domluva (tabulka 23)
- 30) Odběry biologického materiálu (tabulka 24)
- 31) Navštěvování nemocného příbuzného v nemocničním zařízení (graf 11)
- 32) Aplikace injekce levou rukou (graf 12)
- 33) Krevní transfuze (graf 13)
- 34) Znalost práv pacientů (graf 14)
- 35) Kulturní rozdíly (tabulka 25)
- 36) Zapojení do tvorby léčebného plánu (tabulka 26)
- 37) Rovnováha (tabulka č. 27)
- 38) Strava (tabulka 28)
- 39) Postoj ke sdělování zdravotního stavu rodině (graf 15)

Tabulka 1

Zdraví a jeho definování

R = respondent	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
Bez potíží	1	1								
Rovnováha	5		1	1	1	1		1		
Stav bez nemoci	3						1		1	1
Celkový výskyt	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: co je podle Vás zdraví? Nejčastější kategorie odpovědi je *rovnováha*, celkem 5krát. Kategorie *stav bez nemoci*, je uvedena celkem 3krát. Nejméně zastoupená kategorie byla *bez potíží*, a to celkem 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 9.

Tabulka 2

Víra či životní filozofie respondentů

R = respondent	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
Nevyznává	4		1	1			1		1	
Budhismus	4				1	1		1		1
Křesťanství	1	1								
Celkový výskyt	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Uznáváte nějaké náboženství, životní filozofii? Nejčastější kategorie odpovědi je *budhismus*, uvedena celkem 4krát, a současně také kategorie odpovědi *nevyznává*, uvedena také 4krát. Nejméně zastoupená kategorie je *křesťanství*, a to celkem 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 9.

Tabulka 3
Pojetí rodiny

R = respondent	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
Velká rodina	7	1	1		1	1	1		1	1
Malá rodina	1			1						
Nedokáže sdělit	1							1		
Celkový výskyt	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů o pojetí rodiny. Nejčastější kategorie odpovědi je *velká rodina*, uvedena celkem 7krát. Další kategorie odpovědi *malá rodina*, byla uvedena pouze 1krát. Kategorie odpovědi *nedokáže sdělit*, byla uvedena pouze 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 9.

Tabulka 4
Úloha rodiny v době onemocnění člena rodiny

R = respondent	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
Odchod k lékaři	1	1								
Snaha pomoci převzetím role	2		1					1		
Pečování	4			1			1	1		1
Odchod do nemocnice	4				1	1	1		1	
Odchod k léčiteli	2						1		1	
Rovnováha	1					1				
Celkový výskyt	14	1	1	1	1	2	3	2	2	1

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů o úloze rodiny v době onemocnění člena rodiny. Nejčastější kategorie odpovědi je *pečování*, uvedena celkem 4krát, a zároveň *odchod do nemocnice*, také uvedena celkem 4krát. Kategorie odpovědi *snaha pomoci převzetím role*, byla uvedena 2krát. Kategorie odpovědi *odchod k léčiteli*, byla uvedena také 2krát. Kategorie odpovědi *odchod k lékaři*, byla uvedena pouze 1krát. Kategorie odpovědi *rovnováha*, byla uvedena také 1krát. Respondenti č. 1, 2, 3, 4 a 9, odpověděli (jsou řazeni) vždy v jediné kategorii, tzn. 1krát. Respondenti č. 5, 7 a 8, odpověděli v kategoriích celkem 2krát. Respondent č. 6, odpověděl v kategoriích celkem 3krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 14.

Tabulka 5
Pomoc s problémy

R = respondent	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
Přátelé	4	1	1					2		
Rodina a příbuzní	6		1	1	1		1		1	1
Sám sobě	1					1				
Celkový výskyt	11	1	2	1	1	1	1	2	1	1

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: kdo, nebo co, vám obvykle pomáhá vyrovnat se s problémy? Nejčastější kategorie odpovědi je *rodina a příbuzní*, byla uvedena celkem 6krát. Kategorie odpovědi *přátelé*, byla uvedena celkem 4krát. Kategorie odpovědi *sám sobě*, byla uvedena 1krát. Respondenti č. 1, 3, 4, 5, 6, 8 a 9, odpověděli (jsou řazeni) v jediné kategorii, tzn. 1krát. Respondenti č. 2 a 7 odpověděli v kategoriích celkem 2krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 11.

Tabulka 6
Reakce na podráždění

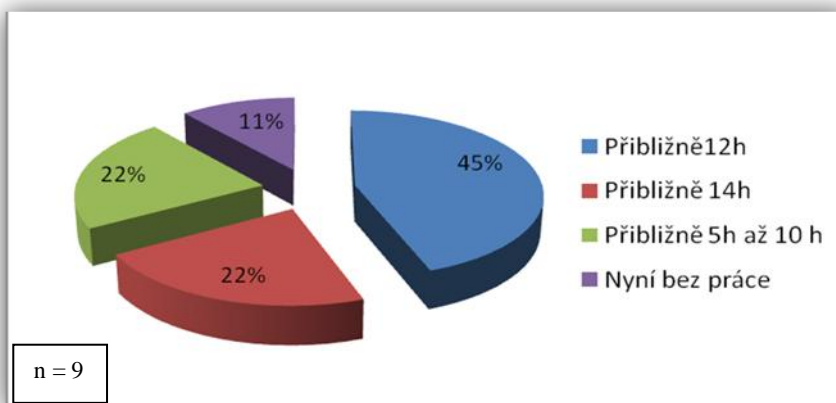
R = respondent	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
Nevím	3	1		1						1
Nervozita	1		1							
Menší komunikace	4				1		1	1	1	
Nestává se to	1					1				
Snaha o vnitřní zvládnutí	1								1	
Celkový výskyt	10	1	1	1	1	1	1	1	2	1

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: jak odpovídáte a reagujete, když jste podrážděný/á? Nejčastější kategorie odpovědi je *menší komunikace*, byla uvedena celkem 4krát. Kategorie odpovědi *nevím*, byla uvedena celkem 3krát. Kategorie odpovědi *nervozita*, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědi *nestává se to*, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědi *snaha o vnitřní zvládnutí*, byla uvedena 1krát. Respondenti č. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 a 9, odpověděli (jsou řazeni) v jediné kategorii, tzn. 1krát. Respondent č. 8 odpověděli v kategoriích celkem 2krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 10.

Graf 5

Kategorizace odpovědí respondentů: pracovní doba

Na tomto grafu prezentujeme údaje o uváděné délce pracovní doby respondentů.



V kategorii odpovědi *přibližně 12 hodin*, odpověděli celkem 4 (45%) respondenti.

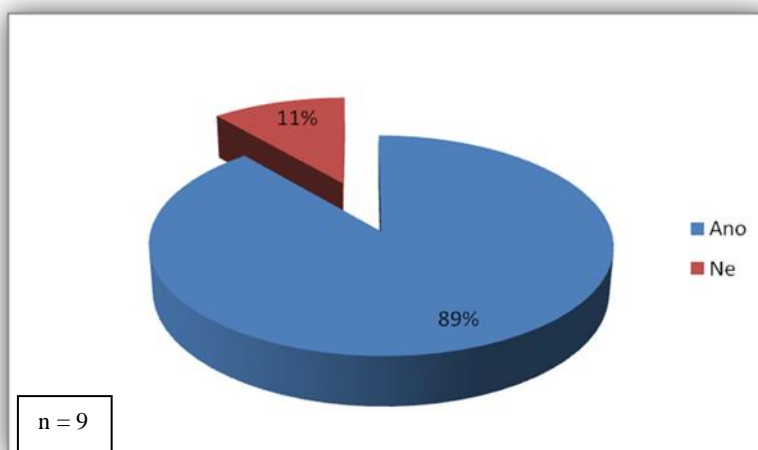
V kategorii odpovědi *přibližně 14 hodin*, odpověděli celkem 2 (22 %) respondenti.

V kategorii odpovědi *přibližně 5 až 10 hodin*, odpověděli celkem 2 (22 %) respondenti.

V kategorii odpovědi *nyní bez práce*, odpověděl celkem 1 (11 %) respondent.

Graf 6

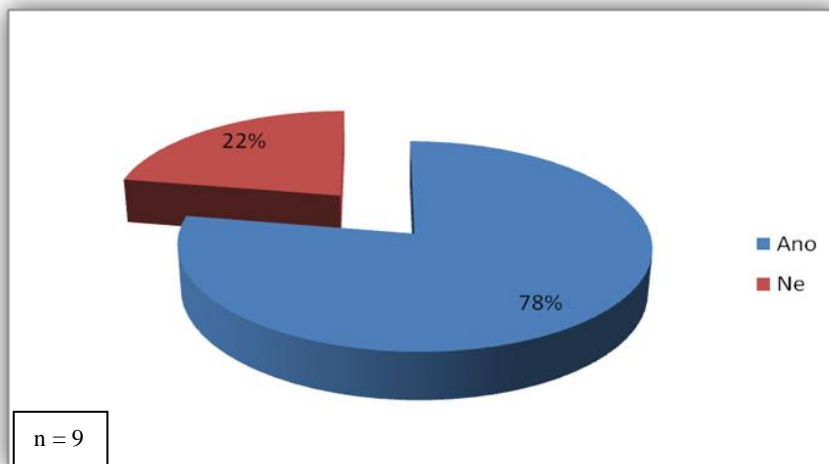
Kategorizace odpovědí respondentů: příjem léků v přesně určený čas



Na tomto grafu prezentujeme odpovědi respondentů na otázku: považujete za důležité přijímat léky v přesně určený čas? V kategorii *ano* odpovědělo celkem 8 (89%) respondentů. V kategorii *ne* odpověděl 1 (11%) respondent.

Graf 7

Kategorizace odpovědí respondentů: obava ze závislosti na lécích



Na tomto grafu prezentujeme odpovědi respondentů na otázku: obáváte se závislosti na lécích? V kategorii *ano* odpovědělo celkem 7 (78%) respondentů. V kategorii *ne* odpověděli 2 (22%) respondenti.

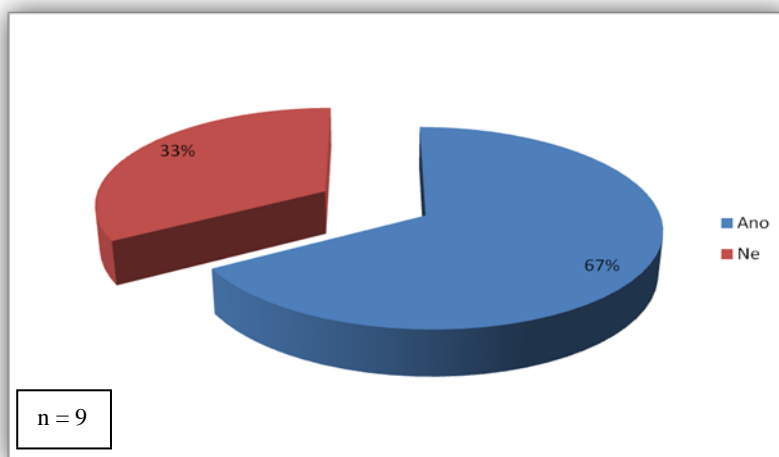
Tabulka 7

Bolest a její řešení

R = respondent	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
Léky	2	1	1							
Snaha o vydržení	3		1			1	1			
Netiším	4				1			1	1	1
Jdu k lékaři	1			1						
Celkový výskyt	10	1	2	1	1	1	1	1	1	1

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů v kategorii bolest a její řešení. Nejčastější kategorie odpovědi je *netiším*, byla uvedena celkem 4krát, související kategorie odpovědi *snaha o vydržení*, byla uvedena celkem 3krát. Kategorie odpovědi *léky*, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědi *jdu k lékaři*, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědi *snaha o vnitřní zvládnutí*, byla uvedena 1krát. Respondenti č. 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8 a 9, odpověděli (jsou řazeni) v jediné kategorii, tzn. 1krát. Respondent č. 2 odpověděl v kategoriích celkem 2krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 10.

Graf 8
Kategorizace odpovědí respondentů: využití TCM



Na tomto grafu prezentujeme odpovědi respondentů na otázky o osobním využívání tradiční čínské medicíny u respondentů. V kategorii *ano* odpovědělo celkem 6 (67%) respondentů. V kategorii *ne* odpověděli 3 (33%) respondenti.

Tabulka 8
Pojetí českého ošetřovatelství

R = respondent	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
Je dobré	5	1	1	1					1	1
Starší zařízení	1				1					
Mnoho lékařů, příliš chození	1					1				
Odběr velkého množství krve	2							1		1
Nevím	1						1			
Celkový výskyt	10	1	1	1	1	1	1	1	1	2

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: co si myslíte o českém ošetřovatelství? Nejčastější kategorie odpovědi *je dobré*, byla uvedena celkem 5krát. Kategorie odpovědi *odběr velkého množství krve*, byla uvedena celkem 2krát. Kategorie odpovědi *starší zařízení*, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědi *mnoho lékařů, příliš chození*, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědi *nevím*, byla uvedena 1krát. Respondenti č. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 a 8, odpověděli (jsou řazeni) v jediné kategorii, tzn. 1krát. Respondent č. 9 odpověděl v kategoriích celkem 2krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 10.

Tabulka 9
Pojetí čínského ošetřovatelství

R = respondent	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
Dobré	6	1	1	1	1				1	1
Málo času na nemocné	1					1				
Málo ošetřovatelského personálu	1	1								
V Číně je lepší	1							1		
Nevím	1						1			
Celkový výskyt	10	2	1	1	1	1	1	1	1	1

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: co si myslíte o čínském ošetřovatelství? Nejčastější kategorie odpovědi *je dobré*, byla uvedena celkem 6krát. Kategorie odpovědi *málo času na nemocné*, byla uvedena celkem 1krát. Kategorie odpovědi *málo ošetřovatelského personálu*, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědi *v Číně je lepší péče*, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědi *nevím*, byla uvedena 1krát. Respondenti č. 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 a 9 odpověděli (jsou řazeni) v jediné kategorii, tzn. 1krát. Respondent č. 1 odpověděl v kategoriích celkem 2krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 10.

Tabulka 10
Rozdíly mezi českým a čínským ošetřovatelstvím

R = respondent	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
V ČR vše déle trvá	2	1								1
V ČR je složitý příjem do nemocnice	1									1
Sestry jsou v Číně hlavně v nemocnici	1	1								
V Číně se platí za zdravotnické služby	1			1						
V Číně je kvalitnější zařízení	1				1					
V Číně je lepší	1							1		
Není rozdíl	3					1	1		1	
Nevím	1		1							
Celkový výskyt	11	2	1	1	1	1	1	1	1	2

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Spatřujete nějaký rozdíl mezi čínským a českým ošetřovatelstvím? Ve výsledné kategorizaci došlo k výskytu celkem dvou subkategorií, a to rozdíl v ČR, rozdíl v Číně.

Do subkategorie rozdíl v ČR řadíme kategorie odpovědí *v ČR vše trvá déle*, která byla uvedena 2krát. A Dále do zde řadíme kategorii odpovědi *v ČR je složitý příjem do nemocnice*, která byla uvedena 1krát. Celkem jsou do této subkategorie zahrnuty 2 kategorie odpovědí, o celkovém počtu uvedení 3.

Do subkategorie rozdíl v Číně řadíme kategorie odpovědí *sestry jsou v Číně hlavně v nemocnici*, která byla uvedena 1krát. Dále do ni řadíme kategorii odpovědi *v Číně se platí za zdravotnické služby*, která byla uvedena 1krát. Dále do ni řadíme kategorii odpovědi *v Číně je kvalitnější zařízení*, která byla uvedena 1krát. Jako poslední do ni řadíme kategorii odpovědi *v Číně je lepší*, která byla uvedena 1krát. Celkem jsou do této subkategorie zahrnuty 4 kategorie odpovědí, o celkovém počtu uvedení 4. Kategorie odpovědi *není rozdíl*, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědi *nevím*, byla uvedena 1krát.

Respondenti č. 2, 3, 4, 5, 6, 7 a 8, odpověděli (jsou řazeni) v jediné kategorii, tzn. 1krát. Respondenti č. 1 a 9 odpověděli v kategoriích celkem 2krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 11.

Tabulka 11
Sestra v ČR a její práce

R = respondent	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
Pomoc lékařovi	4	1		1	1			1		
Ošetřování	7	1	1		1	1	1		1	1
Celkový výskyt	11	2	1	1	2	1	1	1	1	1

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: jaká je podle Vás náplň práce (zdravotní) sestry v ČR? Nejčastější kategorie odpovědi *ošetřování*, byla uvedena celkem 7krát. Kategorie odpovědi *pomoc lékařovi*, byla uvedena celkem 4krát. Respondenti č. 2, 3, 5, 6, 7, 8 a 9 odpověděli (jsou řazeni) v jediné kategorii, tzn. 1krát. Respondenti č. 1 a 4 odpověděli v kategoriích celkem 2krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 11.

Tabulka 12
Porodní asistentka v ČR a její práce

R = respondent	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
Pomoc lékařovi	2		1					1		
Asistence při porodu	6	1	1		1	1			1	1
Poskytování informací rodičkám	1					1				
Lékařka u porodů	1						1			
Nevím	1			1						
Celkový výskyt	11	1	2	1	1	2	1	1	1	1

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: jaká je podle Vás náplň práce porodní asistentky v ČR? Nejčastější kategorie odpovědi *asistence při porodu*, byla uvedena celkem 6krát. Kategorie odpovědi *pomoc lékařovi*, byla uvedena celkem 2krát. Kategorie odpovědi *poskytování informací rodičkám*, byla uvedena celkem 1krát. Kategorie odpovědi *lékařka u porodů*, byla uvedena celkem 1krát. Kategorie odpovědi *nevím*, byla uvedena také celkem 1krát. Respondenti č. 1, 3, 4, 6, 7, 8 a 9 odpověděli (jsou řazeni) v jediné kategorii, tzn. 1krát. Respondenti č. 2 a 5 odpověděli v kategoriích celkem 2krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 11.

Tabulka 13
Vysokoškolsky vzdělaná sestra a její práce

R = respondent	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
Práce v nemocnici	1	1								
Stejná jako u zdravotní sestry	4		1		1			1	1	
Řídí porody	1					1				
Vedoucí sester	3					1	1			1
Lépe komunikuje	2			1			1			
Celkový výskyt	11	1	1	1	1	2	2	1	1	1

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Jaká je podle Vás náplň práce vysokoškolsky vzdělané (zdravotní) sestry?

Nejčastější kategorie odpovědi *stejná jako u zdravotní sestry*, byla uvedena celkem 4krát. Kategorie odpovědi *vedoucí sester*, byla uvedena celkem 3krát. Kategorie odpovědi *lépe komunikuje*, byla uvedena celkem 2krát. Kategorie odpovědi *práce v nemocnici*, byla uvedena celkem 1krát. Respondenti č. 1, 2, 3, 4, 7, 8 a 9 odpověděli (jsou řazeni) v jediné kategorii, tzn. 1krát. Respondenti č. 5 a 6 odpověděli v kategoriích celkem 2krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 11.

Tabulka 14
Popis sestry

R = respondent	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
Žena	2	1						1		
Bílé oblečení	5	1	1	1	1					1
Pantofle	5	1			1	1	1			1
Světle oranžové oblečení	5			1	1	1	1	1		
Pečuje o nemocné	3		1	1	1					
Jmenovka	1							1		
Injekce	1									1
Nedokáže popsat	1								1	
Celkový výskyt	23	3	2	3	4	2	2	3	1	1

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: jak by jste popsal/a (zdravotní) sestru v ČR?

Nejčastější kategorie odpovědi se vyskytují tři. Kategorie odpovědi *bílé oblečení*, byla uvedena celkem 5krát. Kategorie odpovědi *světle oranžové oblečení*, byla uvedena také celkem 5krát. Kategorie odpovědi *pantofle*, byla uvedena také celkem 5krát. Další z kategorií odpovědi *pečuje o nemocné*, byla uvedena celkem 3krát. Kategorie odpovědi *žena*, byla uvedena 2krát. Kategorie odpovědi *jmenovka*, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědi *injekce*, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědi *nedokáže popsat*, byla uvedena 1krát. Respondenti č. 8 a 9 odpověděli (jsou řazeni) v jediné kategorii, tzn. 1krát. Respondenti č. 2, 5 a 6 odpověděli v kategoriích celkem 2krát. Respondenti č. 1, 3 a 7 odpověděli v kategoriích celkem 3krát. Respondent č. 4 odpověděl v kategoriích celkem 4krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 23.

Tabulka 15
Co je u ošetrovatelského personálu nejdůležitější

R = respondent	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
Přesné zjišťování problému	2	1								1
Praktické schopnosti	5		1	1	1	1				1
Příjemné vystupování a komunikace	5		1	1	1	1	1			
Podává správné léky	1							1		
Léky podává správným způsobem	1								1	
Celkový výskyt	14	1	2	2	2	2	1	1	1	2

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: pokud by Vás měl ošetřovat ošetrovatelský personál v ČR, co by jste u něj považoval/a za nejdůležitější? Nejčastější kategorie odpovědi *praktické schopnosti*, byla uvedena celkem 5krát. Nejčastější Kategorie odpovědi *příjemné vystupování a komunikace*, byla uvedena také celkem 5krát. Kategorie odpovědi *přesné zjišťování problému*, byla uvedena celkem 2krát. Kategorie odpovědi *podává správné léky*, byla uvedena celkem 1krát. Kategorie odpovědi *léky podává správným způsobem*, byla uvedena celkem 1krát. Respondenti č. 1, 6, 7 a 8 odpověděli (jsou řazeni) v jediné kategorii, tzn. 1krát. Respondenti č. 2, 3, 4, 5 a 9 odpověděli v kategoriích celkem 2krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 14.

Tabulka 16**Počet výskytu kategorie odpovědi: v ČR berete příliš mnoho krve**

R = respondent	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
Výskyt v otázce: české ošetřovatelství	2							1		1
Výskyt v otázce: sestra odběr	6	1	1		1	1		1	1	
Výskyt v otázce: názor na odběr	2	1					1			
Výskyt v otázce: dárce krve	1				1					
Celkový výskyt	10	2	1	0	2	1	1	2	1	1

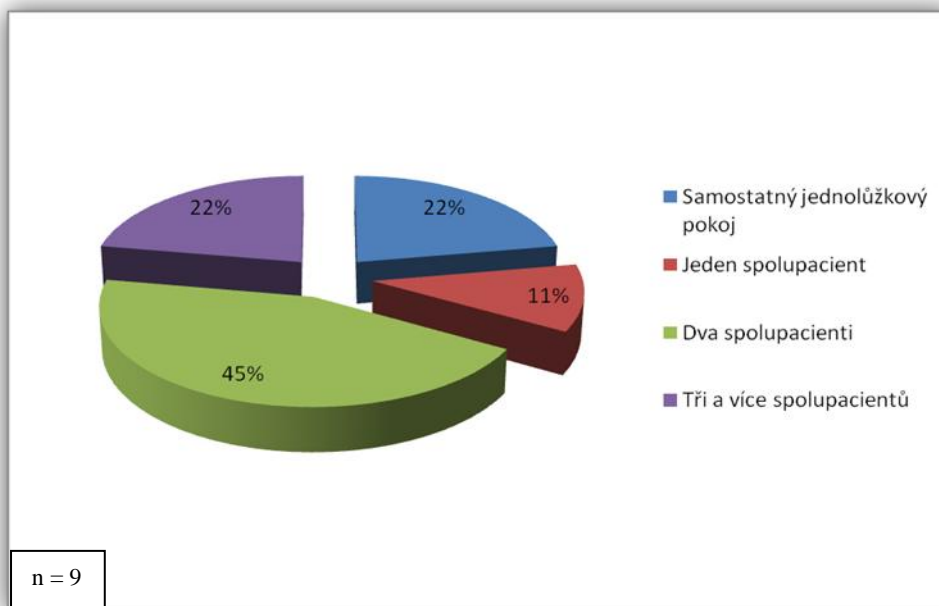
Tato tabulka prezentuje výskyt kategorie odpovědi respondentů: v ČR berete příliš krve. Nejčastěji se tato odpověď vyskytla při otázce s výskytem slov sestra a odběr, celkem 6krát. Dále se tato odpověď vyskytla při otázce s výskytem slov české ošetřovatelství a to celkem 2krát. Dále se tato odpověď vyskytla při otázce s výskytem slov názor na odběr, celkem 2krát. V jednom případě se tato odpověď vyskytla, také při otázce s výskytem slov dárce krve. Celkem je tedy výskyt této kategorie odpovědi 10krát.

Tabulka 17**Výběr lůžka**

R = respondent	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
Uprostřed	1	1								
U okna (více energie)	6			1	1	1	1		1	1
Čisté lůžko	2							1		1
Nezáleží na tom	1		1							
Celkový výskyt	10	1	1	1	1	1	1	1	1	2

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na simulační otázku: sestra Vás přivedla na pokoj, a nyní Vám nabízí lůžko které je určeno pro Vás, vyberete si lůžko u okna, lůžko uprostřed, nebo lůžko u dveří? Nejčastější kategorie odpovědi *u okna z důvodu vyšší energie*, byla uvedena celkem 6krát. Kategorie odpovědi *čisté lůžko*, byla uvedena celkem 2krát. Kategorie odpovědi *uprostřed*, byla uvedena celkem 1krát. Kategorie odpovědi *nezáleží na tom*, byla uvedena také celkem 1krát. Respondenti č. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 a 8 odpověděli (jsou řazeni) v jediné kategorii, tzn. 1krát. Respondent č. 9 odpověděl v kategoriích celkem 2krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 10.

Graf 9
Kategorizace odpovědí respondentů: počet spolupacientů



Na tomto grafu prezentujeme kategorizované odpovědi respondentů o jejich názoru na počet spolupacientů, který by jim vyhovoval v případě hospitalizace a pobytu na nemocničním pokoji. V kategorii odpovědi *dva spolupacienti*, odpověděli celkem 4 (45%) respondenti.

V kategorii odpovědi *tři a více spolupacientů*, odpověděli celkem 2 (22 %) respondenti.

V kategorii odpovědi *samostatný jednolůžkový pokoj*, odpověděli celkem 2 (22 %) respondenti.

V kategorii odpovědi *jeden spolupacient*, odpověděl celkem 1 (11 %) respondent.

Tabulka 18
Aplikace intravenózní kanyly

R = respondent	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
Informace o výkonu	7	1	1	1	1			1	1	1
Eliminaci strachu	1	1								
Nezáleží na tom	1						1			
Správnou aplikaci	1					1				
Celkový výskyt	10	2	1	1	1	1	1	1	1	1

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na simulační otázku: přichází k Vám sestra s intravenózní kanylou, co od ní očekáváte, že Vám sdělí? Nejčastější kategorie odpovědi *informace o výkonu*, byla uvedena celkem 7krát. Kategorie odpovědi *eliminace strachu*, byla uvedena celkem 1krát. Kategorie odpovědi *správnou aplikaci*, byla uvedena celkem 1krát. Kategorie odpovědi *nezáleží na tom*, byla uvedena celkem 1krát. Respondenti č. 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 a 9 odpověděli (jsou řazeni) v jediné kategorii, tzn. 1krát. Respondent č. 1 odpověděl v kategoriích celkem 2krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 10.

Tabulka 19
Zarudnutí v oblasti i.v. kanyly

R = respondent	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
Přiložím mokrý ručník	2	1							1	
Zavolám sestřičku	3		1	1	1					
Je to normální	4					1	1	1	1	
Nevím	1									1
Celkový výskyt	10	1	1	1	1	1	1	1	2	1

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na simulační otázku: přibližně po 10 minutách po zavedení kanyly Vás začalo okolí kanyly mírně pálit a oblast mírně zarudla, co uděláte? Nejčastější kategorie odpovědi *je to normální*, byla uvedena celkem 4krát. Kategorie odpovědi *zavolám sestřičku*, byla uvedena celkem 3krát. Kategorie odpovědi *přiložím mokrý ručník*, byla uvedena celkem 2krát. Kategorie odpovědi *nevím*, byla uvedena celkem 1krát. Respondenti č. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 a 9 odpověděli (jsou řazeni) v jediné kategorii, tzn. 1krát. Respondent č. 8 odpověděl v kategoriích celkem 2krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 10.

Tabulka 20**Očekávání respondentů ráno v den operace, od ošetřující sestry**

R = respondent	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
Postup operace	1	1								
Délka hospitalizace	1	1								
Umístění po operaci	1		1							
Informace o předoperační přípravě	2		1				1			
Uklidnění	1							1		
Informaci o organizace operačního dne	5			1	1	1			1	1
Celkový výskyt	11	2	2	1	1	1	1	1	1	1

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na simulační otázku: (zdravotní) sestra k Vám přichází ráno před operačním výkonem, co od ní očekáváte?

Nejčastější kategorie odpovědi *informaci o organizace operačního dne*, byla uvedena celkem 5krát. Kategorie odpovědi *informace o předoperační přípravě*, byla uvedena celkem 2krát. Kategorie odpovědi *postup operace*, byla uvedena celkem 1krát. Kategorie odpovědi *délka hospitalizace*, byla uvedena celkem 1krát. Kategorie odpovědi *umístění po operaci*, byla uvedena celkem 1krát. Kategorie odpovědi *uklidnění*, byla uvedena celkem 1krát. Respondenti č. 3, 4, 5, 6, 7, 8 a 9 odpověděli (jsou řazeni) v jediné kategorii, tzn. 1krát. Respondenti č. 1 a 2 odpověděli v kategoriích celkem 2krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 11.

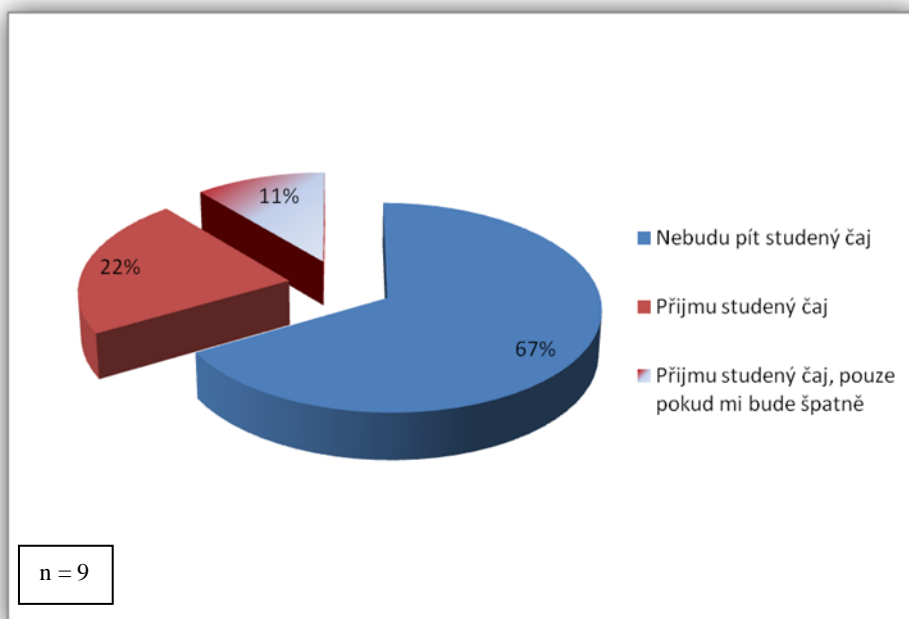
Tabulka 21**Očekávání respondentů první den po operaci, od ošetřující sestry**

R = respondent	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
Informace o svém stavu	1	1								
Informace o stavu rány	7		1	1		1	1	1	1	1
Studený obklad	1		1							
Odborný převaz rány	1			1						
Celkový výskyt	10	1	2	2	0	1	1	1	1	1

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na simulační otázku: (zdravotní) sestra Vám první den po operaci převazuje operační ránu, co od ní očekáváte?

Nejčastější kategorie odpovědi *informaci o stavu rány*, byla uvedena celkem 7krát. Kategorie odpovědi *informace o svém stavu* byla uvedena celkem 1krát. Kategorie odpovědi *studený obklad*, byla uvedena celkem 1krát. Kategorie odpovědi *odborný převaz rány*, byla uvedena celkem 1krát. Respondenti č. 1, 4, 5, 6, 7, 8 a 9 odpověděli (jsou řazeni) v jediné kategorii, tzn. 1krát. Respondenti č. 2 a 3 odpověděli v kategoriích celkem 2krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 10.

Graf 10
Kategorizace odpovědí respondentů: studený čaj



Na tomto grafu prezentujeme kategorizované odpovědi respondentů na simulační otázku: ošetřovatelský personál Vám připravil na „noční stolek“ džbánek plný již chladnějšího čaje. Jak budete reagovat?

V kategorii odpovědi *nebudu pít studený čaj*, odpovědělo celkem 6 (67%) respondentů.

V kategorii odpovědi *přijmu studený čaj, pouze pokud mi bude špatně*, odpověděli celkem 2 (22 %) respondenti.

V kategorii odpovědi *přijmu studený čaj*, odpověděl celkem 1 (11 %) respondent.

Tabulka 22**Tlumočník**

R = respondent	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
Rodina	7	1		1	1	1		1	1	1
Známý	2		1	1						
Profesionální tlumočník	1			1						
Znalec českého jazyka	2						1			1
Celkový výskyt	12	1	1	3	1	1	1	1	1	2

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku o tom, kdo by měl být tlumočník v době hospitalizace. Nejčastější kategorie odpovědi *rodina*, byla uvedena celkem 7krát. Kategorie odpovědi *známý* byla uvedena celkem 2krát. Kategorie odpovědi *znalec českého jazyka*, byla uvedena celkem 2krát. Kategorie odpovědi *profesionální tlumočník*, byla uvedena celkem 1krát. Respondenti č. 1, 2, 4, 5, 6, 7 a 8 odpověděli (jsou řazeni) v jediné kategorii, tzn. 1krát. Respondent č. 9 odpověděl v kategoriích celkem 2krát. Respondent č. 3 odpověděl v kategoriích celkem 3krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 12.

Tabulka 23**Pokud není možná verbální domluva**

R = respondent	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
Slovník	4	1		1	1	1				
Obrázky (piktogramy)	4	1	1				1			1
Úsměv a gestikulace	5		1	1	1	1				1
Tlumočník	3						1	1	1	
Celkový výskyt	16	2	2	2	2	2	2	1	1	2

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku o tom, jak má probíhat komunikace, pokud není možná verbální forma.

Nejčastější kategorie odpovědi *úsměv a gestikulace*, byla uvedena celkem 5krát. Kategorie odpovědi *slovník* byla uvedena celkem 4krát. Kategorie odpovědi *obrázky (piktogramy)*, byla uvedena celkem 4krát. Kategorie odpovědi *tlumočník*, byla uvedena celkem 3krát. Respondenti č. 7 a 8 odpověděli (jsou řazeni) v jediné kategorii, tzn. 1krát. Respondenti č. 1, 2, 3, 4, 5, 6 a 9 odpověděli v kategoriích celkem 2krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 16.

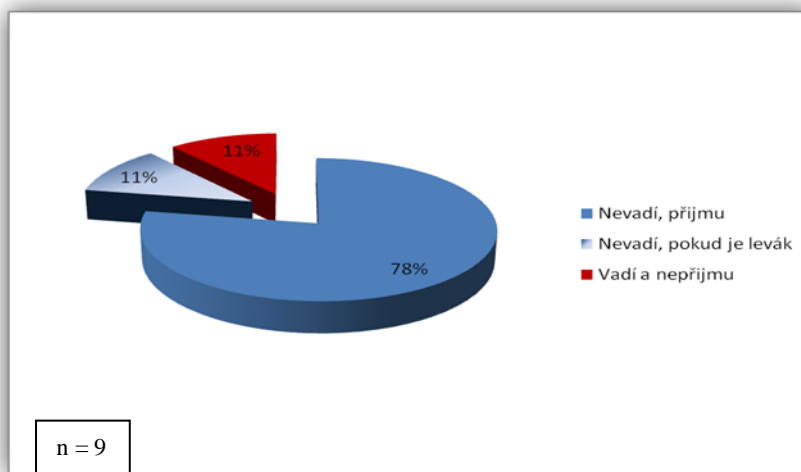
Tabulka 24
Odběry biologického materiálu

R = respondent	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
Souhlasí	8	1	1	1	1	1	1	1		1
Očekává informace o výkonu	6		1	1	1		1	1	1	
Nelze odmítnout	1									1
Celkový výskyt	15	1	2	2	2	1	2	2	1	2

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku o souhlasu k odběru biologického materiálu v případě potřeby.

Nejčastější kategorie odpovědi *souhlasí*, byla uvedena celkem 8krát. Kategorie odpovědi *očekává informace o výkonu*, byla uvedena celkem 6krát. Kategorie odpovědi *nelze odmítnout*, byla uvedena celkem 1krát. Respondenti č. 1, 5 a 8 odpověděli (jsou řazeni) v jediné kategorii, tzn. 1krát. Respondenti č. 2, 3, 4, 6, 7 a 9 odpověděli v kategoriích celkem 2krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 15.

Graf 11
Kategorizace odpovědí respondentů: aplikace injekce levou rukou



Na tomto grafu prezentujeme kategorizované odpovědi respondentů na otázku: Jaký názor máte na aplikaci injekce levou rukou od ošetrovatelského personálu?

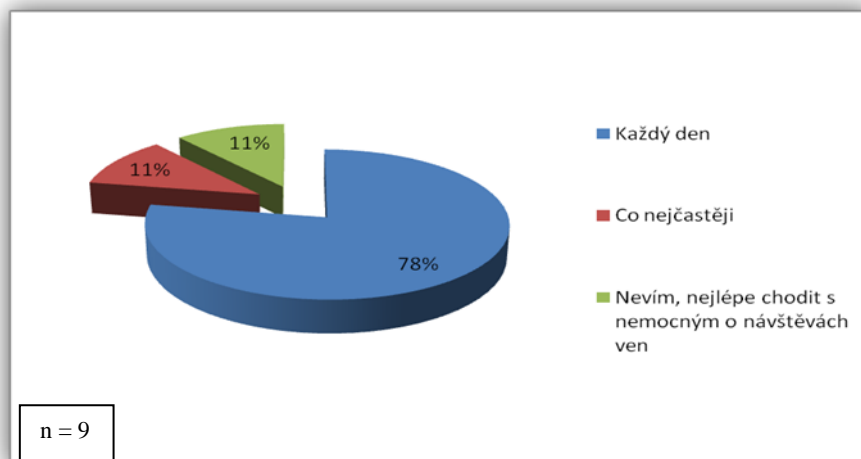
V kategorii odpovědi *nevadí, přijmu*, odpovědělo celkem 7 (78 %) respondentů.

V kategorii odpovědi *nevadí, pokud je levák*, odpověděl celkem 1 (11 %) respondent.

V kategorii odpovědi *vadí a nepřijmu*, odpověděl celkem 1 (11 %) respondent.

Graf 12

Kategorizace odpovědí respondentů: navštěvování nemocného příbuzného v nemocničním zařízení



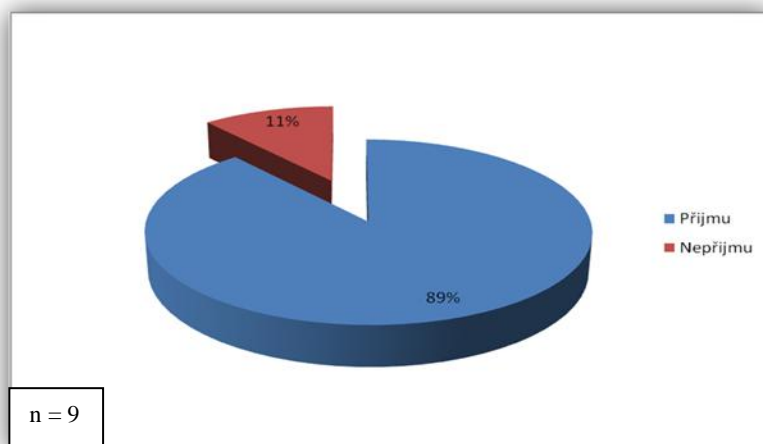
Na tomto grafu prezentujeme kategorizované odpovědi respondentů na otázku: pokud je hospitalizován Váš blízký příbuzný, jak často by jste ho v nemocnici navštěvoval?

V kategorii odpovědi *každý den*, odpovědělo celkem 7 (78 %) respondentů.

V kategorii odpovědi *co nejčastěji*, odpověděl celkem 1 (11 %) respondent.

V kategorii odpovědi *nevím, nejlépe chodit s nemocným o návštěvách ven*, odpověděl celkem 1 (11 %) respondent.

Graf 13
Kategorizace odpovědí respondentů: krevní transfuze

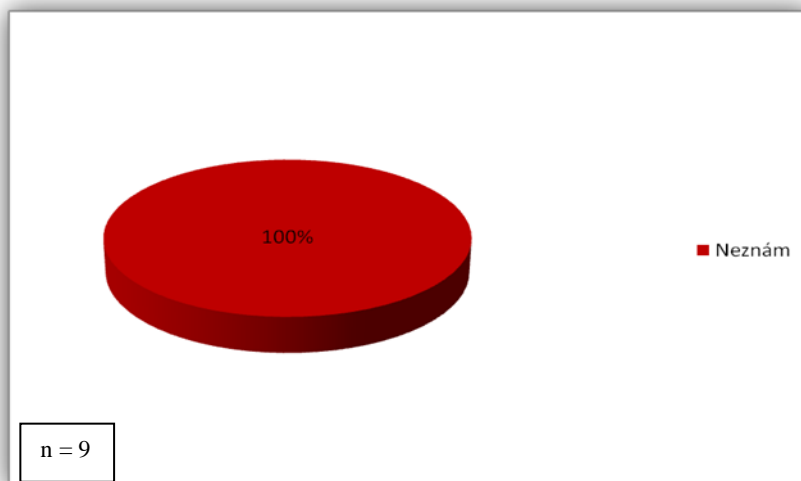


Na tomto grafu prezentujeme kategorizované odpovědi respondentů na část otázky: jaký máte vztah ke krevním transfuzím?

V kategorii odpovědi *přijmu*, odpovědělo celkem 8 (89 %) respondentů.

V kategorii odpovědi *nepřijmu*, odpověděl celkem 1 (11 %) respondent.

Graf 14
Kategorizace odpovědí respondentů: znalost práv pacientů



Na tomto grafu prezentujeme kategorizované odpovědi respondentů na otázku: znáte práva pacientů ČR? Řekněte prosím, jaké právo pacienta v ČR považujete za nejdůležitější. V kategorii odpovědi neznám, odpovědělo všech 9 respondentů (100 %).

Tabulka 25
Kulturní rozdíly

R = respondent	Součet	R1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8	R 9
Odchod do práce po porodu (30 dní)	1	1								
Jiný způsob léčení	2		1			1				
Rychlejší západ	2						1		1	
Rozdíly existují	1							1		
Zvyky	1				1					
Nevím	1									1
Nejsou	1			1						
Celkový výskyt	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku o tom, jaké kulturní rozdíly spatřují mezi ČR a Čínou. Nejčastější kategorie odpovědi *jiný způsob léčení*, byla uvedena celkem 2krát. Nejčastější kategorie odpovědi *rychlejší západ*, byla uvedena také celkem 2krát. Kategorie odpovědi *odchod do práce po porodu po 30-ti dnech* byla uvedena celkem 1krát. Kategorie odpovědi *rozdíly existují*, byla uvedena celkem 1krát. Kategorie odpovědi *zvyky*, byla uvedena celkem 1krát. Kategorie odpovědi *nejsou*, byla uvedena celkem 1krát. Kategorie odpovědi *nevím*, byla uvedena celkem 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 10.

Tabulka 26
Zapojení do tvorby léčebného plánu

R = respondent	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
Přijmutí všech opatření	2	1						1		
Aktivita	3		1		1		1			
Informace	3			1		1			1	
Snaha o uzdravení	3		1			1				1
Léky	2				1				1	
Pohodlí	1									1
TCM	1				1					
Celkový výskyt	15	1	2	1	3	2	1	1	2	2

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku o tom, jak by se zapojili do svého léčebného plánu. Nejčastější kategorie odpovědi *aktivita*, byla uvedena celkem 3krát. Nejčastější kategorie odpovědi *informace*, byla uvedena celkem 3krát. Nejčastější kategorie odpovědi *snaha o uzdravení*, byla uvedena také celkem 3krát. Kategorie odpovědi *přijmutí všech opatření* byla uvedena celkem 2krát. Kategorie odpovědi *léky* byla uvedena celkem 2krát. Kategorie odpovědi *pohodlí*, byla uvedena celkem 1krát. Kategorie odpovědi *tradiční čínská medicína*, byla uvedena celkem 1krát. Respondenti č. 1, 3, 6 a 7 odpověděli (jsou řazeni) v jediné kategorii, tzn. 1krát. Respondenti č. 2, 5, 8 a 9 odpověděli v kategoriích celkem 2krát. Respondent č. 4 odpověděl v kategoriích celkem 3krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 15.

Tabulka 27**Kategorizace výskytu odpovědí respondentů: rovnováha**

R = respondent	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
Výskyt v otázce: zdraví	5		1	1	1	1		1		
Výskyt v otázkách: teplo a chlad	1		1							
Výskyt v otázce: bolest	1				1					
Celkový výskyt	7	0	2	1	2	1	0	1	0	0

Tato tabulka prezentuje výskyt kategorie odpovědi respondentů: vyjadřující rovnováhu, důležitost rovnováhy, stav rovnováhy.

Nejčastěji se tato odpověď vyskytla při otázce o zdraví, celkem 2krát. Dále se tato odpověď vyskytla při otázkách o teple a chladu a to celkem 1krát. Dále se tato odpověď vyskytla při otázce o bolesti, celkem 1krát. Celkem je tedy výskyt této kategorie odpovědi 4krát.

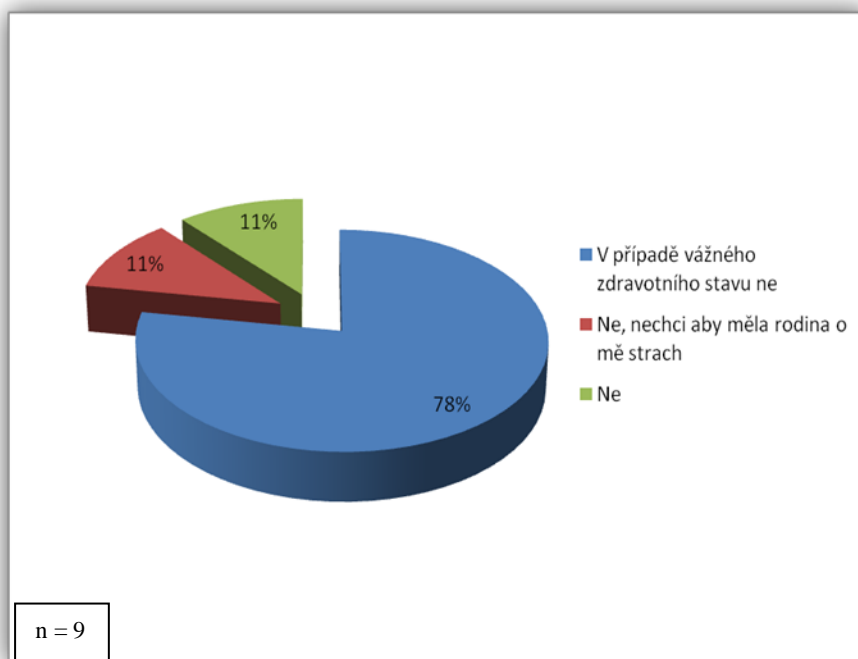
Tabulka 28
Strava

R = respondent	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
Rýže	5	1			1	1	1		1	
Domácí strava	2		1						1	
Normální jako v ČR	2				1	1				
Čaj	3	1						1		1
Káva	1							1		
Pečivo	3	1	1	1						
Maso	2					1			1	
Knedlíky	1			1						
Kaše	1									1
Polévka	1		1							
Zelenina	3					1	1		1	
Celkový výskyt	24	3	3	2	2	4	2	2	4	2

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku o podobě stravy v nemocnici. Nejčastější kategorie odpovědi *rýže*, byla uvedena celkem 5krát. Kategorie odpovědi *čaj*, byla uvedena celkem 3krát. Kategorie odpovědi *pečivo*, byla uvedena celkem 3krát. Kategorie odpovědi *zelenina*, byla uvedena celkem 3krát. Kategorie odpovědi *domácí strava* byla uvedena celkem 2krát. Kategorie odpovědi *normální jako v ČR* byla uvedena celkem 2krát. Kategorie odpovědi *maso* byla uvedena celkem 2krát. Kategorie odpovědi *káva*, byla uvedena celkem 1krát. Kategorie odpovědi *knedlíky*, byla uvedena celkem 1krát. Kategorie odpovědi *kaše*, byla uvedena celkem 1krát. Kategorie odpovědi *polévka*, byla uvedena celkem 1krát. Respondenti č. 3, 4, 6, 7 a 9 odpověděli (jsou řazeni) ve dvojích kategoriích, tzn. 2krát. Respondenti č. 1 a 2 odpověděli v kategoriích celkem 3krát. Respondenti č. 5 a 8 odpověděli v kategoriích celkem 4krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 24.

Graf 15

Kategorizace odpovědí respondentů: postoj ke sdělování zdravotního stavu rodině



Na tomto grafu prezentujeme kategorizované odpovědi respondentů o sdělování zdravotního stavu rodině, v případě hospitalizace.

V kategorii odpovědi *v případě vážného zdravotního stavu ne* celkem 7 (78 %) respondentů.

V kategorii odpovědi *ne* 2 (22 %) respondentů, z toho 1 (11 %) respondent z důvodu aby o něj neměla rodina strach, a 1 (11 %) respondent uvedl přímo *ne*.

5. Diskuse

Předmětem našeho výzkumu bylo zjišťování zvláštností v ošetrovatelské péči u příslušníků čínské minoritní skupiny. Výsledky našeho výzkumu plně vycházejí z provedených rozhovorů. Nejzajímavější sumarizované výsledky jsou obsaženy v kategorizovaných skupinách v kapitole Výsledky výzkumu. V této diskusi budeme pracovat zejména s výsledky zpracovanými pomocí rámcové analýzy (kategorizovaných skupin).

Již na počátku výzkumu nás zajímala *oblast chápání zdraví* u respondentů. V čínské odborné literatuře, a zejména u autorů Wonga a Panga, je uváděna definice zdraví jako stav rovnováhy mezi vnitřním a vnějším prostředím člověka (43,44). Z pohledu respondentů je zdraví nejčastěji chápáno jako *rovnovážný stav*. Tento výsledek znázorňujeme v tabulce 1. Je zde patrný soulad s čínskou odbornou literaturou a jejím pojetím zdraví.

Oblast, která se ukázala při zpracovávání výsledků jako velmi zajímavá, je rovnováha a její vnímání našimi respondenty. Odpověď rovnováha (respektive kategorie rovnováha) se vyskytovala nejen v souvislosti s definicí zdraví u respondentů, ale vyskytovala se i v odpovědích respondentů na otázky o bolesti a jejím řešení a v otázkách o teple a chladu. Výskyt a srovnání uváděné kategorie rovnováha, u našich respondentů, znázorňujeme v tabulce 28. Rovnováha mezi teplem a chladem, stejně jako rovnováha mezi bolestí a stavem bez bolesti, vychází z kořenů konfuciánské filozofie a buddhismu. Pro úplnost znázorňujeme v tabulce 2 preference našich respondentů v oblasti víry a životní filozofie. Mezi respondenty je patrna převaha vyznavačů buddhismu a respondentů, kteří žádné náboženství či životní filozofii nevyznávají.

Co se ukázalo být pro naše respondenty důležité jak v době zdraví, tak i v době nemoci (a zejména v rekonvalescenci), je *rodina*. V průběhu výzkumu a vlastních rozhovorů jsme zjistili, že rodina pro naše respondenty znamená (v širokém měřítku) vlastního otce, matku, vlastní děti, dědu, babičku, tetu, strýce, sestřence a bratrance, přičemž kontakt s nimi je velmi četný (i oproti českému pojetí rodiny) a pro naše respondenty důležitý, viz tabulka 3. Jak uvádí autorka Obuchová, rodina se stala v Číně

samostatným právním subjektem, přičemž se stává důležitější než jedinec samotný. Rodina má také často status podnikatelský. Tradiční čínskou rodinu stále udržují pohromadě nejenom sociální a spirituální potřeby, ale také materiální výhody – např. nižší náklady na společné bydlení s prarodiči, s předpokladem budoucího hlídání vnoučat apod. Tradiční ideální čínská rodina byla nejčastěji viděna jako „čtyři generace pod jednou střešou“. Sice tento princip nemusí být všude realizován, ale přesto zakořeněné principy, jako je vzájemná odpovědnost a spolupatříčnost, napomáhají většímu počtu rodin žijících v několika generacích pospolu. Takovéto pojetí rodiny a jeho aplikace ve zdravotnických zařízeních představuje ošetrovatelské specifikum u příslušníků čínské minoritní skupiny žijící u nás (28).

Toto pojetí rodiny se ukázalo jako důležité právě v době onemocnění. V souladu s odbornou čínskou literaturou, a zejména autory Wongem F.K.Y a Wongem S.K.C., se ukazuje jako *jedna z důležitých úloh rodiny úloha v rozhodování o potřebnosti zdravotnické péče u nemocného člena rodiny* (43,44). Úlohu rodiny v době onemocnění spatřují naši respondenti především v péči o nemocného a následném rozhodnutí o odchodu do nemocnice. Jak uvádí autorka Obuchová, čínská rodina vždy poskytovala svým členům širokou sociální pomocnou síť v době nemoci, finančních či jiných problémů (28). V tomto je tedy pro naše respondenty rodina nezastupitelná a pomáhá jim v rozhodování o léčbě. Doporučujeme tedy plně respektovat toto ošetrovatelské specifikum všem pracovníkům ve zdravotnictví, a s rodinou klienta spolupracovat jako s partnerem při jeho léčbě.

Překvapilo nás, že naši respondenti uvádějí v souvislosti s úlohou rodiny rozhodnutí o odjezdu do nemocnice, a nikoliv k praktickému lékaři. Z materiálů WHO je patrné, že v současném stavu čínského (ČLR) zdravotnictví, kdy je kvalita první úrovně péče hůře kontrolovatelná, je využíváno více hospitalizace pacientů v nemocnicích než u praktických lékařů (60). Tento specifický postup v léčbě je tedy většinou respondenty využíván i zde v ČR. Jeden z respondentů nám závěrem rozhovoru sdělil, že čínská minoritní skupina žijící v ČR nemá dostatek znalostí o systému zdravotní péče v ČR. Na základě tohoto sdělení a výsledků o znalostech respondentů v oblasti práv pacientů ČR jsme se rozhodli zpracovat navíc příručku

příslušníka čínské minoritní skupiny v systému zdravotní péče s přiloženým listem o právech pacientů v ČR. Více k tomuto materiálu naleznete v diskusi o znalostech práv pacientů ČR.

K léčbě některých méně závažných onemocnění je respondenty využíváno také TCM. Většina respondentů TCM využívá, jak znázorňujeme v grafu 8. Většinou každý Číňan zná tradiční medicínu a její metody léčby, ale je na něm a jeho rodině, zdali si v ČLR vybere tradiční, či klasickou západní medicínu. Záleží na nemoci, předchozí zkušenosti, možnostech (např. finančních) či doporučeních.

Respondenti dále také uváděli, kdo jim pomáhá vyrovnat se s problémy. V souladu s předchozími výsledky a s autorkou Obuchovou to jsou zejména členové rodiny či přátelé.

Za velmi zajímavý výsledek považujeme postoj respondentů ke sdělování zdravotního stavu vlastní rodině. Oproti našemu očekávání, ale v souladu s čínskou odbornou literaturou, si respondenti nepřejí sdělování závažného zdravotního stavu své rodině, protože se obávají narušení rovnováhy ve své rodině (30,34,43,44). Tento výsledek prezentujeme na grafu 15. Zde je také nutno vzít v potaz, kdo vlastně našim respondentům takovéto informace sděluje. V ČR samozřejmě informace o zdravotním stavu poskytuje lékař či oprávněný zdravotnický pracovník. Nicméně pokud není možná verbální komunikace (např. neovládá čínštinu), je zde potřeba využít tlumočnických služeb. Volba tlumočnicka není nijak v ČR legislativně upravena. Směrnice pro tlumočnické služby v některých nemocnicích existují, ale v jiných nemocnicích nejsou vůbec.

Naši respondenti si nejčastěji přejí, aby jim v nemocnici tlumočil člen rodiny, tento výsledek prezentujeme v tabulce 22. V případě, že by nebyla možná verbální domluva mezi ošetřovatelským personálem a příslušníkem čínské minoritní skupiny, doporučují respondenti využití úsměvu a gestikulace, případně slovníku nebo obrázků (piktogramů), viz tabulka 23.

Doporučujeme tedy, aby zdravotničtí pracovníci respektovali toto kulturní specifikum čínské minoritní skupiny v ČR, tzn. pokud si klient nepřeje sdělovat závažný zdravotní stav rodině, tak ho skutečně nesdělovat. Toto právo je obsaženo v Úmluvě na

ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti, a zejména v zákoně ČR č. 20/1966. Dále doporučujeme v situacích, kdy není možná verbální jazyková domluva s příslušníky čínské minoritní skupiny, využívat alespoň základní piktogramy. Pro neexistenci alespoň základních piktogramů pro příslušníky čínské minoritní skupiny jsme se rozhodli vypracovat základní piktogramy pro komunikaci s čínskými klienty v českém zdravotnictví viz příloha 12.

Jak uvedla naše respondentka hospitalizovaná v nemocnici v ČR, profesionální tlumočnický, který jí byl přidělen, byl přítomen pouze při jejím příjmu a propuštění z nemocnice. Na začátku při příjmu podepsala nějaké listy, kterým ani nerozuměla. Čínský klient ve zdravotnickém zařízení v ČR, stejně jako kterýkoliv jiný klient, má právo na srozumitelné vysvětlení svého zdravotního stavu, plánovaných výkonů a možných alternativ v léčbě (dle Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s právním dokumentem o aplikaci biologie a medicíny ratifikované v ČR, dále dle zákona č. 20/1966, etického kodexu lékařů a etického kodexu pracovníků v nelékařských povoláních). Ačkoliv můžete namítat, že se jednalo o výjimku, chceme zdůraznit, že v tomto případě se jednalo o závažné porušení práv klienta našeho zdravotnictví. A dozajista není naším cílem, aby naši cizojazyční klienti podepisovali souhlasy s operačními a jinými výkony bez znalosti obsahu tohoto listu.

V oblasti navštěvování svého nemocného příbuzného v nemocničním zařízení respondenti nejčastěji odpovídali, že jej budou navštěvovat každý den (co nejčastěji). Na základě těchto výsledků stanovujeme hypotézu, určenou k dalšímu výzkumu, a to: příslušníci čínské minoritní skupiny v době hospitalizace považují kontakt se svou rodinou za velmi důležitý.

Poměrně zajímavý a námi očekávaný výsledek, představuje *oblast popsané reakce respondentů na podráždění*. Jak uvádí autorka Obuchová, Číňané jsou většinou klidní a usměvaví i v případě, že nerozumí, co právě druhý říká (28). V souvislosti s otázkami o podráždění popisovali respondenti svou reakci jako menší komunikaci s druhými lidmi. Tento výsledek prezentujeme v tabulce 6. Autorka Obuchová dále uvádí, že k cizím lidem se Číňané většinou chovají zdvořile, a pokud cítí příznivou odezvu, tak i velice přátelsky. Dojde-li ke konfliktu, hledají většinou chybu v sobě než

v druhých. To souvisí s tradiční koncepcí „ztráty tváře“. Člověk „ztrácí tvář“ nejenom v případě, že se sám dopustí chyby, ale i tehdy, když jeho konání způsobí provinění někomu jinému. Snaží se vyvarovat takových momentů, kdy by dostal druhého do rozpaků či nepříjemné situace (28). Zde je vhodné zmínit se o jedné zvláštnosti, která je také specifická pro příslušníky čínské minoritní skupiny, a to je úloha smíchu, grimas a celkově neverbálních projevů. Číňané smíchem či komickými pohyby obličeje zakrývají překvapení nebo nesouhlas (například s nevhodným dotazem, návrhem). Vyjadřují takto také nejistotu a pochybnost o správnosti svého výroku nebo počínu. V této souvislosti tyto výsledky staví před zdravotnické pracovníky specifikum pro poskytování odborné péče, a zejména pro pečlivé zhodnocování nonverbálních projevů klienta.

V oblasti bolesti a vnímání bolesti je patrná další kulturní specifičnost příslušníků čínské minoritní skupiny v ČR, kterou je nutno respektovat profesionálními pracovníky ve zdravotnictví. Respondenti většinou *netiší svou bolest*, ani si to většinou nepřejí – případně se ji snaží vydržet. Pro některé z respondentů neznamena bolest negativní vjem, ale právě signalizaci v oblasti nerovnováhy Jin a Jang. Podle této filozofie není třeba bolest tlumit, naopak je třeba hledat protipól bolesti. V praxi to znamená např. hledání alternativních forem řešení bolesti (ne ledování), jako je meditace či jiná forma relaxace klienta. Tento výsledek je prezentován v tabulce 7.

V oblasti času a jeho vnímání jsme zjistili, že naši respondenti denně pracují více než průměrný český občan, přibližně 12 hodin, jak znázorňujeme v grafu 5. Vzhledem k tomuto vysokému pracovnímu úsilí je třeba myslet také na prvky rehabilitace a volnočasové aktivity realizované v době hospitalizace klienta (po dohodě s klientem). Naši respondenti považují za důležité přijímat léky v přesně určený čas, nicméně je třeba je upozornit na intervaly, kdy léky brát, což je v souladu s autorkou Obuchovou. Tento výsledek prezentujeme v grafu 6.

V oblasti příjmu potravy a tekutin nás zajímalo vnímání tepla a chladu u respondentů. Převažující většina respondentů uváděla, že je pro ně žádoucí vznik rovnováhy mezi teplem a chladem. V případě ultrazvukového vyšetření si respondenti přejí, aby jim byl aplikován gel teploty těla příjemné (ani teplý ani chladný, v teplotě

pokožky). Při koupeli si přejí vodu také příjemné teploty (zda je teplota příjemná, dokážou samozřejmě sdělit i na základě piktogramů). Pokud by jim ošetrovatelský personál připravil na „noční stolek“ studený čaj, nepili by ho. Případně by se napili, pokud by jim bylo „hodně špatně“, viz graf 10. Jak jsme již uváděli dříve, vztah mezi Jin a Jang je právě i ve vztahu teplo a chlad. Tento výsledek je v souladu s odbornou čínskou literaturou a neznamena, že by příslušníci čínské minoritní skupiny nikdy nepili studený čaj, vyjadřuje to jejich náhled na rovnováhu uvnitř sama sebe. V oblasti stravy nás dále zajímala představa respondentů o podobě stravy v době jejich hospitalizace. V kategoriích nám nejčastěji sdělovali, že by očekávali rýži, zeleninu a maso. Ke snídani nejčastěji čaj a pečivo. Někteří respondenti uváděli, že by si přáli domácí stravu, případně stravu, jaká je v nemocnicích běžně dostupná, viz tabulka 28. Na základě soudobých poznatků se tedy domníváme a stanovujeme hypotézu, že příslušníci čínské minoritní skupiny žijící v ČR preferují ve své stravě v době hospitalizace rýži, maso a zeleninu.

Další z oblastí našeho výzkumu je *vnímání českého a čínského ošetrovatelství* z pohledu respondentů. K této oblasti jsme si v průběhu výzkumu stanovili výzkumnou otázku: Spatřují příslušníci čínské minoritní skupiny odlišnosti českého ošetrovatelství oproti čínskému ošetrovatelství? *České ošetrovatelství* je vnímáno našimi respondenty jako dobré. Dva respondenti uvedli u této kategorizační skupiny, že se odebírá příliš velké množství krve. *Čínské ošetrovatelství* je respondenty vnímáno také jako dobré, ale je v něm méně personálu/času na nemocné než v ČR. Při položení otázky na rozdíl mezi českým a čínským ošetrovatelstvím nám odpověděl většinou každý z respondentů individuálně, nicméně více respondentů uvedlo, že mezi českým a čínským ošetrovatelstvím není rozdíl. Někteří uváděli, že, v ČR vše déle trvá. Výsledky viz tabulky 8, 9 a 10. Výzkumná otázka tedy byla zodpovězena. Považujeme za zajímavé, že respondenti uváděli nejvíce odlišností při otázkách ke konkrétnímu ošetrovatelství, a při otázce o rozdílech mezi těmito ošetrovatelstvími nám již zmíněné odlišnosti nesdělili. Toto opět může vycházet ze zvyklostí našich respondentů. Nicméně pro naši výzkumnou otázku to znamená, že odlišnosti mezi českým a čínským ošetrovatelstvím z pohledu našich respondentů jsou. Odlišnosti mezi českým a čínským ošetrovatelstvím,

jistě vycházejí i z přípravy sester na své povolání. V ČLR existují studijní programy ošetrovatelství obdobné jako u nás. Navíc je zde možnost doktorandského studia ošetrovatelství, z kterého jsou již první absolventi. Vlastní ošetrovatelství a péči v něm přesto posoudit pro velké vzdálenosti mezi ČR a ČLR nemůžeme. Srovnávací studie ve zdravotnictví mimo asijský kontinent jsou většinou výjimkou. Na základě těchto výsledků stanovujeme hypotézu, určenou pro další výzkum, a to: příslušníci čínské minoritní skupiny spatřují odlišnosti mezi ošetrovatelstvím v Číně a ošetrovatelstvím v České republice.

V otázkách na náplň práce *sestry* v ČR nám odpověděla většina respondentů, že sestry ošetřují pacienty, případně pomáhají lékaři, viz tabulka 11. V otázkách na práci *porodní asistentky* v ČR nám odpověděla větší část respondentů, že porodní asistentka asistuje u porodu. Zajímalo nás také, jak vnímají naši respondenti *vysokoškolsky vzdělanou sestru* a její náplň práce. Zde zejména odpovídali respondenti, že práce vysokoškolsky vzdělané sestry je stejná jako u běžné sestry. Část respondentů uváděla, že je to vedoucí sester, a umí lépe komunikovat. Považujeme za zajímavé, že respondenti očekávají od sestry s vysokoškolským vzděláním lepší komunikaci, může to vycházet právě ze zkušeností s ošetrovatelstvím v ČLR. Studijní programy jsou podobné jako u nás, na VŠ jsou předměty zaměřené na komunikaci.

Vnímání sestry z pohledu respondentů znázorňujeme v tabulce 14. Sestra je z pohledu příslušníku čínské minoritní skupiny nejčastěji v bílém či světle oranžovém oblečení, nosí pantofle, pečuje o nemocné a je to žena. Takto vnímá většina respondentů sestru. V souvislosti s tímto nás zajímala oblast barev uniforem u zahraničních čínských sester. Nalezli jsme některé snímky, které ukazují, že barvy sesterské uniformy v Číně jsou od bílé přes světle oranžovou po růžovou (viz příloha 14). Celkově v oblasti barev, jak uvádí autorka Obuchová, je patrná preference Číňanů k černé a červené barvě, bílou barvu takřka nevyužívají.

Důležité je také *očekávání našich respondentů od ošetrovatelského personálu*, výsledky jsou uvedeny v tabulce 15. Ošetrovatelský personál by měl mít praktické schopnosti, příjemné vystupování, komunikační schopnosti a schopnost přesného zjištění problému.

Za velmi důležitý výsledek považujeme data prezentovaná v tabulce 16. Jedná se o *vztah našich respondentů k odběrům krve v ČR*. Respondenti (mimo R3) se domnívají, že v ČR se odebírá příliš velké množství krve. Vnímají svou krev jako součást sama sebe a jako součást rovnováhy vlastního zdraví. Odběr si sice nechají provést, ale obávají se zhoršení svého stavu z důvodu odběru příliš velkého množství krve k vyšetření. Po zjištění tohoto výsledku jsme intenzivně hledali odpověď na otázku: proč je vnímána ČR našimi respondenty jako místo, kde je sestrami odebíráno velké množství krve. Nalezli jsme odpověď s nápomocí respondentů, protože někteří uvedli, že je odebíráno velké množství zkumavek krve. Jak jsme následně zjistili, v ČLR je často využíváno 3ml nízkoobjemových zkumavek ke všem standardním odběrům krve, přibližně ve tvaru Eppendorfovi špičatky určené v ČR k odběrům kapilární krve na glykemické vyšetření. *V oblasti transfuze krve naši respondenti většinou souhlasí s příjmem krve*, nevadí jim příjem krve od jiného člověka, viz graf 13. V průběhu výzkumu jsme stanovili výzkumnou otázku: mají příslušníci čínské minoritní skupiny specifika v případě odběrů biologického materiálu? Tato otázka byla zodpovězena již v oblasti předcházející (odběry krve). Ano, příslušníci čínské minoritní skupiny mají specifika v případě odběrů biologického materiálu.

Celkově k odběrům biologického materiálu respondenti nemají negativní postoj, většina jich s odběry biologického materiálu souhlasí, jak znázorňujeme v tabulce 24. Na základě tohoto výsledku stanovujeme hypotézu, určenou pro další výzkum: příslušníci čínské minoritní skupiny v ČR považují za důležité vysvětlení každého odběru svého biologického materiálu. Dále doporučujeme pracovníkům ve zdravotnictví již dopředu vysvětlit každý odběr krve příslušníkovi čínské minoritní skupiny.

V oblasti očekávání respondentů od sestry při příjmu do nemocnice nespatřujeme výrazná specifika oproti jiným cizojazyčným příslušníkům. Zejména je potřeba sdělit klientům, kde se nacházejí (informace), co se bude dále provádět, případně předat klientům mapu zdravotnického zařízení. Naši respondenti také ocení případné uklidnění a příjemné vystupování pracovníků. V oblasti výběru lůžka, při simulačních otázkách na hospitalizaci respondenta v nemocničním zařízení v ČR, nám

vyšel zajímavý výsledek, a to, že naši respondenti si přejí většinou lůžko u okna, protože je zde více pozitivní energie. Tento výsledek je v souladu s autorem Pangem, který píše o vzniku nemoci jako o nerovnováze, kdy převládá negativní/pozitivní energie, kterou je potřeba dostat do rovnováhy právě získáváním energie pozitivní/negativní (30). Jelikož je ČLR zemí s velmi vysokým počtem obyvatel, a také z důvodu vysoké hustoty zalidnění v ČLR, jsme si v průběhu výzkumu stanovili výzkumnou otázku: pokud jsou jedinci z čínské minoritní skupiny hospitalizováni v české nemocnici, považují za přijatelný počet spolupacientů tři a více? Ve výsledcích našeho výzkumu se ukazuje, že naši respondenti považují za přijatelný počet spolupacientů spíše méně pacientů než 2, dokonce jeden respondent uvedl své přání jednolůžkového pokoje. Přesto, jak uvedli někteří respondenti, nespátřují problém být ve třílůžkovém pokoji (se 2 spolupacienty). Zde je důležitá i kulturní specifická našich respondentů, a to, že někteří (obecně i Číňané) neradi sdílejí společné prostory s černochoy z Afriky. Dle autorky Obuchové toto vychází z historických kořenů Číny a čínského lidu (28). Někteří respondenti tuto specifickou potvrzují, jiní nikoliv.

Celkově v oblasti osobního a intimního prostoru jsme neshledali žádné rozdíly oproti českým klientům. Vždy je třeba respektovat intimitu klienta. Našim respondentům nevádí vysvětlené odhalení těla při vyšetření, přistoupení sestry blízko k lůžku a omývání intimních zón těla sestrou. Ale vždy je tyto postupy nutné předem konzultovat s klientem. Na základě těchto výsledků a zodpovězené výzkumné otázky stanovujeme hypotézu, určenou pro další výzkum, a to: příslušníci čínské minoritní skupiny žijící v ČR si přejí být hospitalizováni nejvýše se dvěma spolupacienty.

V souladu s odbornou literaturou jsou též výsledky výzkumu v oblasti přítomnosti či nepřítomnosti partnera při porodu. Většina respondentek si přítomnost svého partnera při porodu přeje. Respondenti si přejí být u porodu partnerky přítomni.

Od sestry, která přichází ke klientovi – příslušníkovi čínské minoritní skupiny – s intravenózní kanylou, očekávají respondenti zejména informace o výkonu (co je i.v. kanyla, kam se zavádí, proč se zavádí), viz tabulka 18. Pokud by oblast kanyly po zavedení a odchodu sestry zarudla, tak to část našich respondentů považuje za normální, případně by na toto místo přiložili mokrý ručník, pouze malý počet respondentů by

v tomto případě přivolal sestru, viz tabulka 19. Nás zajímalo, proč odpovídají respondenti právě tak, že přiloží mokrý ručník na oblast zarudlé i.v. kanyly. Výsledek vychází opět z již zmíněné filozofie Jin a Jang, kdy v tomto případě zarudnutí – teplo jako součást organismu a vnitřního prostředí jedince - je potřeba nastavit do rovnováhy, a to právě přiložením mokrého/studeného ručníku. Zde je tedy úloha ošetrovatelského personálu zejména ve vysvětlování, co znamená zarudnutí v oblasti i.v. kanyly pro klienta, a jak by měl zareagovat. Je nutné vysvětlit princip signalizačního zařízení pro případné přivolání sestry.

Od ošetřující sestry ráno v den operace naši respondenti očekávají zejména informace o organizaci operačního dne (kdy půjdou na operaci), někteří respondenti očekávají bližší informace o předoperační přípravě, viz tabulka 20.

Okrajovou oblastí, která nás také zajímala, je, jak vnímají respondenti muže v pracovní pozici sestry. Naši respondenti s tímto většinou nemají problém. Někteří sice uvedli, že je to práce pro ženy, ale v celkovém pohledu jim muž v pozici sestry nevádí.

První den po operaci od ošetřující sestry očekávají naši respondenti zejména informace o stavu operační rány, viz tabulka 21. Zapojení do tvorby léčebného plánu pro respondenty nejčastěji znamenalo, že potřebují informace, budou aktivní se snahou o uzdravení. Někteří respondenti uváděli, že přijmou všechna opatření a léky. Tyto výsledky jsou uvedeny v tabulce 26. Autoři Harper a Ulč, se ve svých knihách nezávisle na sobě zmiňují o zajímavé kulturní zvyklosti Číňanů. Jedná se o zvyk používat levou ruku k hygienickým úkonům. Dále se také zmiňují, jak předejít kulturnímu nedorozumění v Číně, kdy uvádějí, že je žádoucí podávání pravé ruky, protože podání levé ruky nemusí být přijato. Zajímalo nás tedy, jak příslušníci čínské minoritní skupiny v ČR pohlíží na aplikaci injekce od sestry levou rukou. Většina respondentů nám sdělilo, že jim toto nevádí a injekci přijmou. Jeden respondent přesto uvedl, že injekci aplikovanou levou rukou od sestry nepřijme.

Velmi alarmující výsledek našeho výzkumu je v oblasti informovanosti příslušníků čínské minoritní skupiny v ČR o právech pacientů ČR. Žádný respondent nebyl seznámen s právy pacientů ČR. Tento výsledek je znázorněn v grafu 14. Na základě tohoto výsledku jsme začali připravovat příručku příslušníka čínské

minoritní skupiny v systému zdravotní péče s listem o právech pacientů v ČR. Nicméně při hledání vhodných podkladových materiálů jsme našli již materiál přesahující oblast zdravotnictví – obsahuje dále sociální, právní a ekonomickou problematiku pro cizince v ČR. Jedná se o materiál Ministerstva práce a sociálních věcí s názvem *Příručka pro cizince v ČR* (je k dispozici v anglickém, českém, vietnamském a ruském jazyce). V době dokončení této práce byl materiál zaktualizován v oblasti zdravotnictví o úsek regulačních poplatků. My jsme tedy tvorbu obdobného materiálu pozastavili. Naším kontaktním osobám z čínské minoritní skupiny v ČR zašleme elektronický materiál *Příručka pro cizince v ČR*, a dále přiložíme práva pacientů ČR.

Závěrem rozhovoru a také závěrem této diskuse uvádíme informace o postojích příslušníků čínské minoritní skupiny v ČR ke kulturním rozdílům mezi ČR a Čínou. Respondenti nejčastěji uváděli, že rozdíl spatřují v jiném způsobu léčby v ČR a v rychlejším způsobu života na západě (oproti Číně), viz tabulka 25.

Celá tato kapitola a kapitola předcházející je dokladem toho, že výzkumná otázka, zda mají příslušníci čínské minoritní skupiny ošetrovatelská specifika, byla zodpovězena. Příslušníci čínské minoritní skupiny mají svá ošetrovatelská specifika, která si přejí, aby byla respektována. Seznam kulturních specifík je připraven ve dvou materiálech určených odborné veřejnosti. 1) Informace získané tímto výzkumem jsou zpracovány v ošetrovatelském standardu a auditu (příloha 15). 2) Dále jsme připravili sumář informací o příslušnících čínské minoritní skupiny pro sestry v ČR (příloha 16).

Doporučujeme informace získané tímto výzkumem začlenit do výuky předmětů multikulturní ošetrovatelství a samozřejmě využívat tyto informace v praxi.

Studiem odborné literatury jsme již na počátku našeho výzkumu vycházeli z informací o zvyklostech Číňanů v jejich rodné zemi. Některé informace se potvrdily, jiné nikoliv, nicméně je třeba respektovat, že každý jedinec, příslušník čínské minoritní skupiny je individuální osobnost, a při poskytování ošetrovatelské péče je právě respektování individuality člověka předpokladem účinné a senzitivní ošetrovatelské péče.

Je třeba také vzít v úvahu rostoucí počet příslušníků čínské minoritní skupiny v ČR, čímž stoupá i potenciální potřeba účinné ošetrovatelské péče.

Již při počátku zpracování tohoto výzkumu jsme zjistili, že literatura o čínském ošetrovatelství, čínských pacientech a o čínském zdravotnictví je velmi těžce dostupná. V ČR je nedostupná, v EU taktéž. Nakonec se nám podařilo nalézt většinu těchto informací v odborných ošetrovatelských materiálech ČLR a materiálech WHO. Jen pro zajímavost uvádíme, že materiály ČLR a WHO se někdy rozcházejí právě v popisu zdravotního systému ČLR (my v této práci vycházíme z materiálů WHO).

Domníváme se, že se nám podařilo touto prací částečně prolomit bariéru v nedostatku informací o specifické ošetrovatelské péči u příslušníků čínské minoritní skupiny v ČR.

6. Závěr

V naší diplomové práci jsme se zabývali problematikou Čínského pacienta v českém zdravotnictví. Vzhledem ke vzrůstajícímu počtu obyvatel Čínské lidové republiky a současným globalizačním tendencím společnosti, nevyjímaje obyvatele ČLR, je jistě potřebné, abychom v odborné ošetrovatelské veřejnosti znali alespoň základní informace o příslušnících čínské minoritní skupiny žijící v ČR a jejich specifika v oblasti ošetrovatelské péče.

Cílem naší práce bylo zpracovat zvláštnosti ošetrovatelské péče, které si příslušníci čínské menšiny v ČR, přejí respektovat. Na počátku našeho výzkumu jsme pro dosažení cíle stanovili pět výzkumných otázek. Výzkumná otázka č. 1: Mají příslušníci čínské minoritní skupiny ošetrovatelská specifika? Výzkumná otázka č. 2: Spatřují příslušníci čínské minoritní skupiny odlišnosti českého ošetrovatelství oproti čínskému ošetrovatelství? Výzkumná otázka č. 3: Jsou příslušníci čínské minoritní skupiny seznámeni s právy pacientů ČR? Výzkumná otázka č. 4: Pokud jsou jedinci z čínské minoritní skupiny hospitalizováni v české nemocnici, považují za přijatelný počet spolupacientů tři a více? Výzkumná otázka č. 5: Mají příslušníci čínské minoritní skupiny specifika v případě odběrů biologického materiálu? Všechny naše výzkumné otázky jsou zodpovězeny. Na základě výsledků našeho výzkumu jsme stanovily tyto hypotézy:

1. Příslušníci čínské minoritní skupiny v době hospitalizace považují kontakt se svou rodinou za velmi důležitý.
2. Příslušníci čínské minoritní skupiny žijící v ČR preferují ve své stravě v době hospitalizace rýži, maso a zeleninu.
3. Příslušníci čínské minoritní skupiny spatřují odlišnosti mezi ošetrovatelstvím v Číně a ošetrovatelstvím v České republice.

Jistě každý z nás, při kontaktu s ošetrovatelským personálem očekává kvalitní, individuální a ohleduplnou péči. Je nutné respektovat specifika všech pacientů nehladě na barvu pleti, politické, či spirituální vyznání. Je vhodné se v době poskytování profesionální ošetrovatelské péče „povznést“ nad hranice své vlastní kultury a zvyklosti, s cílem poskytnutí co nejefektivnější ošetrovatelské péče našemu pacientovi/klientovi

z jakékoliv kultury. Základní informace o příslušnících čínské minoritní skupiny žijící v ČR, jsme zpracovali do informačního sumáře, a do standardu ošetrovatelské péče.

Výsledky naší práce chceme co nejvíce zpřístupnit odborné ošetrovatelské veřejnosti ať již příspěvky v ošetrovatelských periodikách, osobním sdělením, tak prostřednictvím tištěných či elektronických materiálů.

Samozřejmě nemůžeme v závěru zapomenout na příslušníky čínské minoritní skupiny žijící v ČR, protože bez nich by tato práce nemohla vzniknout. Na základě dosažených výsledků zasíláme kontaktním osobám v této minoritní skupině obyvatel příručku cizince v ČR, ke kterému připojujeme práva pacientů ČR a seznam neziskových organizací pro pomoc cizincům v ČR.

Čínské přísloví říká: „Abys poznal cestu před sebou, zeptej se těch, kteří se vracejí zpět“ (10). Snad jsme tedy touto prací přiblížili alespoň hlavní informace (od těch co se vracejí) a ošetrovatelská specifika (pro zdárnou cestu před sebou) u příslušníků čínské minoritní skupiny žijících v ČR.

7. Seznam použitých zdrojů

1. ANDO, V. *Klasická Čínská medicína: Základy teorie I.* 1. vydání. Hradec Králové: Svítání, 1995. ISBN 80-901788-0-4.
2. PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce.* 1. vydání. Praha: Grada publishing, 2006. ISBN 80-247-1211-3.
3. ATIYAH, J. a kol. *Jihovýchodní Asie.* 1. vydání. Brno: Jota, 2005. ISBN 80-7217-400-2.
4. BAKEŠOVÁ, I. *Čína ve XX. století díl 1.* 1. vydání. Olomouc: VUP Olomouc, 2001. ISBN 80-244-0251-3.
5. BAKEŠOVÁ, I. *Čína ve XX. století díl 2.* 1. vydání. Olomouc: VUP Olomouc, 2003. ISBN 80-244-0611-X.
6. DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele.* 3. Vydání. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-246-0139-7.
7. DVORSKÁ, X., Drbohlav, B. *Dokumenty k vývoji Čínské lidové republiky sv. 23.* 1. vydání. Praha: Orientální ústav ČSAV, 1990. ISBN 80-900043-9-3.
8. DVOŘÁKOVÁ, G. - KUDLOVÁ, P. *Komunikace sester s pacienty-cizinci. Sestra.* Praha: 2004. roč. 16, č. 4, s. 54. ISSN 1210-0404.
9. FAIRBANK, J. K.: *Dějiny Číny.* Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1998. ISBN 80-7106-249-9.
10. HARPER, D., et al. *Čína.* 1. vydání. Praha: Svojk & Co, 2004. ISBN 80-7352-596-8.
11. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum. I. vydání.* Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
12. HOFFMANN, P. *Na frekvenci čínské medicíny.* 1. vydání. Praha: Knižní klub, 2002. ISBN 80-242-0854-7.
13. HRDLIČKOVÁ, V. *Moudrost staré číny.* 1. vydání. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-651-9.

14. CHENG, A. *Dějiny čínského myšlení*. 1. vydání. Praha: DharmaGaia, 2006. ISBN 80-86685-52-7.
15. IVANOVÁ, K. a kol. *Multikulturní ošetrovatelství I*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN- 80-247-1212-1.
16. KOLEKTIV, *Informační publikace pro cizince: Česká republika*. 1. vydání. Praha: Kufr, 2006. ISBN 80-86878-43-0.
17. KOLEKTIV, *Regional strategy for traditional medicine in the western pacific*. 1.vydání. Manila: WHO Press, 2002. ISBN 92 9061 011 5.
18. KOLEKTIV, *The World FACTBOOK 2007*. 1. vydání. Pittsburgh: Central Intelligence Agency, 2007. ISSN 1553-8133.
19. KOLEKTIV, *Tough choices: investing in health for development*, 1. vydání. Geneve: WHO Press, 2006. ISBN 92 4 159406 3.
20. KOLEKTIV, *World Health Statistics 2007*. 1.vydání. Geneve: WHO Press, 2007. ISBN 978 92 4 156340 6.
21. KOLEKTIV. *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče: respektování jejich transkulturní/multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu*. 1.vydání. Ostrava: Ostravská univerzita, 2003. ISBN 80-7042-344-7.
22. KOZIEROVÁ, B. - ERBOVÁ, G. - OLIVIEROVÁ, R., *Ošetrovatelstvo I*. 1. vydání. Martin: Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0.
23. KRÁL, J. – STŘELEČEK, J. *Úvod do čínské filozofie*. 1. vydání. Praha: Universita Karlova, 1971. MŠ 33421/62 VIII.
24. KUTNOHORSKÁ, J. Etické aspekty komunikace v multikulturním ošetrovatelském přístupu. *Sestra*. Praha: 2003, roč. 13, č. 5, s. 10-11. ISSN 1210-0404.
25. KUTNOHORSKÁ, J. Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče. *Ošetrovatelství*. Praha: 2004, roč. 6, č. 3-4, s. 98-101. ISSN 1212-723X.
26. LEININGER, M. *Transcultural Nursing. Concepts, Theories, Research & Practices*. 2. vydání. New York: McGraw-Hill, Inc., 1995. ISBN 0-07-037660-3.

27. NEWMAN, J. G. - DAVIDHIZAR, R. E., *Transcultural nursing : assessment and intervention*, 2004 Ed. 4th. St.Louis: Mosby, 2004. ISBN 0-323-02295-2.
28. OBUCHOVÁ, L. *Číňané 21. století : dějiny - tradice – obchod*. 1. vydání. Praha: Academia, 1999. ISBN 80-200-0641-9.
29. OVERMYER, D. *Náboženství Číny*. 1.vyd Praha: Prostor, 1998. ISBN 80-85190-75-3.
30. PANG, S.M.C. *Towards a Chinese definition of nursing*, Journal of Advanced Nursing, Blackwell synergy, 2004. Volume 46, Number 6, June 2004. ISSN 0309-2402.
31. PRŮCHA, J. *Interkulturní psychologie: sociopsychologické zkoumání kultur, etnik, ras a národů*. 1. vydání. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-885-6.
32. SEMÍNOVÁ, J. a kol. Zvláštnosti poskytování ošetrovatelské péče osobám narozeným mimo Českou republiku. *Ošetrovatelství*. Praha: 2004, roč. 6, č. 3 - 4, s. 102-103. ISSN 1212 - 723X.
33. SHAUGHNESSY, E. *Čína země nebeského draka*. 2. vydání. Praha: Euromedia Group, 2006. ISBN 80-242-1701-5.
34. SMITH, D.R. – TANG, S. *Nursing in China: Historical development, current issues and future challenges*. Journal of Oita Nursing and Health Sciences, 5(2), 2004, ISSN:0386-9830.
35. STRAUSS, A. – CORBINOVÁ, J. *Základy kvalitativního výzkumu*. 1. vydání. Brno: Albert, 1999. ISBN 80-85834-X.
36. ŠIŠKOVÁ, T. a kol. *Menšiny a migranti v České republice: my a oni v multikulturní společnosti 21. století*. 1.vydání. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-648-9.
37. ŠPIRUDOVÁ, L., et al. *Multikulturní ošetrovatelství II*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1213-X.
38. TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001. ISBN 80-7013-324-4.

39. TSE, T. *Nursing education: the Chinese perspective*, Australian Electronic Journal of Nursing Education ,Volume 7, Number 2, July 2001, ISSN 1322-8676.
40. TUTKOVÁ, J. *Komunikace sestry - pacient*. Sestra, 2007, č. 1, s. 22-23 ISSN 1210-0404.
41. ULČ, O. *Čech částečným číňanem*. 2. vydání. Praha: Academia, 2004. ISBN 80-200-1272-9.
42. Velvyslanectví Čínské lidové republiky v České republice *O kultuře čínské civilizace*. 1. vydání. Praha, 2004.
43. WONG, F.K.Y. – CHAN, S. – YEUNG, S. *Trends in Nursing Education in China*, Journal of Nursing Scholarship, Volume 32, Number 1, March 2000 , j.1547-5069.2000.00097.x.
44. WONG, S.K.C. *Chinese definition of nursing*, Journal of Advanced Nursing, Volume 46, Issue 6, Jun 2004, j.1365-2648.2004.03057.x.

Internetové zdroje:

45. Bedekr.cz, *Čína*. [on-line], 2007, [citováno 2007-25-07]. Dostupné z: <http://www.bedekr.cz/staty/Asie/Cina/index.html>
46. Central intelligence agency, *China*, 2007 [on-line], 2007, [citováno 2007-14-05]. Dostupné z: <https://www.cia.gov/cia/publications/factbook/geos/ch.html#top>
47. *Česko-čínská společnost* [on-line], 2007, [citováno 2007-18-09]. Dostupné z: <http://www.ccspol.org/index.htm>
48. *Čínský rozhlas pro zahraničí* [on-line], 2007, [citováno 2007-03-09]. Dostupné z: <http://czech.cri.cn/1/2004/02/25/1@2861.htm>
49. *ČÍNSKY_CZ - informační server na téma Čína, čínština a čínská kultura* [on-line], 2007, [citováno 2007-25-07]. Dostupné z: <http://www.cinsky.cz/index.php?page=homepage&lang=cs>
50. *Čínština, Čínské písmo* [on-line], 2006, [citováno 2007-01-09]. Dostupné z: <http://www.cinstina.cz/?page=2c6d0f17fe52b70acf32033f6dcbd35c§ion=2>

51. *Government Information Office, Republic of China* [on-line], 2007, [citováno 2007-25-09]. Dostupné z: <http://english.www.gov.tw>
52. CHENG, W. *Government Information Office (Taiwan), Taiwan Yearbook 2006* [on-line], 2007, [citováno 2007-18-09]. Dostupné z: <http://www.gio.gov.tw/taiwan-website/5-gp/yearbook/>
53. *China Trough A Lens* [on-line], 2007, [citováno 2007-03-09]. Dostupné z: <http://www.china.org.cn/>
54. *Life Tables for WHO Member States* [on-line], 2007, [citováno 2007-10-10]. Dostupné z: http://www.who.int/whosis/database/life/life_tables/life_tables_process.cfm?country=chn&language=en
55. MINISTERSTVO VNITRA A POLICEJNÍ PREZIDIUM ČR, *Počet cizinců s povoleným dlouhodobým nebo trvalým pobytem na území České republiky v roce 2007*, [on-line], 2008, [citováno 2008-03-02]. Dostupné z: <http://www.mvcr.cz/statistiky/migrace/cpp2007.html#1130>
56. *Proportion of births attended by a skilled attendant – 2007 updates* [on-line], 2007, [citováno 2007-10-10]. Dostupné z: http://www.who.int/reproductive-health/global_monitoring/skilled_attendant_atbirth2007.pdf
57. *Stránky Ministerstva práce a sociálních věcí o integraci cizinců* [on-line], 2007, [citováno 2007-18-09]. Dostupné z: <http://www.cizinci.cz/clanek.php?lg=1&id=27>
58. ŠELIGOVÁ, K, *Tisková zpráva, Čínští turisté v ČR 2007*, [on-line], 2007, [citováno 2007-18-09]. Dostupné z: http://www.cestovni-ruch.cz/results/zobraz_prispevek.php?id_prispevek=5049
59. U.S. National Library of Medicine, *Chinese Public Health Posters* [on-line], 2007, [citováno 2007-18-09]. Dostupné z: www.nlm.nih.gov/hmd/chinese/posters/index.html
60. *WHO / China* [on-line], 2007, [citováno 2007-10-10]. Dostupné z: <http://www.who.int/countries/chn/>

61. WORDEN L.R. *Health Care* [on-line], 2008, [citováno 2008-04-02]. Dostupné z: <http://countrystudies.us/china/38.htm>
62. XIAOHUA, Q. National Bureau of Statistics of China, *China Statistical Yearbook 2006* [on-line], 2007, [citováno 2007-18-09]. Dostupné z: <http://www.stats.gov.cn/english/>
63. *Informace pro cizince portal.gov. cz*, [on-line], 2008, [citováno 2008-11-03]. Dostupné z: http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/704/_s.155/9713?ks=1650

8. Klíčová slova

Čínský

Pacient

Ošetřovatelství

Specifika

Zdravotnictví

9. Přílohy

Příloha č. 1 – Územní členění ČLR.

Příloha č. 2 – Přehled dynastií Číny.

Příloha č. 3 – Ukázky čínského písma.

Příloha č. 4 – Lidová malba z období dynastie Čching, novoroční blahopřání.

Příloha č. 5 – Kult předků – spalování vonných tyčinek na uctění předků.

Příloha č. 6 – Konfucius – socha Konfuciova v Pekingu.

Příloha č. 7 – Buddhismus – čínští buddhisté.

Příloha č. 8 – Taoismus – taoistický kněz.

Příloha č. 9 – Jin a Jang.

Příloha č. 10 – Seznam platných smluv mezi ČR a ČLR.

Příloha č. 11 – Polostrukturovaný rozhovor.

Příloha č. 12 – Základní piktogramy pro komunikaci s čínskými klienty v českém zdravotnictví.

Příloha č. 14 – Barvy sesterských uniforem v Číně (orientační).

Příloha č. 15 – Standard ošetrovatelské péče a audit ošetrovatelské péče.

Příloha č. 16 – Sumář informací o příslušnících čínské minoritní skupiny v ČR.

Příloha č. 17 – Přepis rozhovorů umístěný na CD (je umístěno na zadní straně práce).

Příloha č.1

Územní členění ČLR



Zdroj: Wikipedia: (PRC), [on-line], 2008, [2008-10-04]. Dostupné z:

http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/c/c9/China_administrative.png

Přehled dynastií Číny

PŘEDCÍSAŘSKÉ OBDOBÍ

DYNASTIE ŠANG	asi 1500–1045 př. n. l.
DYNASTIE ČOU	asi 1045–256 př. n. l.
Západní Čouové	asi 1045–771 př. n. l.
Východní Čouové	asi 770–256 př. n. l.
období Jar a podzimů	722–481 př. n. l.
období Válčících států	480–222 př. n. l.

CÍSAŘSKÉ OBDOBÍ

DYNASTIE ČCHIN	221–207 př. n. l.
DYNASTIE ČHAN	206 př. n. l.–220 n. l.
Západní Chanové	206 př. n. l.–23 n. l.
<i>všechna další data jsou n. l.</i>	
vláda Wang Manga (dynastie Sin)	9–23
Východní Chanové	25–220
TRI KRÁLOVSTVÍ	220–264
království Wej	220–264
království Wu	222–280
království Šu-chan	221–263

OBDOBÍ ROZPADU	
dynastie Západních Ťinů	265–316
dynastie Východních Ťinů	317–419
dynastie Liou-sung	420–479
dynastie Čchi	479–501
dynastie Liang	502–556
dynastie Čchen	557–618
DYNASTIE SUEJ	581–618
DYNASTIE TCHANG	618–907
PĚT DYNASTIÍ	907–960
Pozdní Liang	907–923
Pozdní Tchang	923–935
Pozdní Ťin	936–947
Pozdní Chan	947–951
Pozdní Čou	951–960
DYNASTIE SUNG	960–1279
Severní Sung	960–1126
Jižní Sung	1127–1279
DYNASTIE JÜAN	1279–1368
DYNASTIE MING	1368–1644
DYNASTIE ČCHING	1644–1912

Poznámka k českému vydání: Všechna data před rokem 841 př. n. l. jsou tradiční a hypotetická.

Zdroj: SHAUGHNESSY, E. Čína země nebeského draka. 2. vydání. Praha: Euromedia Group, 2006. ISBN 80-242-1701-5.

Příloha č.3

Ukázky čínského písma

田 (pole) + 土 (země) = 里 (vesnice)
立 (stát) + 里 (vesnice) = 童 (dítě)
金 (gold) + 童 (dítě) = 鐘 (hodiny)



Zdroj: OBUCHOVÁ, L. Číňané 21. století : dějiny - tradice – obchod. 1. vydání. Praha: Academia, 1999. ISBN 80-200-0641-9.

Příloha č.4

Lidová malba z období dynastie Čching (1644-1911), zobrazující přijímání přátel a příbuzných při Svátcích jara



Novoroční blahopřání - ryba a květ lotosu symbolizují hojnost a prosperitu



Zdroj: Velvyslanectví Čínské lidové republiky v České republice *O kultuře čínské civilizace*. 1. vydání. Praha, 2004.

Příloha č.5

Kult předků – spalování vonných tyčinek na uctění předků

Navajo: ČLR, [on-line], 2008, [2008-10-04].
Dostupné z:
<http://cinska-lidova-republika.navajo.cz/cinska-lidova-republika-24.jpg>



Příloha č.6

Konfucius – socha Konfucia v Pekingu

Zdroj: SHAUGHNESSY, E. *Čína země nebeského draka*.
2. vydání. Praha: Euromedia Group, 2006.
ISBN 80-242-1701-5.



Příloha č.7

Buddhismus – čínští buddhisté

Zdroj: SHAUGHNESSY, E. *Čína země nebeského draka*. 2. vydání.
Praha: Euromedia Group, 2006.
ISBN 80-242-1701-5



Příloha č.8

Taoismus – taoistický kněz



Zdroj: SHAUGHNESSY, E. *Čína země nebeského draka*. 2. vydání. Praha: Euromedia Group, 2006. ISBN 80-242-1701-5

Příloha č.9

JIN a JANG – jedna z forem zobrazení



Zdroj: Goole: obrázky, [on-line], 2008, [2008-10-04]. Dostupné z: http://thumbnail060.mylivepage.com/chunk60/1217275/901/small_Jing%20jang.jpg.jpg

Příloha č.10

Seznam platných smluv mezi ČR a ČLR

Otázku nástupnictví České republiky do smluv s ČLR, které byly uzavřeny před 1. lednem 1993, řeší nóty náměstků ministrů zahraničí obou zemí ze dne 8. října 1994.

Vzájemná bilaterální smluvní základna:

1. Smlouva o přátelství a spolupráci mezi Československou republikou a Čínskou lidovou republikou (Peking, 27. března 1957, č. 27/1958 Sb.) SC..31/79
2. Dohoda o kulturní spolupráci mezi vládou Československé republiky a vládou Čínské lidové republiky (Peking, 27. března 1957) SC..32/79
3. Dohoda mezi vládou Československé socialistické republiky a vládou Čínské lidové republiky ve věci obnovení činnosti generálního konzulátu ČSSR v Šanghaji a otevření generálního konzulátu ČLR v Bratislavě (výměna nót 5./7.3.1987) (Praha, 7. března 1987), SC..1/90
4. Dohoda mezi vládou Československé socialistické republiky a vládou Čínské lidové republiky o spolupráci v oblasti zdravotnictví a lékařských věd (Praha, 13. května 1988, č. 161/1988 Sb.) SC..7/88
5. Konzulární úmluva mezi Československou socialistickou republikou a Čínskou lidovou republikou (Peking, 5. září 1988, č. 97/1989 Sb.)
6. Protokol o spolupráci mezi Federálním ministerstvem zahraničních věcí Československé socialistické republiky a ministerstvem zahraničních věcí Čínské lidové republiky (Peking, 1. listopadu 1989)
7. Plán spolupráce v oblasti zdravotnictví a lékařských věd mezi vládou České a Slovenské Federativní Republiky a vládou Čínské lidové republiky na léta 1992 - 1993 (Peking, 20. července 1992) SC..2/92
8. Dohoda mezi Ministerstvem zdravotnictví České republiky a Ministerstvem zdravotnictví Čínské lidové republiky o spolupráci v oblasti zdravotnictví a lékařských věd (Ženeva, 2. května 1995, č. 269/1995 Sb.) SC..2/95
9. Ujednání o školských výměnách mezi Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy České republiky a Ministerstvem školství Čínské lidové republiky na léta 2004 - 2007 (Praha, září 2003)
10. Protokol o kulturní spolupráci mezi Ministerstvem kultury České republiky a Ministerstvem kultury Čínské lidové republiky (Peking, 22.4.2004)

Smluvní základna obchodně ekonomická

1. Statut společné komise pro vědeckotechnickou spolupráci mezi Československou republikou a Čínskou lidovou republikou (Peking 6. května 1952);
2. Dohoda mezi ČSR a ČLR o vypořádání vzájemných pohledávek vzniklých do 9. května 1945 (výměna nót, 22.8./13.11.1957) (Peking 13. listopadu 1957);

3. Smlouva mezi vládou Československé socialistické republiky a vládou Čínské lidové republiky o zamezení dvojího zdanění a zabránění daňovému úniku v oboru daní z příjmu (Praha, 11. června 1987);

Od r. 2001 se ČR snaží s ČLR sjednat uzavření nové smlouvy, která by odrážela politické a ekonomické podmínky v obou zemích. Poslední kolo expertních jednání o nové smlouvě o zamezení dvojímu zdanění se uskutečnilo v ČLR v únoru 2006. Přestože se čínská strana snaží i v kontextu nové smlouvy spíše udržet současný platný stav (například zdaňování úroků, licenčních poplatků apod.) a na text dojednávané smlouvy mají jistý vliv i probíhající diskuse o zásadní daňové reformě v ČLR (například sjednocení zákonů pro čínské právnické osoby na straně jedné a pro zahraniční právnické osoby a právnické osoby se zahraniční účastí na straně druhé), česká expertní strana byla po 2. kole jednání spokojena s vyjasněním předchozích výhrad. Návrh na sjednání smlouvy byl 31.5.2006 odsouhlasen vládou parlamentu doporučen souhlas s ratifikací, čínská strana byla poté informována o připravenosti ČR podepsat. Na čínskou odpověď zatím ČR čeká, nicméně podle posledních zpráv díky změnám v daňové legislativě ČLR indikuje čínská strana potřebu renegociace dohody.

4. Dohoda o letecké dopravě mezi vládou ČSSR a vládou Čínské lidové republiky (Peking 25. května 1988);
5. Memorandum o porozumění mezi civilními aeroliniemi Československa a Číny týkající se textu Dohody o letectví a zřízení mezistátních linek mezi Československem a Čínou (Peking 31. prosince 1987);
6. Dohoda o vědeckotechnické spolupráci v oblasti železniční dopravy mezi FMDS ČSSR a Ministerstvem železnic Čínské lidové republiky (Praha, 15. června 1988);
7. Dohoda mezi vládou ČSFR a vládou Čínské lidové republiky o podpoře a vzájemné ochraně investic (Peking 4. prosince 1991) – renegociována – dále viz. Dohoda mezi ČR a ČLR z roku 2006;
8. Dohoda mezi vládou České a Slovenské federativní republiky a vládou Čínské lidové republiky o spolupráci a vzájemné pomoci v oblasti celnictví (Praha 21. července 1992);
9. Dohoda mezi vládou České republiky a vládou ČLR o vědeckotechnické spolupráci (Praha 1.6. 1995);
10. Dohoda o hospodářské spolupráci mezi vládou České republiky a vládou Čínské lidové republiky (22.4.2004);
11. Dohoda mezi vládou České republiky a vládou Čínské lidové republiky o podpoře a vzájemné ochraně investic (vstup v platnost 1. 9. 2006)

Zdroj: Velvyslanectví České republiky v Čínské lidové republice, [on-line], 2008, [2008-10-04]. Dostupné z:
<http://www.mzv.cz/wwwo/default.asp?ParentIDO=715&ido=717&amb=60&idj=1>

Příloha č.11

Polostrukturovaný Rozhovor

Polostrukturovaný rozhovor

Čínský pacient v českém zdravotnictví

Čínský pacient v českém zdravotnictví

ANONYMNÍ RESPONDENT

Dobrý den, budu Vám pokládat řadu otázek týkajících se specifík ošetřování Vás, a Vaší kultury. Odpovědi budu zaznamenávat na list, který mám před sebou. Při tomto rozhovoru je uplatňováno zajištění anonymity respondenta, to znamená nikde nebude uvedeno Vaše jméno, příjmení, bydliště, rodné číslo, a jakékoliv další kontaktní údaje.

Rozhovor blok A.

Polostrukturovaný rozhovor s podporou sondážních otázek (příloha č.1)

Jak si přejete být osloven/a?

1. Kde jste se narodil/a?
2. Jaký je, prosím, Váš věk?
3. Jak dlouho pobýváte v České republice?
4. Jakým jazykem běžně hovoříte?

Jaký je Váš mateřský jazyk?

Jaké další jazyky ovládáte?

Použití neverbální komunikace POZOROVÁNÍ:

- A. *pohyby rukou*
- B. *pohyby očí, pohledy*
- C. *pohyby celého těla*
- D. *průvodní pohyby (kinezika - gesta, výraz tváře) a postoje.*

5. *(Použití neverbální komunikace, rozhovor):*

A. Jaký je u Vás běžný neverbální znak pro přivítání druhého člověka?

B. Jaký je u Vás běžný neverbální znak pro loučení s druhým člověkem?

6. A. Jakou ruku používáte při psaní a konzumování obědu?

B. Kterou ruku si přejete od druhého podat při setkání?

C. Jak chápete výraz gesta zamávání rukou dlaní nahoře?

7. Pocit pohody či nepohody:

A. Jakou vzdálenost považujete za svou osobní zónu, do které by měla mít možnost vstoupit pouze Vám blízká osoba?

B. Pokud Vám někdo „cizí“ vstoupí do osobního prostoru, jak zareagujete?

C. Byl/a jste již hospitalizován/a? Kde?

C. Co považujete při hospitalizaci za nepohodlné?

D. Co považujete při hospitalizaci za pohodlné?

E. Jaké pocity nepohody v souvislosti s ošetřováním jste již prožil?

F. Jaká barva je pro Vás nejpříjemnější?

G. Jaká barva je Vám nepříjemná?

H. Jiné:

8. Jakou vzdálenost mezi Vámi a druhou osobu, která k Vám mluví, považujete za nejpříjemnější (*0-45 cm, 45-90 cm více než 90 cm*)?

9. Následující otázky se zabývají vymezením Vašeho prostoru:
- A. Uveďte vzdálenost, při které se cítíte v přítomnosti jiných osob příznivě
 - B. Co si myslíte o odhalování částí Vašeho těla při vyšetřeních?
 - C. V případě, že by jste nebyl/a schopen pohybu, použil/a by jste podložní mísu na stoličce?

10. Sociální začlenění, zdraví.

- A. V jaké profesní skupině pracujete?
- B. Koho považujete za rodinu v čínské společnosti?
- C. Kolik dětí by podle Vás měla mít čínská rodina žijící v ČR?
- D. Jak by jste popsal/a způsob života ve Vaší rodině?
- E. Přejete si aby v době Vaší hospitalizace byly poskytovány Vaší rodině informace o Vašem zdravotním stavu?
- F. Které choroby a onemocnění jsou běžné ve vaší rodině?
- G. Je si vědom někdo ve vaší rodině o tom, že by mohl mít genetický sklon k určité nemoci?
- H. Popište, jaké bývá typické chování vaší rodiny, když někdo onemocní.
- I. Jak odpovídáte a reagujete, když jste podrážděný/á?
- J. Kdo, nebo co, vám obvykle pomáhá vyrovnat se s problémy?
- K. Jaká je úloha rodiny v době onemocnění některého ze členů rodiny, jak bude rodina reagovat?

11. Ve Vašem osobním pojetí času se soustředíte na minulost, přítomnost nebo budoucnost či jiné?

12. A. V kolik hodin běžně chodíte spát?
B. Máte nějaké osobní rituály spojené se spánkem?
C. V kolik hodin běžně vstáváte?
D. Jak dlouho běžně pracujete?
E. Jaká jídla jíte přes den? A v jakou dobu přibližně?
F. Považujete za důležité přijímat léky v přesně určený čas?

14. Hodnotová orientace

- A. Věříte, že změny a vliv na okolnosti vyvěrají z Vašeho nitra?
B. Věříte, že Váš život ovlivňuje především osud, náhoda?
C. Považujete vzdělání za důležité? A proč?

Uved'te prosím pět Vašich životních hodnot od té nejvyšší k hodnotám nižším

-
- 1.
 - 2.
 - 3.
 - 4.
 - 5.
-

15. Oblast náboženství a životní filozofie

- A. věříte v nadpřirozené síly ?
B. spoléháte na kouzla, zařikávání, nebo spoléháte na modlitbu ?
C. Uznáváte nějaké náboženství, životní filozofii?
D. Máte nějakou specifickou formu náboženských rituálů, které mají probíhat i v době nemoci?
E. Máte specifickou formu rituálů, které praktikujete v době plného zdraví?

16. Oblast tepla a chladu

- A. Jaké máte rád/a počasí, a teplotu venkovního vzduchu?
B. Jakou teplotu pokoje považujete za Vám nejpříjemnější?
C. V případě ultrazvukového vyšetření by jste chtěl/a aby Vám v souvislosti s výkonem bylo na vyšetřovanou oblast aplikován studený gel, nebo gel Vám příjemný? Jakou teplotu by jste označil/a jako Vám příjemnou?
D. Jakou teplotu vody při koupání využíváte?

E. Raději se sprchujete, nebo koupete ve vaně či jiné?

F. Co je podle Vás čaj? Jak má být připraven?

G. Kolik tekutin vypijete za den? Jaké? Kdy?

17. Oblast péče o zdraví

A. Co je podle Vás zdraví?

B. Jak by jste popsal/a svůj vztah k Vašemu zdraví?

C. Znáte práva pacientů ČR? Řekněte prosím, jaké právo pacienta v ČR považujete za nejdůležitější.

D. Využíváte možnosti preventivních prohlídek?

E. Kolikrát za 10 let, by měl člověk podle Vás navštívit zubního lékaře?

F. Jaký máte názor a zkušenost s primární zdravotnickou péčí?

G. Obáváte se závislosti na lécích?

H. Jakým způsobem obvykle tišíte svou bolest?

I. Jste zvyklí/á pečovat o své blízké v případě nemoci i doma?

J. Používáte nějaké prvky tradiční čínské medicíny? Kdy?

18. Oblast pojetí ošetrovatelství

A. Co si myslíte o českém ošetrovatelství?

B. Co si myslíte o čínském ošetrovatelství?

C. Spatřujete nějaký rozdíl mezi čínským a českým ošetrovatelstvím?

D. Jaká je podle Vás náplň práce zdravotní sestry v ČR?

E. Jaká je podle Vás náplň práce porodní asistentky v ČR?

F. Jaká je podle Vás náplň práce vysokoškolsky vzdělané zdravotní sestry?

G. Pokud by Vás měl ošetrovat ošetrovatelský personál v ČR, co by jste u něj považoval/a za nejdůležitější:

H. Všiml/a jste si v rámci hospitalizace některých odlišností oproti obdobné hospitalizaci v Číně? Jaké tyto odlišnosti jsou?

I. Jak by jste popsal/a zdravotní sestru v ČR?

J. Souhlasíte s tím, aby na pozici zdravotní sestry pracovali i muži?

K. Jaký máte názor na používání ochranných pomůcek ve zdravotnictví?

Rozhovor blok B.

Simulační otázky

Nyní Vás poprosím aby jste si představil, že jste v důsledku fiktivního onemocnění byl přivezen svou rodinou, na doporučení lékaře, do nemocničního zařízení. Kdykoliv budete chtít něco říct k obsahu tohoto fiktivního příběhu můžete tak učinit, jakýkoliv Váš názor je pro mě velmi důležitý, a vůbec nevadí, že mi vkročíte do řeči.

Právě jste vešel/a do budovy chirurgického pavilonu nemocnice v ČR. Přichází k Vám

zdravotní sestra, co od ní očekáváte?

Jakou organizaci Vašeho příjmu do nemocnice očekáváte?

Jaké základní pomůcky, by jste považoval/a za vhodné vzít si do české nemocnice, v případě Vaší hospitalizace?

V průběhu příjmového vyšetření Vás zdravotní sestra požádá o možnost odběru Vaší krve, jaký k tomuto zaujímáte postoj?

Nyní jste byl/a právě vzat do klientského stavu v této nemocnici. Co nyní očekáváte?

Po příchodu na oddělení se Vás ujímá zdravotní sestra, která zde pracuje, co od ní očekáváte?

Sestra Vás přivedla na pokoj, a nyní Vám nabízí lůžko které je určeno pro Vás, vyberete si lůžko u okna, lůžko uprostřed, nebo lůžko u dveří? A proč?

Přichází k Vám sestra s intravenózní kanylou, co od ní očekáváte, že Vám sdělí?

Přibližně po 10 minutách po zavedení kanyly Vás začalo okolí kanyly mírně pálit a oblast mírně zarudla, co uděláte?

Ošetrovatelský personál Vám připravil na „noční stolek“ džbánek plný již chladnějšího čaje. Jak budete reagovat? A proč?

Protože je právě čas večeře, ošetrovatelský personál Vám přináší večeři, jakou večeři očekáváte?

Jak by jste si představoval/a hlavní jídlo, které by Vám bylo podáno v době hospitalizace v nemocnici v ČR? Které jídlo je podle to „hlavní“?

Jakou snídani očekáváte?

Očekáváte ještě jiná jídla?

Jaké tekutiny očekáváte?

V souvislosti s výkonem, který u Vás má být proveden je požadováno oholení některé části Vašeho těla. Co si o tom myslíte? Co očekáváte od ošetrovatelského personálu?

Zdravotní sestra k Vám přichází ráno před operačním výkonem, co od ní očekáváte?

Po operačním výkonu se nemůžete 7 dní zvednout z lůžka, jak si myslíte, že jde vyřešit oblast vylučování? Co si o tom myslíte?

Zdravotní sestra Vám přináší léky, co od ní očekáváte?

Zdravotní sestra Vám první den po operaci převazuje operační ránu, co od ní očekáváte?

V souvislosti s pooperační bolestí je Vám nabízena injekce proti bolesti, jak zareagujete?

A proč?

Budete v době po operaci sám/a rehabilitovat?

Co by jste v pooperačním období očekával/a od ošetřovatelského personálu?

Za 10 dní po operaci jste překládán/a na jiné pracoviště ve stejné nemocnici, co očekáváte od ošetřovatelského personálu?

Následně po dalších třech dnech jste propuštěn do domácího ošetřování, jak takové domácí ošetřování u Vás může vypadat?

Spatřujete ve své kultuře oproti kultuře v České republice nějaký rozdíl? Pokud ano, jaký?

Rozhovor blok C.

Polostrukturovaný rozhovor s podporou sondážních otázek (příloha č.1)

Blok otázek k hospitalizaci klienta, pouze při hospitalizaci v ČR.

Byl/a jste již hospitalizován/a v nemocničním zařízení v ČR?

Mohl by jste sdělit Vaše pocity z celé hospitalizace v tomto zařízení?

Jaká byla, podle Vás kvalita ošetřovatelské péče, která Vám byla poskytnuta?

Byl/a jste seznámen/a s právy pacientů?

Měl/a jste dostatek informací o léčbě?

Podepisoval/a jste informovaný souhlas s výkony, vyšetřeními?

Myslíte si, že pro Vás byl problém přizpůsobit se režimu na oddělení?

Jak jste se přizpůsobil/a stravovacím návykům v nemocnici?

Navštěvovala Vás rodina? Máte raději početnější návštěvy rodiny?

V případě Vaší hospitalizace v nemocničním zařízení v České republice, jakého spolupacienta by jste chtěl mít na stejném pokoji s Vámi, a proč, a jakého pacienta naopak nikoliv (možnosti Vietnamec, Američan, Arab, Čech, Příslušník romské menšiny, Černoš z Jihoafrické republiky, Rus) ?

Pokud by jste si mohl vybrat kdo bude tlumočnickem mezi Vámi (mluvíte pouze čínsky) a ošetrovatelským personálem (mluví pouze česky) kdo by měl být tlumočnick?

Jak by jste chtěl/a aby s Vámi ošetrovatelský personál komunikoval, pokud by nebyla možná verbální jazyková domluva?

Pokud by jste byl hospitalizován v české nemocnici, jaký počet lůžek a spolupacientů na pokoji by Vám nejvíce vyhovoval?

V případě Vaší hospitalizace v nemocnici v ČR na lůžkovém pokoji, kde by jste chtěl/a aby bylo WC zařízení, sprchy, umyvadlo? Na pokoji, na chodbě či jiné?

V případě kontaktu se zdravotnickým personálem a požadavkem na odběr biologického materiálu, (krve, moči, stolice, mozkomíšního moku, sliny, jiné) máte názor na odběr jaký? Máte názor, že u Vás existuje odběr biologického materiálu, který by jste si nepřál/a?

Pokud je hospitalizován Váš blízký příbuzný, jak často by jste ho v nemocnici navštěvoval?

Považujete kontakt s Vaší rodinou v době hospitalizace za důležitý? A proč?

Pokud by jste byl/a hospitalizován, a nebyl/a by jste schopen/a pohybu, přijal/a by jste hygienickou očistu od ošetrovatelského personálu? Jaké požadavky, by jste měl/a při vlastním provádění hygieny?

Jaký názor máte na aplikaci injekce levou rukou od ošetrovatelského personálu?

Jak by jste reagoval/a, kdyby jste nerozuměl tomu, co Vám říká zdravotnický pracovník v nemocnici? Opět umíte pouze čínsky, a personál pouze česky.

Jaký čas by jste chtěl/a, aby se Vám věnovala setra při přijetí na lůžkové oddělení v ČR nemocnici?

Byl jste někdy Vy, nebo člen Vaší rodiny dárce krve? Jaký máte vztah ke krevním transfuzím?

R Muž: V případě porodu Vaší životní partnerky, přál by jste si být u porodu přítomen?

R Žena: V případě Vašeho porodu, přála by jste si, aby byl přítomen i Váš životní partneru vlastního porodu?

Pokud by byl nemocný Váš syn, či dcera jaký máte názor na možnost ubytování s dítětem za příplatek v české nemocnici?

Jak si představujete Vaše zapojení do tvorby Vašeho léčebného plánu a jeho realizaci?

Chcete závěrem našeho rozhovoru uvést ještě něco jiného?

Děkuji Vám za spolupráci a přeji Vám krásný den, zároveň si Vám dovoluji na sebe předat kontakt. Výsledky tohoto výzkumu Vám mohu v případě Vašeho zájmu zaslat elektronicky.

Příloha č. 1

Sondážní/doplňující otázky

Jiné:

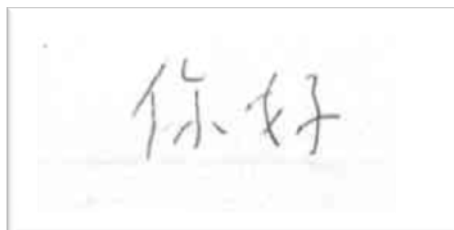
Autor: Pavel Scholz

Příloha č.12

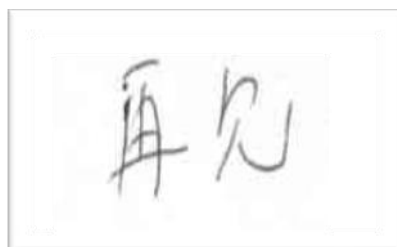
Základní piktogramy pro komunikaci s čínskými klienty v českém zdravotnictví



Dobrý den



Nashledanou



Informace





Sestra



护士



**Porodní
asistentka**



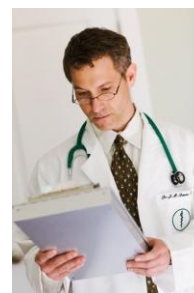
助产师



Lékař

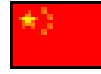


大

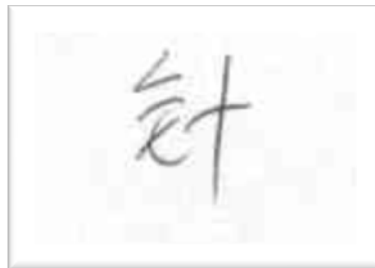
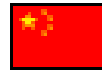




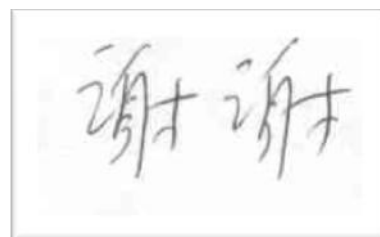
Bolest



Injekce



Děkuji





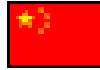
Hygiena



卫生



Nemocnice



医院



Čínské jídlo



中餐





Jídlo



饭



Pití



啜



Rodina

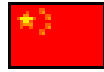


户





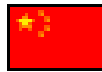
**Toaleta
(WC)**



厕



Léky



药物



Překladatel

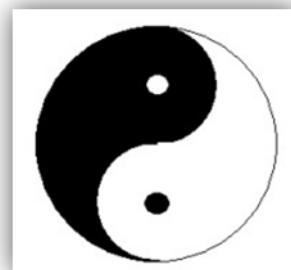


翻译者





Zdraví



Teplo



Chlad



Autor: Pavel Scholz (za částečné pomoci paní PhDr. Gao Hui Lan).

Příloha č.14

Barvy sesterské uniformy v Číně jsou od bílé přes oranžovou po růžovou

Obrázky jsou pouze orientační



Zdroje:

Nurse uniform China : Manufacturers & Suppliers

<http://www.chinasuppliers.globalsources.com/china-suppliers/nurse-uniform.htm>

cna.org.cn

<http://www.cna.org.cn/imagenurse/231.jpg>

cna.org.cn

<http://www.cna.org.cn/imagenurse/234.jpg>

Příloha č.15

STANDARD OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Název standardu: **OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O ČÍNSKÉHO PACIENTA/ KLIENTA VE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH A SOCIÁLNÍCH ZAŘÍZENÍCH.**

Charakteristika standardu	Rámcový standard ošetřovatelské péče
Cíl standardu	Efektivně poskytovat kulturně shodnou ošetřovatelskou péči členům čínské minoritní skupiny
Skupina péče	Pacienti/klienti kteří jsou příslušníci čínské minoritní skupiny
Cílová skupina	Veškerá zdravotnická zařízení a instituce poskytující ošetřovatelskou péči: lůžková zařízení, agentury domácí péče, agentury péče o matku, praxe praktických lékařů, praxe odborných lékařů, zařízení poskytující hospicovou péči, stacionáře zdravotní péče, ošetřovatelské domy, domovy důchodců a všechny typy ústavů sociální péče, další instituce dle vývoje struktury zdravotnických zařízení v České republice
Poskytovatelé péče, pro něž je standard závazný	Všeobecné sestry, které získaly kvalifikaci dle zákona č.96/2004 Sb., všeobecné sestry specialistky v rozsahu získané specializace, porodní asistentky, které získaly kvalifikaci dle zákona č. 96/2004 Sb., porodní asistentky specialistky v rozsahu získané specializace, zdravotnický asistent dle zákona č. 96/2004 Sb.
Odpovědnost za realizaci	Vedoucí pracovníci na úseku ošetřovatelské péče
Platnost standardu	2 roky (po dvou letech aktualizovat)
Frekvence kontroly	2 x za rok
Kontrolu vykoná	Manažer/ka ošetřovatelství (manažer/ka kvality ošetřovatelské péče, hlavní sestra, vrchní sestra, staniční sestra)
Přílohy standardu	1. Schéma ošetřovatelského modelu Gigerové – Davidhizarové 2. Informace o specifikách příslušníků čínské minority z vybraných oblastí modelu Gigerové-Davidhizarové

KRITERIA STRUKTURY

S1 Pracovníci: všeobecná sestra/ porodní asistentka/ zdravotnický asistent, poskytující ošetřovatelskou péči (dále jen „SESTRA“)

S2 Prostředí: veškerá zařízení a instituce poskytující ošetřovatelskou péči.

S3 Pomůcky: komunikační karty (piktogramy), slovník, překladatel.

S4 Dokumentace: zdravotnická / ošetřovatelská dokumentace.

KRITERIA PROCESU

Příslušník čínské minority: kulturně svěbytný jedinec

Sestra

P 1 Má základní znalosti o čínské kultuře, klientovi – příslušníkovi čínské minoritní skupiny.

P 2 Uvědomuje si kulturní specifčnost a individualitu jednotlivých příslušníků čínské minoritní skupiny.

Příslušník čínské minority: komunikace

Sestra

P 3 Při setkání s P/K zajistí klidné prostředí a věnuje mu více času, zvláště v případě existence jazykové bariéry.

P 4 Při navazování kontaktu vhodně použije základní pozdravení v jazyce P/K, představí se (včetně dosaženého

vzdělání, a vlastní úlohy ve zdravotnickém zařízení), mluví pomalu, nespěchá.

Pozdrav: nejprve muž poté žena (nejstarší muž z rodiny má přednost).

Oslovení: přednost má muž, oslovení je nejlépe příjmením (Hu Lang Wu - oslovujeme pane Lang/ Mr. Lang).

P 5 P/K osloví - zeptá se, jak si přeje být oslovován, domluví se aby jí P/K naučil jeho jméno vyslovovat.

P 6 Podá P/K ruku: podat pravou ruku (levou nevyužívat) – je kulturním zvykem chápat podání levé ruky jako

„nečisté“ gesto (levá ruka slouží pro hygienické úkony), v případě že je sestra levák, je nutno tento fakt

zdůraznit (není nutno vždy slovy) ihned po podání levé ruky.

P 7 Zjistí, do jaké míry P/K ovládá český jazyk a zda mu rozumí. V případě nutnosti zajistí tlumočnicka, či rodinného příslušníka, který bude překládat.

P 8 Hovoří pomalu, zřetelně artikuluje, nezvyšuje hlas. Používá jednoduché věty, vyhýbá se složitým souvětím.

P 9 Používá piktogramy – komunikační karty.

P 10 Naslouchá P/K se sympatiemi a pochopením, nechá P/K vyložit jeho vlastní pohled na problém a jeho

případné návrhy a zvyklosti řešení problému.

P 11 Nesděljuje choulostivé záležitosti před ostatními spolupacienty.

P 12 Upozorní lékaře, že není vhodné sdělovat výrazně negativní lékařské diagnózy (takové, u kterých je následné výrazné omezení funkce P/K v rodině, práci, nebo vzdělávání) prostřednictvím tlumočnicka, který

je příslušníkem P/K rodiny (sestra dle postupů zdravotnického zařízení zajistí tlumočnicka).

P 13 Ví, že úsměv a přikyvování čínského P/K nemusí znamenat, že jí rozuměl.

P 14 Používá také neverbální komunikaci (i při komunikaci s tlumočnickem komunikuje neverbálně s klientem).

P 15 Při komunikaci P/K řádně oslovuje, užívá slov prosím a děkuji.

P 16 Zná specifika komunikačního projevu čínského P/K.

P 17 Při prvním rozhovoru s P/K dbá na pečlivé vysvětlení práv pacientů ČR, informuje P/K o systému zdravotní péče v ČR (pokud s ním není již seznámen).

Příslušník čínské minority: prostor

Sestra

P 18 Ví, že pocit pohody a jistoty poskytuje čínskému P/K rodina. Většinou žijí pohromadě s rodinou – pojí je

silná citová vazba. V případě nemoci (nemoc vyplývá z disharmonie, a onemocnění v první řadě nastává,

když se lidské tělo dostává do nevyváženosti s okolním prostředím) je zvykem, že rodina navštěvuje nemocného každý den (v prostorech zdravotnického či sociálního zařízení).

P 19 Ví, že P/K má v evropském prostředí raději možnost výběru pokoje, lůžka a spolupacientů (někteří číňané

neradi sdílejí stejné prostory s černochy z Afriky).

Příslušník čínské minority: sociální začlenění

Sestra

P 20 Ví, že pro P/K je rodina velmi důležitá! Využívá rodiny jako partnera při léčbě P/K

(rodina je zvyklá, o P/K pečovat i v domácím prostředí – možnost edukace). Do ošetřovatelského plánování o P/K zapojuje rodinu P/K (rodina pomáhá v rekonvalescenci a léčbě).

P 21 Je si vědoma toho, že kultura čínského P/K vychází z filozofie konfucianismu – primární vztah mezi rodiči a dětmi

P 22 Ví, že v rodině rozhoduje muž nebo nejstarší syn a manželky jsou podřízené.

Příslušník čínské minority: pojetí času

Sestra

P 23 Ví, že čínský P/K se soustředí na přítomnost a případně na budoucnost, kdy vše má být v harmonii.

P 24 Je si vědoma toho, že dodržování času při návštěvě lékaře, je pro čínského P/K důležité (je vhodné poskytnout P/K kontakt na zdravotnické zařízení, pro případ nemožnosti dostavení se P/K).

P 25 Je si vědoma, že P/K očekává podrobné informování o dalším léčebném a ošetrovatelském plánu, je zde

nutno upozornit i lékaře.

P 26 Ví, že číňané většinou pracují 10 až 14 hodin denně, v době hospitalizace je vhodné nabídnout P/K možnost

rehabilitace nebo tělesného cvičení (v soukromí či s rodinou - poskytuje P/K pocit bezpečí a jistoty).

Příslušník čínské minority: vliv prostředí a výchovy

Sestra

P 27 Respektuje péči čínského P/K o své zdraví – správná životospráva, upřednostňování tradiční asijské medicíny. Síly jing a jang – ovlivňují rovnováhu a harmonii zdraví.

P 28 Pokud P/K pění čaj (nebo jiné tekutiny), nesmí být studený! (číňané chápou studenou tekutinu jako

negativní energii, k nastolení rovnováhy je potřeba vnitřní pozitivní energie).

P 29 V případě odběru krve je potřeba respektovat že P/K vnímá odebírání krve jako odebírání pozitivní vnitřní energie (P/K uvádějí, že v ČR se odebírá mnoho krve), každý odběr krve je potřeba zdůvodnit.

P 30 Zná důležitost osobní hygieny pro P/K (vysoká) stejně jako čistota pokoje a hygienického zařízení.

P 31 Má informace o zvláštích v těhotenství a mateřství čínských žen.

P 32 Je si vědoma *odlišností spojených s umíráním a smrtí čínského P/K*.

P 33 Ví, že pro čínskou rodinu a dítě je velice důležité vzdělání! Vzdělání je v Číně velmi ceněné, a je tedy

nutné v případě déletrvajících hospitalizací (obzvláště v případě dítěte) umožnit vzdělávání P/K.

Příslušník čínské minority: biologické odlišnosti

Sestra

P 34 Zná fakta související s *biologickými odlišnostmi* čínského P/K.

P 35 Zná *stravovací návyky* čínského P/K.

KRITERIA VÝSLEDKU:

V 1 Čínskému P/K je poskytována ošetrovatelská péče s využitím modifikace ošetrovatelského modelu Gigerové

a Davidhizarové (zvýšení kvality a efektivity ošetrovatelské péče).

V 2 Sestra s čínským P/K komunikuje a dorozumí se.

V 3 Příslušník čínské minority a jeho rodina je informovaný (rodina ne o závažném stavu a diagnóze, pokud si

P/K nepřeje).

V 4 P/K spolupracuje, má vypracovaný ošetrovatelský plán, na jehož realizaci se podílí.

OŠETŘOVATELSKÝ AUDIT

Vyhodnocení splnění standardu ošetřovatelské péče zaměřené na ošetřování čínského pacienta/klienta ve zdravotnických a sociálních zařízeních.

Pracoviště:

Auditoři:

Datum:

Metody auditu:

- Otázka pro sestru.
- Otázka pro pacienta/klienta, rodinu.
- Pozorování pacienta/klienta, sestry.
- Otázka pro lékaře.
- Kontrola kvalifikačních požadavků v osobním spise.
- Kontrola pomůcek.
- Kontrola prostředí.
- Kontrola ošetřovatelské dokumentace.

	Kód	Kontrolní kritéria	Metoda hodnocení	ANO	NE
STRUKTURA	S1	Poskytuje ošetřovatelskou péči sestra, porodní asistentka (zdravotnický asistent)?	Kontrola kvalifikač.požadavků v osobním spise		
	S2	Poskytuje se ošetřovatelská péče na standardním oddělení zdravotnického zařízení?	Kontrola prostředí		
	S3	Má sestra připravené potřebné pomůcky?	Kontrola pomůcek		
	S4	Vede sestra ošetřovatelskou dokumentaci?	Kontrola ošetřovatelské dokumentace		
PROCES	P1	Má sestra základní znalosti o čínské kultuře, pacientovi/klientovi příslušníkovi čínské minoritní skupiny?	Otázka pro sestru		
	P2	Uvědomuje si sestra kulturní specifičnost a individualitu jednotlivých příslušníků čínské minoritní skupiny?	Pozorování P/K, sestry		
	P3	Zajistila sestra klidné prostředí při setkání s P/K?	Pozorování P/K, sestry		
	P4	Použila sestra pro navázání kontaktu vhodně základní pozdravení v jazyce P/K, představila se?	Pozorování P/K, sestry		
	P5	Zeptala se sestra, jak si přeje být P/K osloven, domluvila se, aby jí P/K naučil jeho jméno vyslovovat?	Pozorování P/K, sestry		
	P6	Podala sestra správně P/K ruku?	Pozorování P/K, sestry		
	P7	Zjistila sestra, do jaké míry P/K ovládá český jazyk a zda rozumí? V případě nutnosti zajistila tlumočnicka, či rodinného příslušníka, který bude překládat?	Otázka pro sestru		
	P8	Hovoří sestra pomalu, zřetelně artikuluje, nezvyšuje hlas. Používá jednoduché věty, vyhýbá se složitým souvětím?	Pozorování P/K, sestry		
	P9	Používá sestra piktogramy – komunikační karty?	Pozorování P/K, sestry		

PROCES

P10	Nechá sestra P/K vyložit jeho vlastní pohled na problém, a jeho případné návrhy řešení problému?	Pozorování P/K, sestry		
P11	Nesděljuje choulostivé záležitosti před ostatními spolupacienty?	Pozorování P/K, sestry		
P12	Upozornila sestra lékaře, že není vhodné sdělovat výrazně negativní lékařské diagnózy prostřednictvím tlumočnicka, který je příslušníkem P/K rodiny?	Otázka pro lékaře		
P13	Ví, že úsměv a přikyvování čínského P/K nemusí znamenat, že jí rozuměl?	Otázka pro sestru		
P14	Používá sestra také neverbální komunikaci (i při komunikaci s tlumočnickem komunikuje neverbálně s klientem)?	Pozorování sestry		
P15	Při komunikaci P/K řádně oslovuje (dle domluvy s P/K), užívá slov prosím a děkuji?	Pozorování P/K, sestry		
P16	Zná sestra zvláštnosti projevu čínského P/K (jak verbální tak nonverbální)?	Otázka pro sestru		
P17	Informovala sestra (pečlivě) při prvním rozhovoru P/K o právech pacientů ČR?	Otázka pro P/K, rodinu		
P18	Uvědomuje si sestra, že pocit pohody a jistoty poskytuje čínskému P/K rodina?	Otázka pro sestru		
P19	Poskytla sestra P/K možnost výběru pokoje, lůžka nebo spolupacientů?	Otázka pro P/K, rodinu		
P20	Využívá sestra rodiny jako partnera při léčbě P/K?	Otázka pro P/K, rodinu		
P21	Je si sestra vědoma toho, že kultura čínského P/K vychází z filozofie konfucianismu – primární vztah mezi rodiči a dětmi?	Otázka pro sestru		
P22	Ví sestra, že v rodině rozhoduje muž, nebo nejstarší syn a manželky jsou podřízené?	Otázka pro sestru		
P23	Ví sestra, že čínský P/K se soustředí na přítomnost a případně budoucnost, kdy vše je má být v harmonii?	Otázka pro sestru		
P24	Je si sestra vědoma toho, že dodržování času při návštěvě lékaře, je pro čínského P/K důležité?	Otázka pro sestru		
P25	Upozornila sestra lékaře, že P/K očekává podrobné informování o jeho dalším léčebném a ošetrovatelském plánu?	Pozorování P/K, sestry		
P26	Nabídla sestra P/K možnost rehabilitace či tělesného cvičení (v soukromí či s rodinou)?	Otázka pro sestru		
P27	Respektuje sestra péči P/K o své zdraví – správná životospráva, upřednostňování tradiční asijské medicíny?	Pozorování P/K, sestry		

PROCES	P28	Zná sestra specifika P/K v oblasti teploty tekutin (čaj), které P/K přijímá?	Otázka pro sestru		
	P29	Respektuje sestra zvláštnosti P/K při odběru krve, zdůvodňuje odběry krve P/K?	Otázka pro P/K		
	P30	Je dostatečná čistota pokoje a hygienického zařízení v pokoji P/K?	Otázka pro P/K		
	P31	Má sestra informace zvláštnostech v době těhotenství a mateřství čínských žen?	Otázka pro sestru		
	P32	Je si sestra vědoma odlišností spojených s umíráním a smrti čínského P/K?	Otázka pro sestru		
	P33	Ví sestra, že pro čínskou rodinu je velice důležité vzdělání?	Otázka pro sestru		
	P34	Zná sestra fakta související s biologickými odlišnostmi čínského P/K?	Otázka pro sestru		
	P35	Zná sestra stravovací návyky čínského P/K?	Otázka pro sestru		
VÝSLEDEK	V1	Je čínskému P/K je poskytována ošetrovatelská péče s využitím modifikace ošetrovatelského modelu Gigerové a Davidhizarové (zvýšení kvality a efektivity ošetrovatelské péče)?	Otázka pro sestru Pozorování P/K		
	V2	Komunikuje sestra s čínským P/K komunikuje, dorozumí se?	Pozorování sestry Pozorování P/K		
	V3	Je P/K a jeho rodina je informovaný (rodina ne o závažném stavu a diagnóze, pokud si P/K nepřeje)?	Otázka pro P/K, rodinu		
	V4	Má P/K vypracovaný ošetrovatelský plán, respektující zvláštnosti ošetrovatelské péče u příslušníka čínské minoritní skupiny, na jehož realizaci se podílí?	Kontrola ošetrovatelské dokumentace		

Kódy a jejich číslování v auditu odpovídají příslušným kritériím standardu

Vysvětlivky:

Číňané – příslušníci čínské minoritní skupiny

Kvalif. požadavků – kvalifikačních požadavků

Oš. proces – ošetrovatelský proces

P- kritéria procesu

P/K - klient / pacient, který je příslušníkem čínské minoritní skupiny

S - kritéria struktury

V - kritéria výsledku

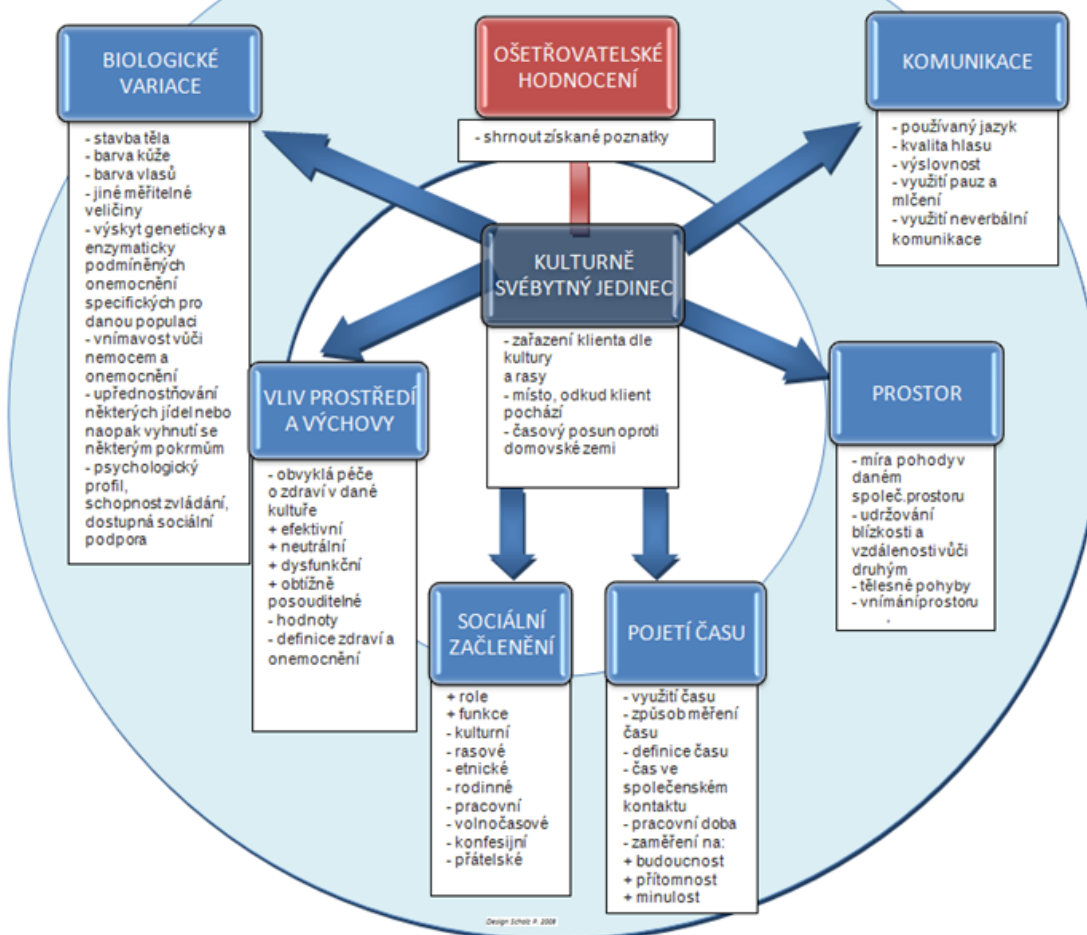
Příloha 1 (standardu ošetrovatelské péče)

Model ošetrovatelského posuzování podle Gigerové a Davidhizarové



Model pro transkulturní ošetrovatelské hodnocení podle Gigerové a Davidhizarové

Obsah jednotlivých položek modelu



Příloha č. 2 (standardu ošetřovatelské péče)

Informace o specifikách příslušníků čínské minority z vybraných oblastí modelu Gigerové-Davidhizarové

Příslušník čínské minority: kulturně svébytný jedinec

- Rasa: asijsko - americká, žlutá.
- Místo původu: nejčastěji Čínská lidová republika (Čína), nebo Čínská republika (Tchaj-wan).
- Vnímání vlastní kultury: kultura s rozsáhlou historií - delší než 2500 let, číňané si uvědomují svojí kulturu, její vývoj a chrání ji.
- Životní filozofie: konfucianismus, rovnováha mezi Jing a Jang (rovnováha teplo x chlad, světlo x tma, dobro x zlo).
- Vnímání zdraví a nemoci: Stav rovnováhy mezi vnitřním a vnějším prostředím člověka (nemoc vyplývá z disharmonie, a onemocnění v první řadě nastává, když se lidské tělo dostává do nevyváženosti s okolním prostředím).
- Převládající náboženské směry: konfucianismus a buddhismus, křesťanství (ve větší míře u dlouhodobě žijících příslušníků čínské minoritní skupiny).
- Vnímání času: posun České republiky oproti Čínské lidové republice je + 7 hodin (např. 20,00 Praha, Česká republika / 3,00 Beijing (Peking), People of republic China).

Příslušník čínské minority: komunikace

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.

Nonverbální zvláštnosti příslušníků čínské minority:

- Úsměv: vyjadřuje většinou radost, ale může také znamenat nepochopení.
- Doteky na veřejnosti: mezi milenci – nepřípustné! Mezi členy rodiny přijatelné, ale na veřejnosti nepřilíš vhodné.
- Podání ruky: číňané jsou téměř vždy praváci (školský systém většinu leváků „přeučuje“ z leváků na praváky“), očekávají tedy podání pravé ruky, v případě podání levé ruky je nutno zdůraznit že využíváte levou ruku (není nutno vždy slovy), jinak by mohlo být podání levé ruky jako „nečisté“ gesto.
- Podání předmětu: oběma rukama, jednou rukou není vhodné, čaj musí být podán oběma rukama.
- Smrkání do kapesníku: považováno za neslušné, dříve i směšné (dnes v Číně speciální reklamy na využívání kapesníků).
- Gesto pro přivolání druhé osoby: pokývnutí (hlavou nahoru, dolů), není vhodné používat gesto kdy je dlaň dole a prsty pohybujeme směrem k sobě, stejně tak jako dlaň směrem nahoru (oba výrazy jsou chápány jako projev nadřazenosti).

Příslušník čínské minority: vliv prostředí a výchovy

V případě bolesti nemusí P/K sdělovat že vnímá bolest. Na zeptání vnímání bolesti sdělí, ale přesto si nemusí přát přijmout lék proti bolesti (bolest je chápána jako přirozený projev, který není nutno potlačovat) - existují výjimky v případě chronických bolestí kdy je lék proti bolesti přijímán. Číňané mají obavy z případných závislostí na lecích, zejména u léků proti bolesti.

Těhotenství a mateřství čínských žen.

V Číně kde byla dříve (rok 1955) preferována co nejvyšší porodnost, je v dnešní době preferována politika jednoho dítěte, vzhledem k převažující konfuciovské životní filozofii, kde je velmi důležitá úloha muže, je přáním většiny rodin, aby jejich potomkem byl právě muž. Proto je časté, že v případě plodu, který je rodu ženského, chce rodina (matka) podstoupit interrupci. Pokud by nebyla interrupce provedena i přes přání matky (otce, nebo celé rodiny), je zde riziko poškození novorozence! Přítomnost muže u porodu je možná. Mateřská dovolená trvá v Číně 90 až 120 dní, poté se o dítě starají většinou prarodiče (v době práce rodičů).

Oblast umírání a smrti.

Rodina je zvyklá být s P/K co nejvíce pohromadě, po úmrtí je zvyklost převlékání zemřelého P/K do nových „civilních“ šatů, ve kterých také rodina chce, aby byl pohřben. Při pohřbu je obvyklé, že přinášejí lístky květin a popsané lístky s činy zemřelého P/K nebo s přáními, a shazují je na místo kde je zemřelý P/K pochován.

Příslušník čínské minority: biologické odlišnosti

- Tělesná konstituce: jsou nižší postavy (než evropský průměr), žlutohnědé pokožky, oči tmavé, vlasy většinou černé, lesklé, rovné.
- U mužů i žen většinou chybí tělní ochlupení.
- Obličej je typický malým nosem a šikmým položením očních štěrbin.
- Hmotnost většinou odpovídá výšce, někdy bývá přítomna i obezita (Tchaj-wan).

Oblast stravování

Nejčastější stravou (a součástí stravy) obyvatel Číny je rýže (připravuje se různými způsoby), maso může být jakéhokoliv druhu, důležitá je zde kompletní příprava pokrmu tzn. maso má být na jemno nakrájené (stravování Evropanů je chápáno jako „barbarské“ práce kuchaře je i v tom, že maso nakrájí na jemné kousky, aby bylo možno stravu požívat co nejsnáze).

Potravinám je podle filozofie rovnováhy jing a jang přiřazována síla tepla a chladu. Nejčastěji jedí většinou 3 krát denně, přičemž oběd může mít více chodů (i více než 10), jako hlavní jídlo bývá považován oběd a večeře (dle toho kdy pracují). Večeře musí být teplá! Rýži jedí s každým jídlem.

Přiměřeně pijí tekutiny (cca. 1,5 – 2l tekutin za den), hlavně čaje příjemné teploty (ani horký ani studený) nebo vodu pokojové teploty. Požívají minimum mléčných výrobků, v Čínské republice (Tchaj-wan) naopak mléčné výrobky preferují, a je u nich zvykem je konzumovat i ke snídani a k večeři.

Sumář informací o příslušnících čínské minoritní skupiny pro sestry v ČR.

**Sumář informací o příslušnících
čínské minoritní skupiny pro sestry
v ČR**

护士

for NURSE

2008

Pavel Scholz

scholz@zsf.jcu.cz



Příslušník čínské minority: kulturně svébytný jedinec

- Rasa: asijsko - americká, žlutá.
- **Místo původu: nejčastěji Čínská lidová republika (Čína), nebo Čínská republika (Tchaj-wan).**
- Vnímání vlastní kultury: **kultura s rozsáhlou historií - delší než 2500 let**, Číňané si uvědomují svojí kulturu, její vývoj a chrání ji.
- Víra: Buddhismus, taoismus. Životní filozofie: konfucianismus, rovnováha mezi Jin a Jang (rovnováha teplo x chlad, světlo x tma, dobro x zlo).
- **Vnímání zdraví a nemoci: stav rovnováhy mezi vnitřním a vnějším prostředím člověka (nemoc vyplývá z disharmonie, a onemocnění v první řadě nastává, když se lidské tělo dostává do nevyváženosti s okolním prostředím).**
- Převládající náboženské směry: konfucianismus a buddhismus, křesťanství (ve větší míře u dlouhodobě žijících příslušníků čínské minoritní skupiny).
- Vnímání času: posun České republiky oproti Čínské lidové republice je + 7 hodin (např. 20,00 Praha, Česká republika / 3,00 Beijing (Peking), People of republic China).

Příslušník čínské minority: komunikace

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 Číňané v celé zemi mohou dorozumět společným jazykem.

Nonverbální zvláštnosti příslušníků čínské minority:

- Úsměv: vyjadřuje většinou radost, ale může také znamenat nepochopení.
- Doteky na veřejnosti: mezi milenci – nepřipustné! Mezi členy rodiny přijatelné, ale na veřejnosti nepřiliš vhodné.
- Podání ruky: Číňané jsou téměř vždy praváci (školský systém většinu leváků „přečtuje“ z leváků na praváky), očekávají tedy podání pravé ruky, v případě podání levé ruky je nutno zdůraznit, že využíváte levou ruku (není nutno vždy slovy), jinak by mohlo být podání levé ruky vnímáno jako „nečisté“ gesto.
- Podání předmětu: oběma rukama, jednou rukou není vhodné, čaj musí být podán oběma rukama.
- Smrkání do kapesníku: považováno za neslušné, dříve i směšné (dnes jsou v Číně speciální reklamy na využívání kapesníků).
- Gesto pro přivolání druhé osoby: pokývnutí (hlavou nahoru, dolů), není vhodné používat gesto, kdy je dlaň dole a prsty pohybujeme směrem k sobě, stejně tak jako dlaň směrem nahoru (oba výrazy jsou chápány jako projev nadřazenosti).

Příslušník čínské minority: vliv prostředí a výchovy

V případě bolesti nemusí P/K sdělovat, že vnímá bolest. Na dotaz o vnímání bolesti přitaká (odpoví), ale přesto si nemusí přát přijmout lék proti bolesti (bolest je chápána jako přirozený projev, který není nutno potlačovat) - existují výjimky v případě chronických bolestí, kdy je lék proti bolesti přijímán. Číňané mají obavy z případné závislosti na lecích, zejména u léků proti bolesti.

Rodina pro příslušníky čínské minoritní skupiny znamená (v širokém měřítku) vlastního otce, matku, vlastní děti, dědu, babičku, tety, strýce, sestřenice a bratrance, přičemž kontakt s nimi je velmi četný (i oproti českému pojetí rodiny) a pro naše respondenty důležitý. Jedna z důležitých úloh rodiny v rozhodování o potřebnosti zdravotnické péče u nemocného člena rodiny. Dále si většinou nepřejí sdělování závažného zdravotního stavu své rodině – z důvodu možného narušení rovnováhy. Rodina je pojímána tedy jako partner při léčbě.

V oblasti tlumočení si většinou přejí, aby jim *tlumočil člen rodiny, profesionální tlumočnick-případně aby zdravotnický personál využíval piktogramů (při komunikaci s nimi).*

Je žádoucí vznik rovnováhy mezi teplem a chladem. V případě ultrazvukového vyšetření si přejí, aby jim byl aplikován gel teploty těla příjemné (ani teplý ani chladný, v teplotě pokožky), při koupeli si přejí vodu také příjemné teploty (zda je teplota příjemná, dokážou samozřejmě sdělit i na základě piktogramů). Číňané chápou studenou tekutinu jako negativní energii, k nastolení rovnováhy je potřeba vnitřní pozitivní energie.

Číňané většinou pracují 10 až 14 hodin denně, v době hospitalizace je vhodné nabídnout P/K možnost rehabilitace nebo tělesného cvičení.

V případě odběru krve je potřeba respektovat že P/K vnímá odebírání krve jako odebírání pozitivní vnitřní energie (P/K uvádějí, že v ČR se odebírá mnoho krve), každý odběr krve je potřeba zdůvodnit.

Celkově k odběrům biologického materiálu naši respondenti nemají negativní postoj, většina jich s odběry biologického materiálu souhlasí

Většinou mohou považovat za přijatelný počet spolupacientů méně než 2.

Nevadí jim vysvětlené odhalení těla při vyšetření, přistoupení sestry blízko k lůžku a omývání intimních zón těla sestrou.

Těhotenství a mateřství čínských žen.

V Číně, kde byla dříve (rok 1955) preferována co nejvyšší porodnost, je v dnešní době preferována politika jednoho dítěte. Vzhledem k převažující konfuciánské životní filozofii, kde je velmi důležitá úloha muže, je přáním většiny rodin, aby jejich potomkem byl právě muž. Proto je časté, že v případě plodu, který je pohlaví ženského, chce rodina (matka) podstoupit interrupci. Pokud by nebyla interrupce provedena i přes přání matky (otce nebo celé rodiny), je zde riziko poškození novorozence! Přítomnost muže u porodu je možná. Mateřská dovolená trvá v Číně 90 až 120 dní, poté se o dítě starají většinou prarodiče (v době práce rodičů).

Pokud je to možné ze strany zdravotnického zařízení, tak vítají přítomnost svého partnera u porodu.

Oblast umírání a smrti.

Rodina je zvyklá být s P/K co nejvíce pohromadě, po úmrtí je **zvyklost převlékání zemřelého do nových „civilních“ šatů**, ve kterých také rodina chce, aby byl pohřben. Při pohřbu je obvyklé, že přinášejí lístky květin a popsané lístky s činy zemřelého nebo s přáními, a shazují je na místo, kde je zemřelý pochován.

Příslušník čínské minority: biologické odlišnosti

- Tělesná konstituce: jsou nižší postavy (než evropský průměr), žlutohnědé pokožky, oči tmavé, vlasy většinou černé, lesklé, rovné.
- U mužů i žen většinou chybí tělní ochlupení.
- Obličej je typický malým nosem a šikmým položením očních štěrbin.
- Hmotnost většinou odpovídá výšce, někdy bývá přítomna i obezita (Tchaj-wan).

Oblast stravování

Nejčastější stravou (a součástí stravy) obyvatel Číny je rýže (připravuje se různými způsoby). Maso může být jakéhokoliv druhu. Důležitá je zde kompletní příprava pokrmu, tzn. maso má být najemno nakrájené, aby bylo možno stravu požívat co nejsnáze. (Stravování Evropanů je chápáno jako „barbarské“.)

Potravinám je, podle filozofie rovnováhy jin a jang, přiřazována síla tepla a chladu. Nejčastěji jedí většinou 3 krát denně, přičemž oběd může mít více chodů (i více než 10). Za hlavní jídlo bývá považován oběd a večeře (dle toho, kdy pracují). Večeře musí být teplá! Rýži jedí s každým jídlem.

Přiměřeně pijí tekutiny (cca. 1,5 – 2l tekutin za den), hlavně **čaje příjemné teploty** (ani horký ani studený) nebo vodu pokojové teploty. Požívají minimum mléčných výrobků. V Čínské republice (Tchaj-wan) naopak mléčné výrobky preferují, a je u nich zvykem je konzumovat i ke snídani a k večeři.



Číňané většinou spatřují rozdíl, oproti Číně, v jiném způsobu léčby v ČR a v rychlejším způsobu života na západě.

Hlavní zdroje:

- Výzkum realizovaný prostřednictvím Diplomové práce Scholz, P. Čínský pacient v českém zdravotnictví.
- OBUCHOVÁ, L. Číňané 21. století: dějiny - tradice – obchod. Praha: Academia. ISBN 80-200-0641-9.
- HARPER, D., et al. Čína. Praha: Svojk a Co. ISBN 80-7352-596-8.
- Velvyslanectví Čínské lidové republiky v České republice *O kultuře čínské civilizace*. Praha.
- ČÍNSKY_CZ - informační server na téma Čína, čínština a čínská kultura [on-line], 2007, [2007-25-07]. Dostupné z: <http://www.cinsky.cz/>
- Goole: obrázky, [on-line], 2008, [2008-10-04]. Dostupné z: www.google.com

Dále materiál obsahuje piktogramy z přílohy č. 12