



Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

**Zajištění uspokojování potřeb pacientů  
v multikulturním ošetřovatelství z pohledu  
všeobecných sester.**

Bakalářská práce

Bc. Jana Somrová

Dana Šebková

2009

## **Abstract**

The subject of research in this bachelor's thesis is to ascertain how the patients' needs satisfaction is ensured in a multicultural nursing in view of nurses qualified in general nursing. The research was carried out in the hospital in Blansko by means of a questionnaire to be filled in willingly and anonymously.

People of different nationalities, cultures, habits, and mentality have been coming to this country. Some of them come to work here and they want to build up a home, others come to spend their vacation only, to visit their relatives and friends, or they come to study. Each of them has different needs; they take care of their health in a different way; and they also perceive disease differently. A great bilateral problem is the language barrier and the communication closely related.

The objective of the thesis was to find out what the greatest problem was in satisfying the foreigners' needs in the hospital in Blansko; which of the foreigners were most frequently treated patients; and whether they had specific needs. The assumed hypotheses were determined as follows: 1. the greatest problem in satisfying the foreigners' needs in the hospital in Blansko is the language barrier. 2. the most frequently treated foreigners in the hospital in Blansko are the Mongolians who have no specific needs. The nurses qualified in general nursing were provided with 140 questionnaires; thereof 115 were returned; 101 questionnaires were filled in correctly, and these were used for this quantitative research.

Through the research investigation it was ascertained that the supposed hypothesis No. 1 was confirmed to state that the greatest problem in satisfying the foreigners' needs in the hospital in Blansko was the language barrier and the associated communication (graphs 20 and 24). The assumed hypothesis No. 2 was confirmed; 26% of the respondent nurses replied that the most frequently treated foreigners in the hospital in Blansko were the Mongolians who had no specific needs (graphs 7 and 16). The investigation led to the ascertainment that the care of

a foreigner is more demanding than that of a Czech patient especially due to the language barrier on both sides (graph 13). The foreigners' satisfaction is not monitored in 56% (graph 17).

The general results of the research show that the care of the foreigners in this country is at a standard level, while the language barrier remains the only and principal problem.

### Prohlášení:

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne: 6. 5. 2009

Dana Šebková

## Poděkování

Děkuji paní Bc. Janě Somrové za odborné vedení mojí bakalářské práce, ochotu, pomoc, trpělivost a cenné rady při jejím vypracovávání. Dále pak děkuji rodičům za podporu ve studiu.

## Obsah

ÚVOD.....	3
1. Současný stav.....	4
1.1 Multikultura.....	4
1.1.1 Multikulturní ošetrovatelství a holismus.....	4
1.1.2 Multikulturní výchova.....	4
1.1.3 Etnikum, národ, rasa.....	5
1.1.4 Kultura.....	6
1.2 Komunikace.....	7
1.2.1 Komunikace – obecně.....	7
1.2.2 Verbální komunikace.....	9
1.2.3 Neverbální komunikace.....	11
1.2.4 Komunikace s pacientem – cizincem.....	12
1.3 Potřeby pacientů.....	14
1.3.1 Dělení potřeb pacientů.....	14
1.3.2 Specifické potřeby.....	16
1.3.3 Potřeby vietnamské, mongolské a romské národnosti... ..	17
1.3.4 Zajištění potřeb pacientů.....	17
1.3.5 Ošetrovatelský proces.....	18
1.4 Etika.....	21
1.4.1 Etika, etické hodnoty a principy.....	21
1.4.2 Etické povinnosti a odpovědnost sestry.....	22
1.4.3 Ošetrovatelská etika.....	22
1.4.4 Práva pacientů.....	23

2. Cíle práce a hypotézy.....	25
2.1 Cíle práce.....	25
2.2 Předpokládané hypotézy.....	25
3. Metodika .....	26
4. Výsledky .....	27
5. Diskuze .....	40
6. Závěr .....	46
7. Seznam použité literatury .....	48
8. Klíčová slova .....	51
9. Přílohy .....	52



## Úvod

Toto téma ke zpracování své bakalářské práce jsem si vybrala z důvodu jeho současné aktuálnosti. Na území naší republiky pobývá mnoho občanů jiných národností, jak už z důvodu pracovních, sociálních, nebo zde tráví svou dovolenou. Při vykonávání různých činností, jak běžných tak pracovních apod., může dojít k poškození jejich zdraví různé závažnosti jak úrazem, nebo jinou nemocí a z těchto důvodů se mohou dostat do některých z našich zdravotnických zařízení. Z některých pro nás exotických zemí si mohou cizinci přivést nemoc, která se na našem území běžně nevyskytuje, může být i infekční povahy a tím pro své okolí velice nebezpečná. Otázkou tedy je, zda jsme připraveni, schopni a ochotni jim poskytnout kvalitní lékařskou a ošetrovatelskou péči odpovídající jejich zdravotním potížím.

Po otevření státní hranice je do naší země větší příliv cizích státních příslušníků, kdy každá národnost má odlišné prvky kultury, zvyky, mentalitu jiné léčebné metody a zkušenosti s léčením. Každý cizinec (jedinec) jinak vnímá a pečuje o své zdraví. Při změně zdravotního stavu nejen cizinců, je důležitý jejich věk a celkový zdravotní stav organismu před jeho poškozením. V zajištění ošetrovatelské péče u těchto pacientů je bezpodmínečně nutná oboustranná komunikace, empatie, ochota spolupracovat a přizpůsobivost. Individuální holistický přístup všech zdravotnických pracovníků, kteří se podílejí na péči o zdravotní stav pacienta cizince a překonání jazykové bariéry z obou stran jsou předpokladem k léčení a uzdravení těchto pacientů.

## **1. Současný stav**

### **1.1 Multikultura**

#### ***1.1.1 Multikulturní ošetřovatelství a holismus***

Multikulturní (transkulturní, interkulturní) ošetřovatelství (13) zahrnuje zdravotnickou a ošetřovatelskou péči o pacienty jiných kultur. Definice transkulturního ošetřovatelství podle M. Leininger: *“Transkulturní ošetřovatelství je významná oblast studia a praxe orientovaná na komparativní významy kulturní péče, víry a praktiky individuí či skupin stejných či odlišných kultur“* (17s.27). Cílem transkulturního ošetřovatelství je poskytovat kulturně shodnou a diferencovanou péči praktikovanou pro zdravé a nemocné lidi kulturně vhodným způsobem (17). Všeobecná sestra při péči o pacienta jiné kultury musí být připravena řešit mnoho překážek, například komunikačních, rasových, etnických, víry. Multikulturní chápání kompetencí v ošetřovatelství předpokládá poznat a pochopit odlišnou kulturu a nestandardní podmínky, které vyžaduje vzájemné pochopení, poznávání, spolupráci, návrhy a možnosti řešení (4). *„Multikulturalismus je v podstatě požadavek rovného uznání všech lidí a jejich kultur“* (6s.39). Nedílnou součástí péče o pacienty je holistický přístup sestry. Jedná se o celostní přístup ke zdraví a k péči o člověka. Somatická a psychická stránka pacienta by měla být v rovnováze, neboť obě stránky se vzájemně ovlivňují jak v kladném tak v záporném smyslu. Každý jedinec ve společnosti je jedinečnou neopakovatelnou osobností. Individuální profesionální přístup sestry k pacientovi je základním předpokladem efektivní práce.

#### ***1.1.2 Multikulturní výchova***

Multikulturní výchova je organickou součástí rozsáhlého systému sociálních operací, směřujících k vyrovnání se různých etnických skupin ve společnosti.

Multikulturní výchova je interdisciplinární oblast teorie výzkumu a soubor praktických aktivit. Usiluje o to vytvářet prostřednictvím vzdělávacích programů

způsobilost lidí chápat a respektovat i jiné kultury než svou vlastní, eliminovat nebo oslabovat etnické či rasové předsudky. Jde nejen o výchovu, ale současně o vzdělání. Mezi metody multikulturní výchovy patří např. diskuse, dramatizace, beseda, situační metoda. Obecným cílem multikulturní výchovy je vypěstovat v lidech znalosti, dovednosti, schopnosti, které jim umožní dobrou orientaci v sociální, politické a ekonomické realitě dané multikulturní společnosti a vytvoří předpoklady pro navazování a upevňování vztahů s příslušníky odlišných ras, národů, etnik a jejich využívání k vzájemnému obohacení. V multikulturní výchově se spojuje mnoho oblastí jako např. pedagogika, kulturní antropologie, interkulturní psychologie (12).

### **1.1.3 Etnikum, národ, rasa**

*„Etnikum (etnická skupina) je společenství lidí, kteří mají společný rasový původ, obvykle společný jazyk a sdílejí společnou kulturu“* (13s.51). Výraz etnikum pochází z antické řečtiny, v níž ethos znamenal kmen. V západoevropské tradici znamená kulturně definované a diferencované skupiny lidí. Etnikum se vyznačuje společnými rysy např. jazyk, kultura, náboženství. Etnická skupina udržuje a šíří kulturní a sociální dědictví z generace na generaci (6). *„Národ je osobitě a vědomě kulturní a politické společenství, na jehož utváření mají největší vliv společné dějiny a společné území“* (6s.21).

Národ je identifikován třemi kritérii: kulturní - spisovný jazyk, společné náboženství politické - mají vlastní stát, nebo autonomní postavení v mnohonárodnostním či federativním státě, psychologické - jednotlivci národa sdílejí společné vědomí o své příslušnosti k určitému národu. Silné národní uvědomění se nazývá vlastenectví (6).

Rasa je pojem z biologie člověka a z fyzické antropologie. *“Rasy (plemena) jsou velké skupiny lidí s podobnými tělesnými znaky, které jsou dědičné, vytvořily se vlivem přírodního prostředí a vznikly původně v určitých geografických teritoriích: europoidní plemeno v Evropě a na Blízkém východě, negroidní plemeno v Africe, mongoloidní plemeno v Asii“* (13s.62). Příslušníci různých ras

se od sebe odlišují určitými anatomickými znaky jako je barva kůže, vlasů, očí, tvar lebky a obličeje, výška a tělesné proporce. Základní rasové skupiny jsou rasa bílá, žlutá a černá. V současném počtu více jak 6 miliard obyvatel naší planety tvoří 45% lidstva rasa europoidní, 40% rasa mongoloidní a 11% rasa negroidní, 4% jsou smíšené rasové skupiny. Mezi smíšené rasové skupiny patří mulati (míšení bílého a černého plemene), mestici (míšenci bělocha a indiána), kajoti (míšenci mulata a mestice), (13).

#### **1.1.4 Kultura**

*„Kultura je celistvý systém významů, hodnot a společenských norem, kterými se řídí členové dané společnosti a které prostřednictvím socializace předávají dalším generacím“* (13s.46). Kulturu můžeme rozdělit podle širšího a užšího pojetí. Z širšího pojetí je kultura vše co vytváří lidská civilizace – materiální výsledky (obydlí, nástroje, oděvy, průmysl) - duchovní výtvořky (umění, náboženství, morálka, politika), z užšího pojetí jsou to projevy lidského chování (zvyklosti, symboly, jazykové rituály (13). S kulturou úzce souvisí pojem kulturní vzorec. *“Kulturní vzorce - naučená a závazná schémata pro jednání ve standardních situacích, navenek vystupující v podobě obyčejů, mravů, zákonů a tabu* (13s.47). Lidská kultura je charakterizována způsobem slovního vyjadřování, mimikou, gesty a postoji, způsobem oblékání atd. Kulturní rozmanitost je jedním ze znaků lidského života.

Charakteristiky kultury:

Kultura je produktem učení (Není vrozená, osvojujeme si ji životními zkušenostmi)

Kultura je produktem vyučování (Přenáší se z generace na generaci, hlavním nositelem je jazyk)

Kultura je sociální (Vyvíjí se ve vztazích mezi lidmi)

Kultura je přizpůsobivá (Zvyky a jiné praktiky se mění podle životních podmínek)

Kultura je souhrnem určitých představ (Lidé naplňují ideály podle svých představ a ty se mohou lišit od představ společnosti).

Kultura má přinášet uspokojení (Pokud kultura ztratí svoji funkci, postupně se od ní upouští).

Kulturu můžeme přirovnat k cibuli, kdy její zevní vrstvu (slupku) tvoří řeč, strava, oblečení a architektura - vše co je okamžitě viditelné. Střední vrstvu poznáme při bližším kontaktu s danou kulturou, ta obsahuje normy co je špatné, dobré apod. Jádrem cibule je vnitřní vrstva, která obsahuje základní hodnoty a otázky existence, základní pravdy o životě. Ke kultuře bezpochyby také patří pojem kulturní šok - je to pocit dezorientace a stresu u lidí, kteří přicházejí do neznámého kulturního prostředí. Kulturní šok probíhá ve 4 fázích: 1. fáze: fascinace novými lidmi a novou kulturou. 2. fáze: krize - v tomto období člověk začíná mít problémy s komunikací, začleněním se do nové společnosti apod. 3. fáze: poznání - člověk se pomalu učí a zvyká na novou kulturu. 4. fáze: přizpůsobení se - člověk zcela splynul s novým prostředím (6).

## **1.2 Komunikace**

### **1.2.1 Komunikace – obecně**

Sestra používá dovednost komunikovat s pacientem jako součást profesionálního vybavení. Schopnost komunikovat slouží k navázání a rozvíjení kontaktu s pacientem. Komunikace je schopnost, kterou se můžeme naučit a rozvíjet ji. Komunikace je výměna informací, pocitů, zkušeností. V praxi rozlišujeme tři druhy komunikace s nemocným: 1. Sociální komunikace - jedná se o běžný hovor při kontaktu s pacientem (úprava lůžka, odběr biologického materiálu, podávání léků, hygiena). 2. Specifická komunikace - jedná se o sdělování důležitých fakt pro nemocného (příprava před vyšetřením, edukace o dietním režimu, informace o rizicích při nedodržování daného léčebného režimu). 3. Terapeutická komunikace - jedná se o rozhovor s pacientem, kdy sestra poskytuje oporu a pomoc při rozhodování, pomáhá s adaptací pacienta (20).

Základní požadavky na sestru při komunikaci jsou: Schopnost naslouchat - vnímat co pacient říká a sledovat ho při projevu, schopnost empatie - vcítění se do jiné osoby, schopnost projevit porozumění, mít úctu k pacientovi, respektovat jeho práva a potřeby, schopnost poradit pacientovi - srozumitelně, jednoznačně, aby vše správně pochopil, individuální přístup (22).

V komunikačním procesu dochází ke sdělování a přijímání informací, které mají určitý význam a jsou prezentovány různým způsobem (slova, gesta, psaná forma). Komunikace je důležitou variantou sociální interakce a prostředkem socializace.

Motivace ke komunikaci vychází z různých potřeb: potřeba sociálního kontaktu, potřeba orientace, potřeba sebepotvrzení (sebeuplatnění) apod. (19).

Komunikační proces má 5 základních složek, bez kterých by komunikace nemohla probíhat: Komunikátor – osoba, od níž vychází určité sdělení.

Komunikant - osoba, které je zpráva určena (příjemce).

Komuniké - zpráva, která je vysílána.

Zpětná vazba - zpráva o tom, že informace byla přijata (reakce, odpověď).

Situační kontext - prostředí (podmínky) ve kterém komunikace probíhá. Komunikace má svá specifika podle toho s jakým pacientem jednáme (dítě, vážně nemocný pacient, handicapovaný, starý apod.) (21).

Někteří psychologové rozlišují dva druhy komunikace: Digitální - racionální, logicko-pojmová, je funkcí levé mozkové hemisféry, Analogová - obrazná, metaforická, je funkcí pravé mozkové hemisféry.

Komunikační styl jedince je charakterizován otevřeností či uzavřeností při komunikaci, přímostí či nepřímostí sdělování, vstřícností či rezervovaností (15).

Formální charakteristiky komunikace jsou: objem komunikace - čas věnovaný komunikaci, podíl osob na komunikaci - počet osob, které komunikují a kdo jak komunikuje, způsob komunikace mezi osobami, průběh komunikace - plynulá, přerušovaná, srozumitelná.

Typy komunikace: Destruktivní - jde o snahu podlomit pozici, rozrušit postoje, názor. Autoritářská - je to vnucování vlastních názorů druhému.

Disjunktivní - příznačné je zlehčování, povrchní chování, ironie. Rezistentní - projev nedůvěry nebo odmítání partnera. Pseudokomunikace - jde pouze o jako komunikaci. Nonkomunikace - chybění komunikace při fyzické přítomnosti osob.

Komunikační aktivity rozlišujeme: Asertivní - jejich smyslem je přesvědčit o pravdivosti sdělovaného obsahu. Direktivní - slouží k aktivizaci partnera, donutit ho k nějakému jednání. Příslibové - signalizují závaznost k dalšímu jednání. Expresivní - jde o prožívání komunikace. Deklarativní - jde o shodu mezi obsahem sdělení a realitou.

Efektivní komunikace by měla být včasná, platná (pravdivá), nezkreslená. Podmínkou efektivní komunikace je také na straně příjemce ochota přijímat (15).

### ***1.2.2 Verbální komunikace***

Verbální komunikace je lidský způsob komunikace, který má mluvenou či psanou formu. Jde o dorozumívání se pomocí slov formou jazyka. K verbální komunikaci patří komunikace zvuková (ústní, mluvená) a komunikace grafická (písemná) (6).

U verbální komunikace ústní (řeč) rozlišujeme stránku obsahovou a neobsahovou.

Obsahová stránka - význam slovního projevu, členění a pomlky v řeči, intonace a dynamika řečeného, správné porozumění slova.

Neobsahová (paralingvistická) - intenzita hlasu, tónová výška hlasu, barva hlasu, délka hovoru, rychlost řeči, přestávky v řeči, chyby v řeči atd. (21).

Při verbální komunikaci se projevuje skupinový a individuální styl vyjadřování. Skupinový je charakteristický pro určitou skupinu osob (profesní mluva, slang). Stejná slova mohou mít za různých okolností jiný význam. Individuální styl si každý jedinec vytváří sám. Tento styl je dán sociálním postavením, profesním vzděláním, odráží se zde i mnohé osobní vlastnosti (19).

Činitelé, kteří se podílejí na verbální komunikaci, jsou: a) Situační kontext - je to situace ve které komunikace probíhá. Základní komunikací je komunikace jednosměrná, což je monolog v hovoru, nebo když čteme knihu. Při rozhovoru

s jinou osobou jde o komunikaci oboustrannou, dvousměrnou. Jinou variantou je komunikace masová. Při této komunikaci nemáme možnost reagovat na sdělené informace, jako je televize, rozhlas. Naše vnitřní řeč, kdy komunikujeme sami se sebou je také variantou komunikace b) Vnitřní dispozice jedince - zde se při komunikaci projeví naše povaha, vlastnosti, výchova v rodině, sociální zázemí apod. c) Motivace komunikovat - vůle a ochota komunikovat.

Kritéria úspěšné verbální komunikace jsou: jednoduchost - naše sdělení musí být stručné, jasné, srozumitelné, stručnost - stručná informace působí profesionálně, je významná při písemné formě komunikace, zřetelnost - jde o vyjádření podstaty věci, problematická jsou dvojsmyslná sdělení, vhodné načasování - podmínkou je soukromí, dostatek času, klid pro komunikaci, adaptabilita (přizpůsobivost) - je nutné přizpůsobovat styl hovoru reakcím nemocného (20).

*„Komunikace znamená jak sdělování, tak sdílení. Komunikují tedy i ti, kdo přihlížejí. Komunikaci vždy spoluvytváříme a ovlivňujeme“ (20s. 24).*

Mezi speciální verbální komunikační dovednosti patří: Naslouchání - je to aktivní složka rozhovoru, důležité je, že chápeme a rozumíme sdělené věci. Naslouchat můžeme třemi způsoby - ušima, slyšíme slova a rozumíme jim, slyšíme tón řeči, rychlost apod. očima, vidíme výraz obličeje, pohled hovořícího apod., srdcem – schopnost zapojit emoce, podpora v projevu - pokud pacient sděluje svůj problém, sestra mu naslouchá a může ho v projevu podpořit, aktivně ho vybízet (20).

Kladení otázek - Rozlišujeme tři typy otázek: uzavřené - umožňují stručnou odpověď typu ano a ne, polouzavřené - umožňují širší odpověď, otevřené - jde o zcela volnou odpověď bez nějakého omezení. Zrcadlení (reflexe) - jedná se o zpětnou vazbu, kdy různými otázkami zjišťujeme, zda jsme řečené pochopili tak jak bylo myšleno. Sumarizace, částečné shrnutí - jedná se o ujasnění (shrnutí) toho co již bylo v rozhovoru řečeno. Mlčení - mlčení při rozhovoru má dle situace různé důvody a je nezbytnou součástí komunikace (2).



### ***1.2.3 Neverbální komunikace***

Neverbální komunikace (mimoslovní) je dorozumívání pomocí opticko kinetických znaků. Jedná se o gesta, mimiku, doteky apod. Neverbální komunikace je nejpůvodnější způsob chování. Při komunikaci dvou lidí tvoří 7% informací slova, 38% tón hlasu a 55% je řeč těla. Význam neverbálních znaků je podmíněn kulturou, dobou, sociální skupinou a prostředím. Podle dráhy, kterou komunikace probíhá, rozlišujeme tyto kanály: optické - gesta, pohledy, taktilní - dotyky, akustické - parajazykové projevy, čichové - vůně, pachy, chuťové - sladký, hořký, ostrý. Druhy neverbální komunikace se liší podle toho, čím jsou vyjadřovány: Mimika - jde o komunikaci pomocí výrazu tváře (mimika obličeje), rozlišujeme 7 základních mimických výrazů: štěstí - neštěstí, neočekávané překvapení - splněné očekávání, strach a bázeň - pocit jistoty, radost - smutek, klid - rozčilení, spokojenost - nespokojenost, zájem - nezájem. Na lidské tváři jsou tři základní mimické zóny - oblast čela a obočí, oblast očí a víček, oblast dolní části obličeje. Mimické projevy ukazují odraz emocí člověka, vyjádření instrumentálních pohybů, sdělování kulturně tradovaných gest. Haptika, jedná se o komunikaci pomocí hmatu a doteku různých částí těla. Při tomto kontaktu vnímáme tlak, chlad, teplo, chvění, bolest prostřednictvím receptorů uložených v kůži. Proxemika, jedná se o prostorovou blízkost při komunikaci - sdělování přiblížením a oddálením. Při této komunikaci rozlišujeme 4 proxemické zóny: Intimní zóna (soukromá) - přímý tělesný kontakt, horní hranice je 15-30 centimetrů, zde vnímáme i čichové vjemy. Osobní zóna (přátelská) - dolní hranice vzdálenosti dvou lidí od sebe je 45-75 centimetrů, horní hranice je 0,75 - 1,20 metrů. Tuto vzdálenost dodržujeme při setkání s neznámým člověkem. Sociální zóna (formální) - dolní hranice sociálního styku je 1,20 - 2,10 metrů, horní hranice oddálení je 2,10 - 3,60 metrů, tato vzdálenost se používá při obchodním či služebním styku. Veřejná zóna (lhostejná) - minimální vzdálenost je 3,60 metrů a maximální 7,60 metrů. Tuto zónu používají lidé, kteří vystupují na veřejnosti, jako jsou herci, politici, zpěváci, učitelé. Posturologie - je věda, která se zabývá přenosem informací vyjádřených polohou a držením těla (řeč těla). Kinezika -

kinetika, kineziologie se zabývá všemi druhy pohybů lidského těla. Pohybem sdělujeme 65% neverbálních informací o sobě. Člověk se dříve pohybuje, než mluví. Gestika - řeč rukou, gesta jsou pohyby různých částí těla, která mají významný sdělovací účel. Pohledy - oboustranný zrakový kontakt, oči slouží jako vysílač a přijímač informací. Je to nejhlubší forma sociálního kontaktu. Paralingvistika - zabývá se vokálními a hlasovými projevy na hranici mezi neverbálními prostředky a mluvenou řečí. Jde o barvu, výšku, melodii a sílu hlasu. Úprava zevnějšku - jedná se o způsob oblékání, účes, kosmetiku, bydlení, značka auta, preference barev (6, 22).

#### ***1.2.4 Komunikace s pacientem-cizincem***

Multikulturní komunikace je spojena s cizími jazyky, konvencemi a rituály příslušníků jiných kultur s komunikační etiketou, kterou bychom měli všichni poznat a respektovat (23).

U pacienta cizince, případně imigranta, rozlišujeme tři základní skupiny zdravotních rizik: Zevní příčiny - změna klimatu, časový posun, transkulturní odlišnosti prostředí. Vnitřní příčiny - problémy s komunikací v jiném jazyce, sociální izolace, změny ve způsobu trávení volného času, zvýšená nutnost adaptace.

Možnost ohrožení veřejného zájmu - přenos infekčních nemocí, možnost zhoršení zdravotního stavu ve vztahu ke změně životních podmínek.

Každá kultura jinak vyjadřuje na venek bolest, strach, úzkost apod. U neverbálních projevů při komunikaci je možno se setkat s dvojitým důrazem vlivu kulturních faktorů a etnických činitelů: Důraz na odlišnosti, které lze vidět v neverbálních projevech u příslušníků různých národů. Důraz na neměnnost některých neverbálních komunikačních projevů, se kterými se setkáváme na různých místech světa. Existuje mnoho univerzálně srozumitelných, neverbálních komunikačních projevů, jako je zloba, která se navenek projevuje sraštěním čela, zamračením obličeje, zatnutím pěsti apod., nebo radost, která se projevuje úsměvem, roztažením rukou, veselým poskakováním apod.

Obecné zásady při komunikaci s pacientem jiné kultury: každého příslušníka jiné kultury vnímáme jako jedinečnou individualitu, mít dostatek času a klidné prostředí při rozhovoru, pozor na jazykové a kulturní bariéry, nejdříve zjistíme v jakém jazyce se spolu budeme dorozumívat, nestydíme se používat slovník, měli bychom být trpěliví, ohleduplní a tolerantní, všímáme si u pacienta projevů verbální a neverbální komunikace, podporujeme a povzbuzujeme ho při vyjadřování svých myšlenek a názorů, hovoříme pomalu, zřetelně artikulujeme, nezvyšujeme hlas, nezapomínáme na oslovení, pozdrav, děkuji, prosím apod., důležitý je oční kontakt, mimika, gesta, úsměv a vzdálenost od pacienta, upozorníme cizince na shody a rozdíly v názoru na danou věc a problém dále rozebereme, můžeme použít obrázky a jednoduchá schémata k lepšímu pochopení problému, důležité je i rozloučení při ukončení rozhovoru, tato pravidla dodržujeme i když komunikujeme s cizincem prostřednictvím tlumočnicka (6,23).

Na efektivní komunikaci v interakci sestra - pacient se podílejí tři skupiny proměnných: 1. Proměnné vztahující se k sestře - poskytovateli péče. Jedná se o postoj sestry k pacientovi při jejich vzájemné komunikaci. *„Pozitivní faktor, který se vztahuje ke komunikaci, je pravděpodobně míra pracovní satisfakce (zadostiučinění) pociťovaná sestrou“ (17 s. 69)*. Sestry s vysokým stupněm pracovní motivace a satisfakce jsou více komunikativní ohledně ošetrovatelství a zdraví a empatické k potřebám a přáním pacientů než sestry s nižší pracovní motivací. Sestra s vyšším vzděláním a větší praxí umí lépe pochopit pacienta, podpořit jeho důstojnost, rozhodování a nezávislost, používá zpětnou vazbu chování než sestra s nižším vzděláním. 2. Proměnné vztahující se k pacientovi - konzumentovi péče. Pacientskými charakteristikami, které ovlivňují komunikaci se sestrou, jsou věk, pohlaví a celkový současný zdravotní stav. Bylo zjištěno, že sestry raději pečují a komunikují s nemocnými, kteří jsou soběstační a po psychické stránce v pořádku, než s pacienty imobilními a zmatenými. 3. Proměnné vztahující se k situaci, ke konkrétním charakteristikám zdravotnického zařízení. Komunikace mezi sestrou a pacientem je také z velké části ovlivněna

místem, kde k rozhovoru dochází a nedostatkem času ze strany sestry vůči pacientovi. Vše má svá pozitiva i negativa.

*„Mezikulturní komunikace je reflexí komunikačního procesu mezi individuálními a nadindividuálními subjekty příslušejícími k rozdílným kulturním systémům. O efektivnosti mezikulturní komunikace lze hovořit, pokud v procesu interakce nedochází ke zkreslení předávaných informací, které by vyplývalo z rozdílností kulturních systémů“ (17 s. 72).* Při komunikaci s cizincem je důležité, v jakém jazyce k rozhovoru dochází. Pokud pacient nekomunikuje ve svém mateřském jazyce, může snadno docházet k omylům a nepřesnostem ohledně věci, kterou nám chce sdělit, nebo naopak nás může špatně pochopit. Zejména v těchto případech je velice důležitá zpětná vazba a dostatek času při rozhovoru. Pro efektivní mezikulturní komunikaci se doporučují tři strategie: 1. Afektivní oblast - schopnost pozorovat chování a uvědomovat si kulturní hodnoty bez předpojatosti, uspokojení z kulturních rozdílů, respekt, uznání. 2. Kognitivní oblast - nezbytná znalost kulturních odlišností pro případy řešení problémů. 3. Behaviorální oblast - jde o flexibilitu ve verbálních a neverbálních dovednostech, vyjádření empatie, podpora v komunikaci.

Nedílnou součástí je také komunikace se členy pacientovi rodiny, překonávání komunikačních bariér, neverbální komunikace, odstup a intimita. Na procesu interakce sestra - pacient v transkulturním ošetřovatelství a komunikaci se podílí mnoho důležitých složek jak ze strany pacienta, tak ze strany sestry (příloha č. 1). Pokud je jazyková bariéra mezi sestrou a pacientem nepřekonatelným problémem, může se použít metoda komunikačních karet. Jedná se o jednoduché obrázky (symboly) pomocí kterých se dá s pacientem cizincem domluvit (příloha č.2, 3, 4) (17 s. 68).

### **1.3 Potřeby pacientů**

#### **1.3.1 Dělení potřeb pacientů**

Každý z nás má jisté potřeby vyplývající z nedostatku, nebo z přebytku něčeho. Jedná se o vlastnosti organismu, které dávají podnět k hledání podmínek

nezbytných pro život a vyhýbá se věcem které by ho poškodily. Potřeby můžeme dělit na primární (základní), které jsou vrozené jako je potřeba spánku, vyprazdňování, pohybu, odpočinku, potravy a druhotné (sekundární), které jsou vývojově mladší a vznikají během života. Mezi tyto potřeby patří pochopení, respektování, potřeba uplatnit se ve společnosti, životní jistota, potřeba sebeúcty atd. U pacientů se primární a sekundární potřeby vzájemně prolínají (14). Pojem potřeba můžeme charakterizovat z několika hledisek – biologická, jde o stav narušené fyziologické rovnováhy např. nedostatek vápníku, vitamínů, ekonomická - vyjadřuje nutnost vlastnit nebo užívat nějaký předmět (boty, oblečení, televize), psychologická - vyjadřuje psychický stav odrážející nějaký nedostatek. Potřeby dále klasifikujeme 1. biogenní, fyziologické, sem patří potřeba vody, potravy, vzduchu, spánku, močení, sexuální, odstranění bolesti apod. 2. psychogenní, sociogenní - potřeba aktivizace, pořádku, budování, respekt, sebeobrana, nezávislost, napodobování, dominance, pokora, agrese, ošetřování, závislost, láska, zkoumání, zábava atd. Dále rozlišujeme potřeby a) manifestní – zahrnuje veškerou činnost, která je skutečná a má vědomý záměr b) latentní – je to subjektivizovaná forma činnosti vyplývající z přání a tužeb jednotlivce.

Asi nejnámější a nejpoužívanější je hierarchie potřeb podle Maslowa. Každý člověk je integrovaný a organizovaný celek s různými potřebami. Pokud je uspokojena jedna potřeba, hned vyvstává další, kterou je také nutné uspokojit. Maslowova pyramida potřeb (příloha č. 5). Mezi vyšší potřeby patří seberealizace, uznání a sounáležitost, k nižším potřebám se řadí potřeba jistoty a bezpečí a fyziologické potřeby. Základnu pyramidu tvoří fyziologické potřeby (základní) - vznikají na podkladě poruchy homeostázy, jde o potřebu spánku, kyslíku, pohybu, čistoty, výživy, sexuální a vyprazdňování. Dále následuje potřeba jistoty a bezpečí - vyvarování se ohrožení a nebezpečí, touha po důvěře, spolehlivosti a stabilitě. Třetí je potřeba sounáležitosti a lásky - vzniká v situaci osamělosti a opuštění, projevuje se potřeba milovat a být milován, náklonnosti a integrace. Čtvrtá je potřeba uznání a sebeúcty - ocenění, sebekoncepce, autonomie, uznání souhlasu. Následují potřeby kognitivní - poznávat, vědět, rozumět, potřeby estetické -

symetrie a krásy. Vrchol pyramid tvoří potřeby seberealizace - realizace vlastního potenciálu (18).

### ***1.3.2 Specifické potřeby***

Při uspokojování specifických potřeb pacientů hraje svoji roli mnoho faktorů. Mezi obecné faktory patří výchova, rodinný stav, vzdělání, věk, společenské faktory – životní standard a patologické faktory jako je bolest, horečka apod. Některé potřeby u nemocného jsou stejné jako u zdravého člověka, tedy se nemění - spánek, výživa, vyprazdňování, odpočinek atd. Při nemoci jsou tyto potřeby intenzivnější a jsou uspokojovány s pomocí všeobecné sestry nebo jiného zdravotnického pracovníka. Jiné potřeby se z důvodu změny zdravotního stavu modifikovaly, tvoří nejsložitější skupinu a jsou velmi individuální a variabilní. Jsou přímo závislé na druhu a závažnosti onemocnění, jedná se hlavně o sociální, kulturní a duchovní potřeby. Potřeby, které v důsledku nemoci vznikly, jsou ovlivněny mnoha okolnostmi jako je charakter a osobnost pacienta, průběh nemoci, informovanost pacienta o nemoci, chování ošetřujícího personálu, možnost kontaktu s rodinou apod. Při uspokojování specifických potřeb záleží také na tom, zda nemoc přichází akutně z plného zdraví, kdy pacient pocítuje strach a úzkost a může dojít k bezprostřednímu ohrožení života, nebo jedná-li se o chronické onemocnění, které trvá dlouhou dobu a s časem se průběh nemoci mění – charakteristickým znakem bývají deprese pacienta, rezignace apod. Velmi specifické potřeby mají pacienti, kteří jsou postiženi tělesně a mentálně. V těchto případech záleží na době vzniku daného postižení (od narození, v dětském věku, v dospělosti apod.). Další skupinou pacientů se specifickými potřebami jsou pacienti jiné národnosti, kultury a náboženského vyznání (21). Ke specifickým potřebám patří i potřeby speciální např. při chirurgické operaci, kdy hodnotíme emocionální a tělesný stav pacienta a právní zajištění daného operačního zákroku (10).

### ***1.3.3 Potřeby vietnamské, mongolské a romské národnosti***

V okrese Blansko jsou tyto tři jiné národnosti zastoupeny nejvíce. Vietnamci do České republiky začali migrovat ve velkém počtu po roce 1989 za prací a vidinou lepšího života. U nás jsou schopni se dorozumívat anglicky, rusky a částečně česky. Při komunikaci používají mnoho gest a často se smějí. Snaží se dodržovat zásady správné výživy, jedí střídavě, nekouří, alkohol konzumují jen v malých dávkách. S metodami v našem zdravotnictví nemají žádný problém, ale uznávají i alternativní medicínu. Respektují zdravotnické pracovníky, jsou poslušní pacienti, při komunikaci často používají tlumočníky nebo vyžadují přítomnost některého ze členů rodiny. Velký důraz kladou na prevenci nemocí a zachování soběstačnosti. Mongolové, kteří k nám přišli hlavně za vidinou lepší práce a tím i zlepšení jejich života, jsou u nás nejvíce hospitalizováni na plicním oddělení s Tuberkulózou. Jejich největším problémem z počátku hospitalizace je strava. Nejsou na takto složenou potravu zvyklí a tak jim rodinní příslušníci nosí jídlo z domu. Při delším pobytu v nemocnici si na naši stravu postupně zvyknou. Po všech ostatních stránkách jsou spokojeni, dobře s personálem vycházejí a nedělají žádné potíže. Romové jsou nejpočetnější minoritní skupinou v naší republice. Ze zdravotního hlediska podle statistického výzkumu je pro Romy charakteristická nižší střední délka života, vyšší celková úmrtnost, nižší věk mateřství, vyšší výskyt parazitárních onemocnění, špatná výživa a životospráva, nedostatečná prevence chorob a nízká očkovanost populace apod. (7). Celkově jsou velice nepřizpůsobiví, hluční, často ničí vybavení daného oddělení, jsou neukáznění a netolerantní. Komunikace a spolupráce s nimi je velice obtížná, mnohdy bez kladného výsledku.

### ***1.3.4 Zajištění potřeb pacientů***

Nedílnou součástí při ošetřování nemocného a uspokojování jeho potřeb je získání pacienta ke spolupráci při těchto činnostech. Pacient potřebuje zejména být laskavě a mile přijat, získat důvěru v ošetřující personál, ležet v pohodlném a

čistém lůžku, být stále čistý a upravený, být chráněn před nákazami v nemocnici, pravidelně jíst a vyprazdňovat se, mít dostatek spánku a v rámci možností nepociťovat bolest, mít dostatek informací o svém zdravotním stavu a průběhu léčby, být důkladně a šetrně vyšetřen, být léčen co nejúčinnějšími způsoby a prostředky, dostávat naordinované léky včas, mít možnost styku s rodinnými příslušníky (14). Uspokojování biologických potřeb je převážně zaměřeno na pravidelnou hygienu těla včetně prevence proleženin, příjem potravy a tekutin, která má být esteticky upravená, teplá, bez závad a dietní dle ordinace lékaře, vyprazdňování, spánek a odpočinek, komfort a pohodlí, soukromí při vyšetřeních, dodržování přiměřené pohybové aktivity. Při uspokojování psychických potřeb jde především o odstraňování a zmírňování bolesti, přecházení strachu a úzkosti, zabránění ztráty sebeúcty. U kulturních potřeb se jedná o zajištění možnosti poslouchat rozhlas, sledovat televizi, dostatek osvětlení na pokoji, boj proti hluku, zabezpečení tepla atd. Při uspokojování duchovních a spirituálních potřeb je třeba respektovat náboženskou svobodu a možnost zúčastnit se bohoslužeb, eventuálně umožnit návštěvu duchovního na pokoji pacienta. Při zajišťování uspokojování všech potřeb pacienta je nezbytné respektovat práva pacienta (4).

### ***1.3.5 Ošetřovatelský proces***

Péče o pacienty a uspokojování jejich potřeb se realizuje pomocí ošetřovatelského procesu. Ošetřovatelský proces je systematická racionální metoda plánování a poskytování ošetřovatelské péče. Jedná se o cílený systém, který pracuje s potřebami člověka a člověkem jako individuem. Ošetřovatelský proces má dvě hlediska: 1. Teoretické hledisko - jde o systémovou teorii aplikovanou na postup, který řeší určitý problém s předem stanoveným cílem (Metodologie oboru ošetřovatelství). 2. Praktické hledisko - jde o systematickou racionální metodu plánování a poskytování ošetřovatelské péče, jejímž cílem je pozitivní změna zdravotního stavu pacienta. Poprvé se ošetřovatelský proces



využil v USA v roce 1973, kdy Americká Asociace Sester jej uveřejnila jako Standard ošetrovatelské praxe.

Standard ošetrovatelské praxe má 5 fází: 1. Zhodnocení 2. Diagnostika 3. Plánování 4. Realizace 5. Vyhodnocení

#### 1. Fáze - zhodnocení

Při rozhovoru s pacientem sestra získává důležité informace o jeho celkovém zdravotním stavu. Pacienta hodnotí subjektivně (jeho pocity) i objektivně (vlastní pozorování). Místo rozhovoru může použít i jinou metodu k získání informací např. dotazník. Další informace získá i od rodinných příslušníků pacienta. Do této fáze patří i provedení fyzikálních vyšetření. Tuto část můžeme shrnout jako ošetrovatelskou anamnézu.

#### 2. Fáze - diagnostika

Ze všech takto získaných informací sestra stanoví ošetrovatelskou diagnózu (NANDA DOMÉNY). Ošetrovatelská diagnóza je standardní pojmenování problému pacienta - jeho reakce na aktuální a potenciální zdravotní problémy nebo životní procesy a situace. Ošetrovatelské diagnózy dělíme na aktuální - nyní se jasně projevující a potenciální - kdy existuje riziko jejich vzniku. Rozlišujeme dvou a tří složkovou diagnózu = P+E+S 1. P - problém - odpověď pacienta, 2. E - etiologie – faktory, které ovlivňují odpověď 3. S – symptomy (znaky a příznaky) - určené charakteristiky u pacienta.

#### 3. Fáze - plánování

Na základě stanovených ošetrovatelských diagnóz sestra naplánuje jejich realizaci. Postup plánování: stanovení priorit, stanovení očekávaných výsledků, plánování ošetrovatelských strategií, výběr ošetrovatelských zásahů. Nejvyšší prioritou jsou rizika ohrožující život, střední prioritou jsou rizika ohrožující zdraví. Stanovení očekávaných výsledků (cílů) je velmi složitý úkol a závisí na aktuálním stavu pacienta. Cíle vždy směřují k nemocnému, mají být srozumitelné, jasné, reálné, konkrétní a měřitelné. Cíle dále dělíme na krátkodobé - několik hodin či dnů, střednědobé - několik dnů až týdnů, dlouhodobé - několik týdnů až měsíců, dále pak na obecné, cíl sestry a cíl pacienta.

Při plánování ošetrovatelských strategií se používá plán orientovaný na ošetrovatelské diagnózy (individuální plán), denní plán péče a standardní plán péče. Ošetrovatelské zásahy (intervence) jsou nezávislé - iniciovány sestrou, vzájemně závislé - iniciovány jinou odborností.

#### 4. Fáze – realizace

U této fáze záleží na způsobu organizace práce na dané ošetrovací jednotce. Jde o systém skupinové péče, nebo systém primární sestry. Obecné cíle ošetrovatelských strategií jsou: podpora zdraví, ochrana zdraví, navrácení zdraví, péče o umírající. Aspekty realizace plánu péče jsou: individuální přístup, potřeba zapojení a účasti pacienta, prevence komplikací, zachování obranných mechanismů, poskytnutí psychické pohody a podpory, přesné a pečlivé provádění ošetrovatelských aktivit. K realizaci ošetrovatelské činnosti jsou zapotřebí tři kategorie zručností - kognitivní, interpersonální a technické.

#### 5. Fáze – vyhodnocení

Sestra průběžně vyhodnocuje vývoj stavu zdraví pacienta ve vztahu k očekávaným výsledkům. Kriteria měření: vyhodnocování dosažených výsledků je systematické a průběžné, reakce pacienta na péči a ošetrovatelské intervence je průběžně dokumentována, účinnost ošetrovatelských zásahů se vyhodnocuje ve vztahu ke stanoveným očekávaným cílům, průběžné vyhodnocování dosažených výsledků se využívá k revizi plánu péče podle potřeby.

Očekávané cíle mohou být - splněny, částečně splněny, nesplněny. Cílem ošetrovatelského procesu je kvalitní ošetrovatelská péče - uspokojení individuálních potřeb pacienta. Ke správnému provedení ošetrovatelského procesu musí mít zdravotní sestra odpovídající vzdělání, technické vybavení a praktické zkušenosti. Metoda ošetrovatelského procesu se již v České republice několik let využívá a má velký vliv na celkové zlepšení zdravotního stavu pacienta (16, 9).

## **1.4 Etika**

### **1.4.1 Etika, etické hodnoty a principy**

*„Etika je vědecká disciplína, jejímž objektem je mravnost. Morálka je představována systémem pravidel a norem, které určují chování a jednání lidí“ (8 s. 11).*

Etika (mravověda, praktická filosofie) věda o morálce má základ řecký - ethos označuje způsob jednání, postoj a smýšlení osob, základ latinský - mos je slovo od něhož se odvozuje morálka a slovanský základ - české slovo mrav vzniklo ze staročeského mrav- něco co se líbí, je vhodné. Etika pomáhá hledat a rozlišovat co je mravné a nemravné a podle toho jednat správně. Předmětem etiky je zkoumání zákonitostí mravního chování jednotlivců i celé společnosti. Mravní zásady, kterými se lidé řídí, se v průběhu času mění. Etika je úzce spojena s hodnotami, kdy nejvyšší lidskou hodnotou z etického hlediska je dobro. K etice ve zdravotnictví se vztahují pojmy - bioetika, biomedicínká etika, medicínská etika, klinická etika, zdravotní etika, zdravotnická etika, deontologie, etika v ošetrovatelství a etika v práci sestry (nursing ethics) a tím se svými specifiky liší od všeobecného pojmu etika. Etické hodnoty v sesterské ošetrovatelské praxi slouží jako klíč k hodnotám pacienta a usměrňuje intervence sestry, podporuje schopnost empatie. Morální hodnoty sestry a morální hodnoty pacienta hrají důležitou roli při jejich vzájemné spolupráci.

Mezi základní etické principy v ošetrovatelství patří: autonomie - každý jedinec má mít právo jednat a chovat se podle svých etických zásad, prospěšnost - povinnost sestry podnikat takové kroky, které prospívají pacientovi, zabránit způsobení škody nebo újmy pacienta, důvěryhodnost - jde o důvěrný vztah mezi pacientem a sestrou, spravedlnost - správné jednání vyžadující zdravotní stav pacienta, pravdomluvnost - jde o závazek sdělit pacientovi pravdu a neklamati ho. Etika úzce souvisí s právem. Ideální stav je, když se etická a právní norma shoduje. Mravní hodnoty musejí mít částečně svou podporu v zákonech. Právo je

pouze minimum etiky. Pro zdravotníky je nezbytné umět se orientovat jak v mravně, tak i v právně závazných normách (5,8).

#### ***1.4.2 Etické povinnosti a odpovědnost sestry***

Etické jednání sestry je dáno filozofickými, ideovými, náboženskými postoji, ošetrovatelskou etikou, kdy etika chování je v současném ošetrovatelství důležitou součástí přístupu k pacientovi, právním systémem a zákonnými normami, jimiž se řídí ošetrovatelská péče, technickým a materiálním vybavením, obsazením personálu, postavením sestry (její náplň práce), osobními vlastnostmi a úrovní mezilidských vztahů na pracovišti. Mezi základní etické povinnosti sestry patří-pečování o pacienty, obhajoba - sestra obhajuje práva pacienta, pomáhá mu při rozhodování v souladu s jeho hodnotami, dále je zde zahrnuta poctivost sestry a respekt k důstojnosti pacienta, odpovědnost - sestra poskytuje péči v souladu se standardy praxe a morálními hodnotami profese, povinnost (sestry) - podpora zdraví, prevence chorob, navrácení zdraví, zmírnění utrpení, spolupráce - jedná se o vztah sestra a pacient a sestra a ostatní zdravotničtí kolegové. Etický kodex sestry zahrnuje základní rámec povinností a odpovědností sestry při výkonu svého povolání jako např. sestra má odpovědnost za pacienta, chrání důvěrné informace o pacientovi, je osobně zodpovědná za kvalitu poskytované péče, chrání práva pacienta apod. (8).

#### ***1.4.3 Ošetrovatelská etika***

Ošetrovatelská etika vychází z etiky lékařské, má stejné zdroje a měl by být mezi nimi interaktivní vztah. Postupem času, jak se mění postavení sestry, nabývá ošetrovatelská etika na významu. Etika v ošetrovatelství vychází z cílů programu „Zdraví pro všechny do 21. Století,“ jenž jsou: Pomoci jednotlivci, rodině a skupinám o dosažení tělesného, duševního a sociálního zdraví a spokojenosti, vytvořit z jedince aktivního účastníka péče o své zdraví, provádět prevenci chorob, snižovat negativní vliv nemoci na celkový zdravotní stav jedince, nalézat a uspokojovat potřeby lidí s poškozeným zdravím a pečovat o sebe sama.

Role sestry z etického pohledu jsou: ošetřovatelka, komunikátorka, edukátorka, poradkyně, advokátka, nositelka změn, manažerka a výzkumný pracovník. Předmětem ošetřovatelské etiky jsou vztahy a postoje sestry k pacientovi a vztah sestry k ostatním spolupracovníkům a k lékařům. Mezi základní pravidla etického chování patří – informovanost o faktech, schopnost tvořit individuální modelace a lidská zkušenost. Úkolem ošetřovatelské etiky je zkoumat kvalitu vztahů mezi sestrou a pacientem, vztahy mezi kolegy, formulovat povinnosti a míru odpovědnosti sestry, stanovit mravní normy profese, analyzovat eticky složité situace. Cílem ošetřovatelské etiky je humanizace mezilidských vztahů mezi pacientem a sestrou, mezi sestrou a ostatními spolupracovníky na pracovišti, usměrnění chování sestry při péči o pacienta, vhodným způsobem usilovat o uspokojování bio-psycho-sociálních, kulturních a duchovních potřeb pacienta (8).

#### **1.4.4 Práva pacientů**

*„Práva pacientů znamenají respektování práv jednotlivce na svobodné rozhodování o své osobě“ (8s.56).* Nové pojetí práv pacientů se odráží v cílech zdravotní politiky států EU. Jedná se o plnou realizaci pojetí úcty k člověku a rovnou dostupnost zdravotní péče (příloha č. 6 - 11).

Zásady nového pojetí práv pacientů jsou v těchto mezinárodních dokumentech- Lisabonská deklarace, Amsterodamská deklarace a Zdraví pro všechny. Práva rozlišujeme na sociální - týkají se závazků společnosti, aby všem občanům mohla být poskytnuta odpovídající zdravotní péče, zamezení diskriminace a zajištění dostupnosti péče, dále pak individuální práva - jedná se o nedotknutelnost, soukromí a náboženské přesvědčení každého jednotlivce. Obecně vzato, pacient má právo na rovnocennou, důstojnou a odpovídající zdravotní péči a léčbu, úctu a důstojnost, citlivou a úplnou informaci o nemoci, mlčenlivost ošetřujícího personálu o jeho zdravotním stavu, souhlas ke způsobům diagnostiky a léčby, souhlas při zařazení do klinické studie, odmítnutí léčby a možnost konzultace s jiným lékařem, zvláštní sociální péči a podporu danou zákonem, možnost návratu do původního zaměstnání. Pacient má nejen svá práva,

ale také povinnosti - udělí li souhlas k léčbě, musí ji dodržovat, musí dbát na doporučenou životosprávu, musí se seznámit s provozním řádem zdravotnického zařízení a dodržovat ho. Práva pacienta dále obsahují – práva kriticky nemocného, deklaráce práv onkologických pacientů, deklaráce práv duševně postižených osob, charta práv hospitalizovaných dětí apod. Omezení práv pacientů slouží k ochraně veřejného pořádku, veřejného zdraví a lidských práv, kdy může dojít ke konfliktu povinností, což znamená, že omezení práv pacientů je zdůvodněno převažujícími zájmy třetí strany, tedy aby při dodržování práv pacienta nedošlo k poškození jiné osoby. Terapeutická výjimka - omezení lze uplatnit v případě předejití vážného poškození pacienta. Uplatňování práv pacienta se v každém státě liší podle jeho právního systému, systému zdravotnictví, současného stavu ekonomiky, podle všeobecně daných sociálních hodnot, kulturních hodnot a morálních hodnot (8., 5.).

## **2. Cíle práce a hypotézy**

### 2.1 Cíle práce

1. Zjistit, co je největším problémem při uspokojování potřeb cizinců v nemocnici Blansko.
2. Zjistit, kteří cizinci jsou nejčastěji ošetřováni v nemocnici Blansko a zda mají specifické potřeby.

### 2.2 Předpokládané hypotézy

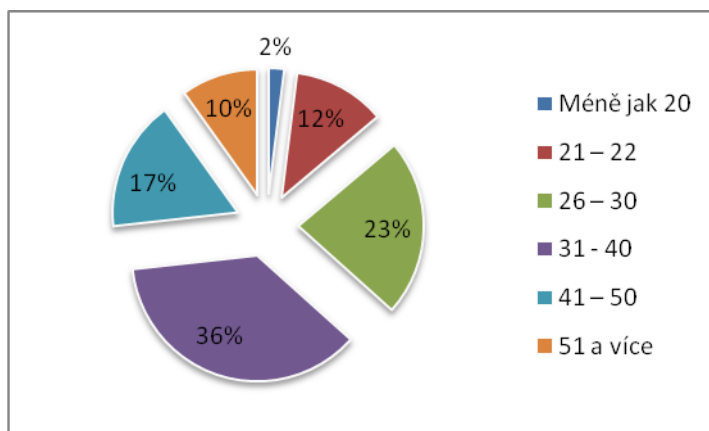
1. Největším problémem při uspokojování potřeb cizinců v nemocnici Blansko je jazyková bariéra.
2. Nejčastěji ošetřovanými cizinci v nemocnici Blansko jsou Mongolové a nemají specifické potřeby.

### **3. Metodika**

Jednalo se o kvantitativní výzkum, kdy technikou sběru dat k výzkumnému šetření byl anonymní dotazník určen všeobecným sestřám v nemocnici Blansko. Vyplnění dotazníku bylo dobrovolné. Bylo rozdáno 140 dotazníků, každý obsahoval 25 otázek a některé otázky mohly mít více než jednu odpověď. Vrácených dotazníků bylo 115, zcela správně vyplněných bylo 101 a ty byly použity pro tento kvantitativní výzkum. Výsledky otázek byly zpracovány do dvou druhů grafů a byly vyjádřeny procentuálně.

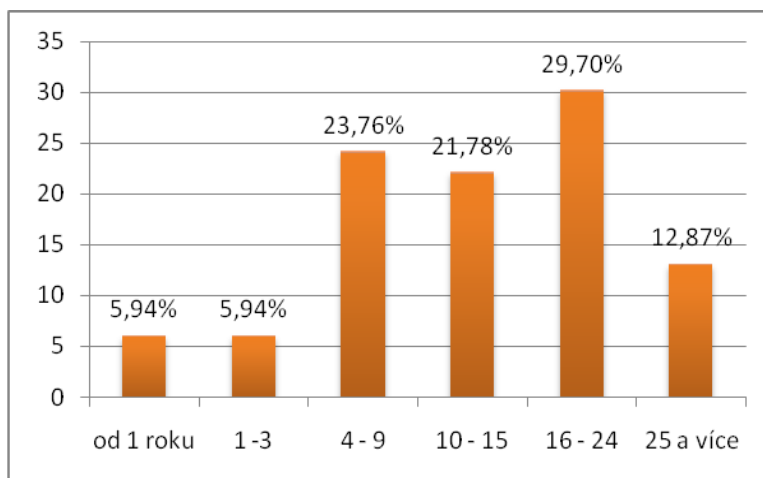


#### 4. Výsledky : Graf 1 Věk respondentek.



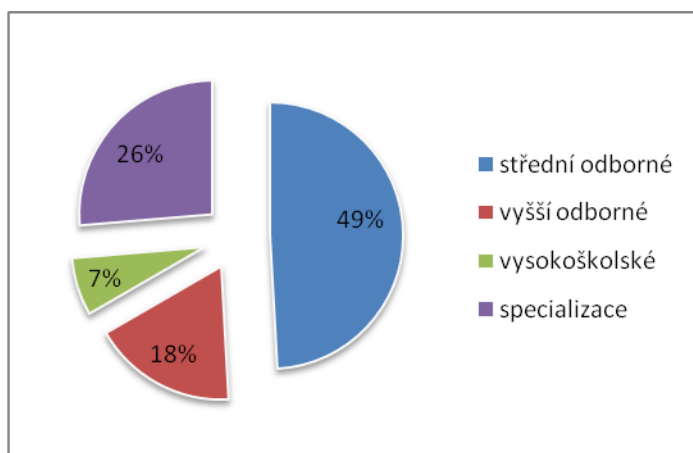
Graf znázorňuje věkové kategorie respondentek, kdy ze 101(100%) dotazovaných jsou 2 respondentky (2%) mladší 20 let, 10 respondentek (10%) je ve věku 51 a více let, 12 respondentek (12%) je ve věkovém rozmezí 21-25 let, 17 respondentek (17%) 41- 50 let, 26 až 30 let má 23 (23%) respondentek a nejvíce zastoupenou skupinou jsou respondenty ve věku 31 až 40 let (36%) 37 dotazovaných.

#### Graf 2 Délka praxe respondentek ve zdravotnictví.



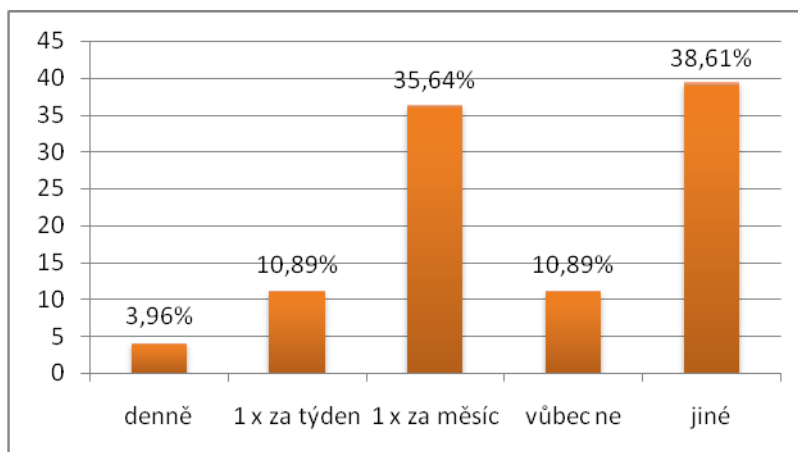
Graf ukazuje délku praxe respondentek ve zdravotnictví, kdy ze 100% (101) dotazovaných pracuje ve zdravotnictví do 1 roku 6 respondentek (6%), 1- 3 roky také 6 respondentek (6%), 4- 9 let 24 dotazovaných (24%), 10 až 15 let 22 odpovědí (22%), 30 respondentek (30%) 16- 24 let a 13 respondentek (13%) 25 let a více práce ve zdravotnictví.

**Graf 3 Dosažené vzdělání respondentek.**



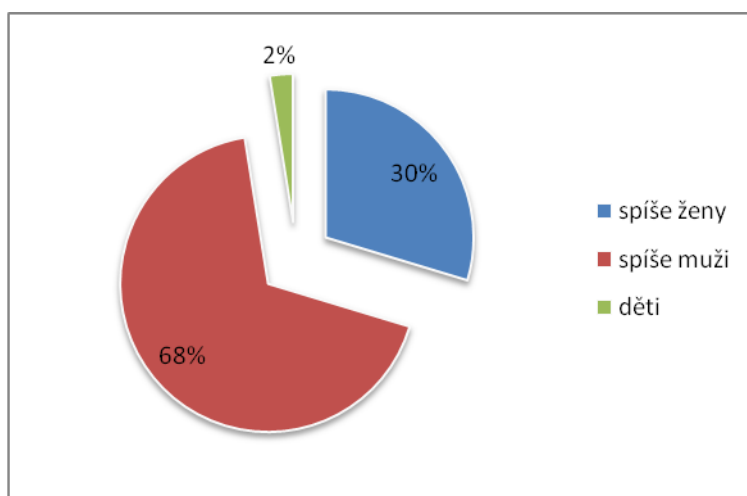
Graf znázorňuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentek, kdy 114 odpovědí je 100%. Nejvíce 56 respondentek (49%) má střední odborné vzdělání, 30 respondentek (26%) má nějakou specializaci v oboru, 20 dotazovaných (18%) má vyšší odborné vzdělání a 8 respondentek (7%) vystudovalo vysokou školu ve zdravotnickém oboru.

**Graf 4 Četnost práce respondentek s cizinci.**



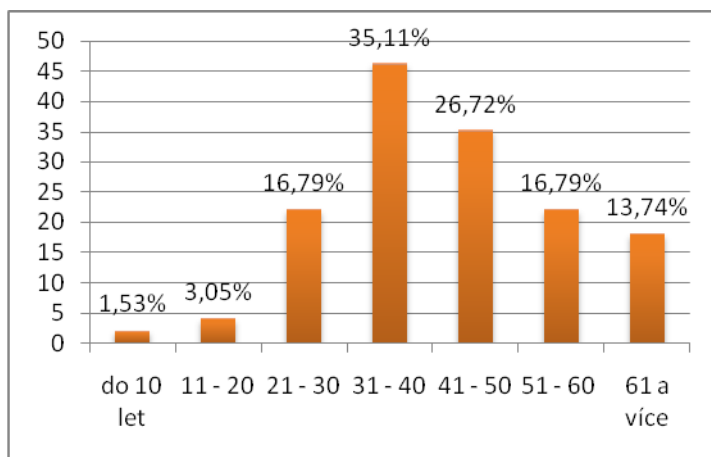
Graf zachycuje četnost práce respondentek s cizinci. Ze 101 (100%) dotazovaných odpověděly 4 respondentky (4%), že se s cizinci setkávají každý den, 11 respondentek (11%), 1x za týden 11 respondentek (11%), 1x za měsíc 36 sester (36%), 39 respondentek (39%) se s cizinci setkávají 1x až 2x za půl roku nebo za rok a s cizinci se vůbec neseťkává při své práci 11 dotazovaných (11%).

**Graf 5 Ošetřování cizinci.**



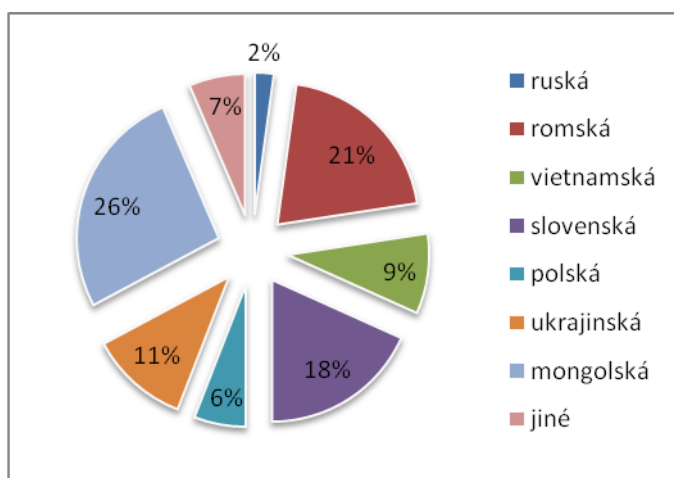
Graf ukazuje poměr ošetřovaných cizinců , žen, mužů a dětí. 118 odpovědí je 100%. Nejčastěji ošetřovanými cizinci jsou spíše muži - 80 odpovědí (68%), dále pak spíše ženy- 35 odpovědí (30%) a nejméně ošetřované jsou děti cizinců 3 odpovědi(2%).

**Graf 6 Věk ošetřovaných cizinců.**



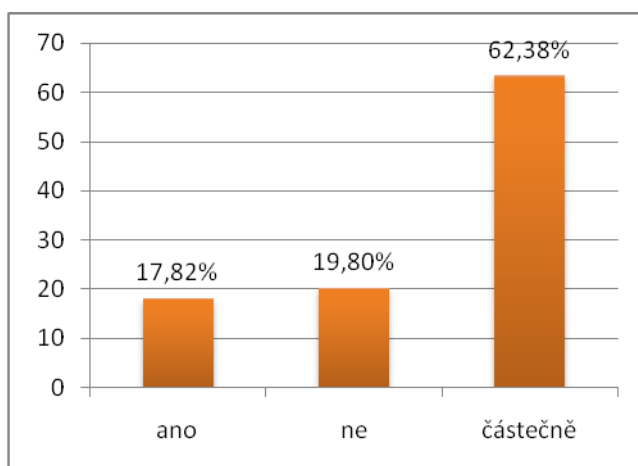
Graf znázorňuje věkové kategorie ošetřovaných cizinců, kdy 100% tvoří 131 odpovědí. Nejčastěji ošetřovaní cizinci jsou ve věku 31 – 40 let (35%), 27% cizinců je ve věku mezi 41 až 50 rokem věku, 17% cizinců je shodně ve věkových kategoriích 21- 30 let a 51- 60 let. 61 let a více má 14% cizinců, mezi 11 – 20 lety jsou to 3% a nejmenší kategorii tvoří děti cizinců do 10 let necelá 2%.

**Graf 7 Národnost cizinců.**



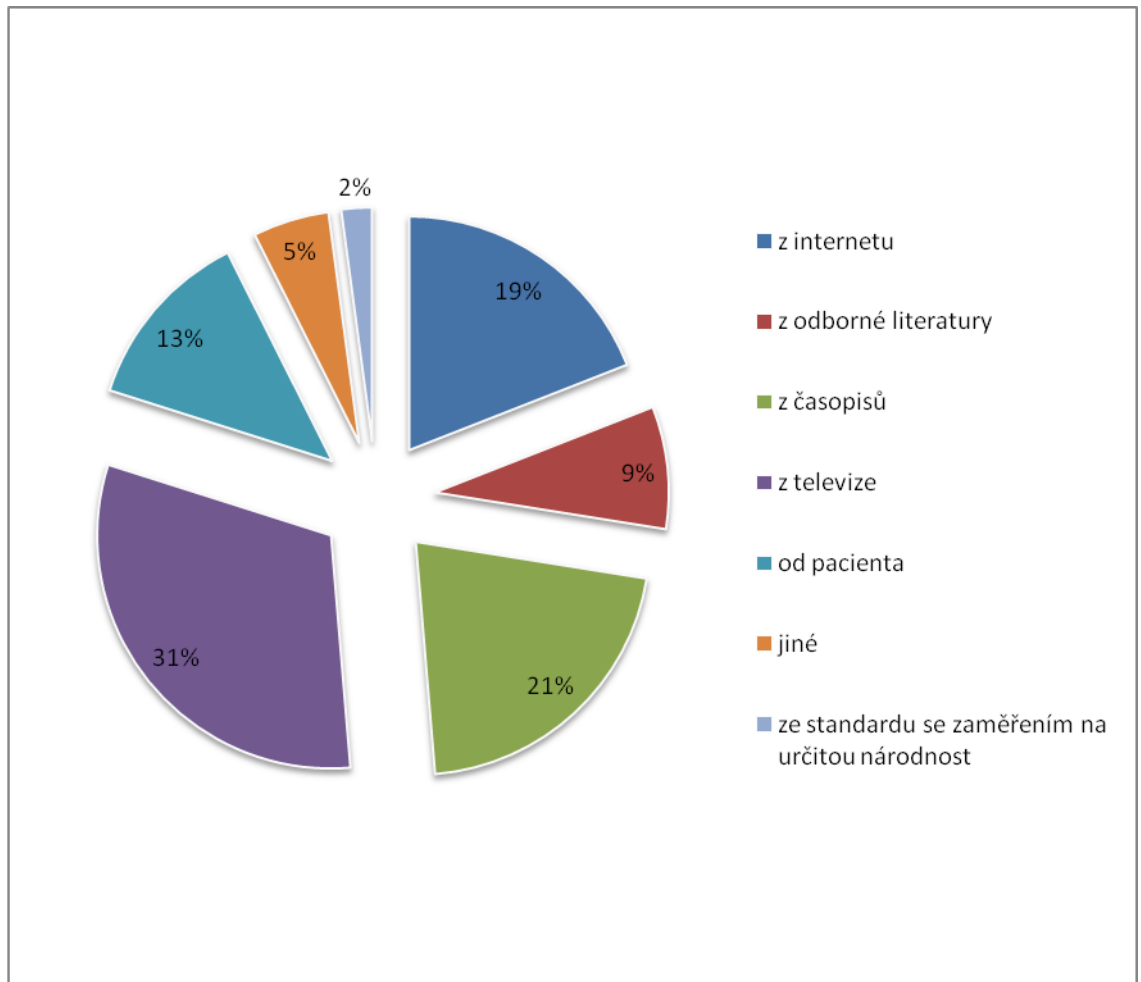
Graf zobrazuje národnost cizinců, kteří jsou u nás nejčastěji ošetřováni. 100% tvoří 186 odpovědí. Romská národnostní menšina je na druhém místě 38 s 20%, nejčastěji ošetřovaní jsou Mongolové 49 (26%), následují Slováci 34 (18%), dále pak Ukrajinci 21 (11%), Vietnamci 17 (9%), odpověď jiné 12 (Angličani, Francouzi, Němci apod.) tvoří 7%, druhou národností cizince nejméně ošetřovanou jsou Poláci 11 (6%) a na posledním místě Rusové 4 se 2%.

**Graf 8 Znalost životního stylu a kultury cizinců.**



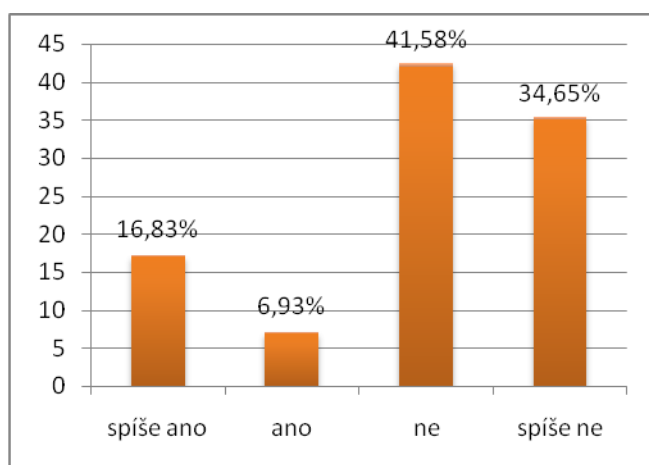
Graf zachycuje výsledky výzkumného šetření o tom, zda respondenty znají životní styl a kulturu cizinců, kdy 101 dotazovaných tvoří 100%. 63 respondentek (63%) dopovědělo, že částečně, kladných odpovědí je 18 (18%) a ne tvoří 20 odpovědí (20%).

**Graf 9 Zdroj informací o kultuře cizinců.**



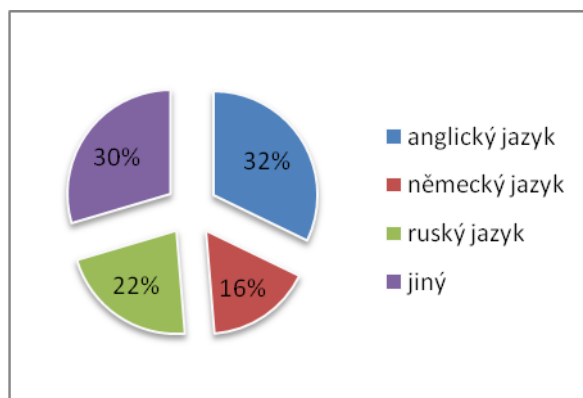
Graf ukazuje, kde respondenty získávají informace o kultuře cizinců. 100% je 185 odpovědí. Nejvíce informací respondenty získávají z televize 59 (31%), z časopisů 40 (21%), z internetu 36 (19%), od pacienta 24 (13%), z odborné literatury 16 (9%), jiné (od příbuzných pacienta a známých) 10 (5%) a 4 (2%) ze standardu se zaměřením na určitou národnost. Výsledky jsou zajímavé zejména proto, že v nemocnici Blansko standardy se zaměřením na určitou národnost nejsou k dispozici.

**Graf 10 Používání jazyka při komunikaci s cizinci.**



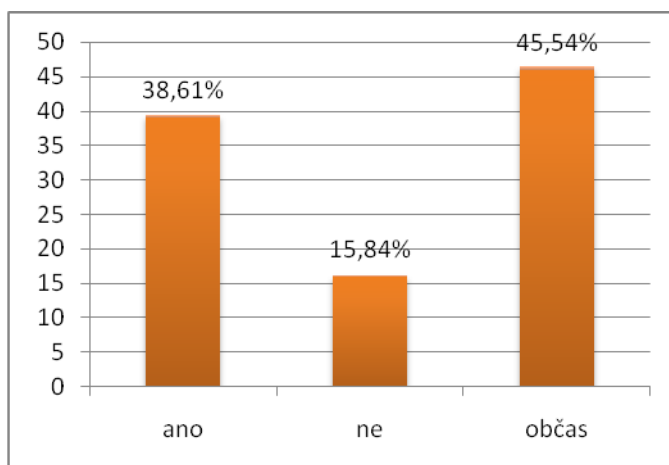
Graf znázorňuje výsledky výzkumného šetření týkající se používání cizího jazyka respondentek při komunikaci s cizinci. Ze 101 respondentek (100%), odpovědělo kladně 7 (7%), spíše ano 17 (17%), spíše ne 35 (35%) a záporných odpovědí bylo nejvíce 42 (42%).

**Graf 11 Nejvíce používaný jazyk.**



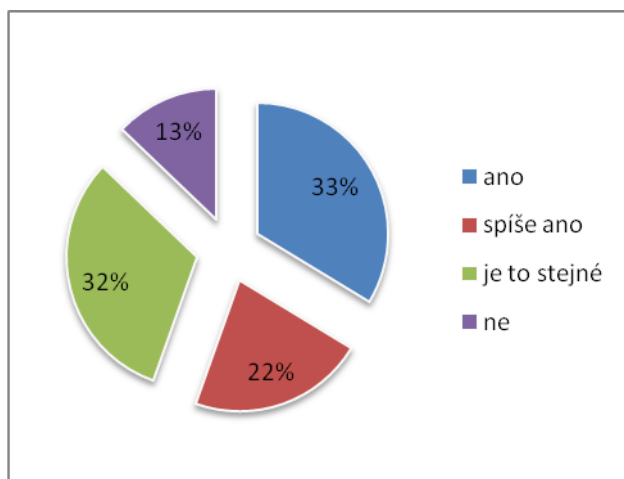
Graf zobrazuje nejčastěji používaný cizí jazyk respondentek při komunikaci s cizinci, kdy 100% tvoří 115 odpovědí. Nejvíce respondentek hovoří s cizinci anglicky 37 (32%), 34 respondentek hovoří jiným jazykem (30%) např. francouzky, italsky, 25 dotazovaných uvedlo ruský jazyk (22%) a nejméně respondentky hovoří německým jazykem 19 (16%).

**Graf 12 Potíže s komunikací.**



Graf ukazuje, zda respondentkám činí potíže komunikace s cizinci. Ze 101 dotazovaných 100%, 39 respondentek odpovědělo, že ano 39%, občas činí komunikace potíže 46 sestrám 46% a potíže s komunikací s cizinci nemá 16 dotazovaných 16%.

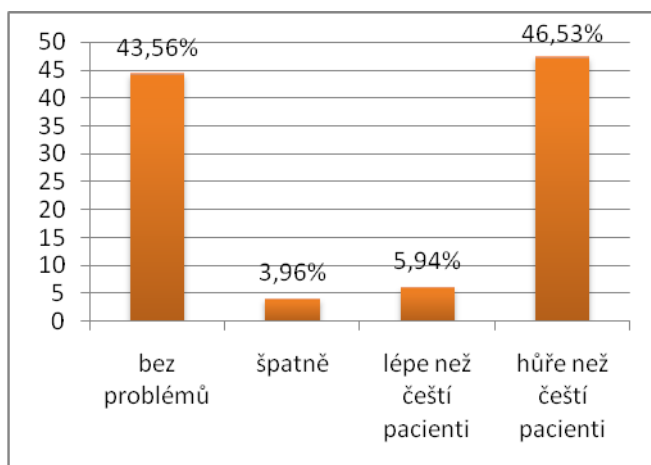
**Graf 13 Rozdílnost (obtížnost) péče o cizince a českého pacienta.**



Graf znázorňuje, zda je obtížnější pečovat o cizince, než o českého pacienta.

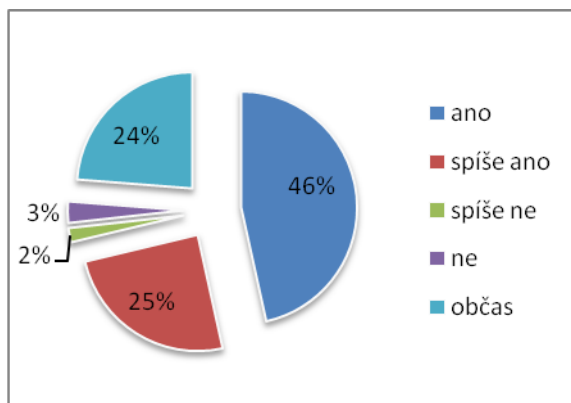
100% je 101 odpovědí. Pečování o cizince není obtížnější pro 13 dotazovaných 13%, stejná péče je pro 32 respondentek 32%, spíše ano odpovědělo 22 dotazovaných 22% a péče o cizince je obtížnější pro 34 respondentek 34%.

**Graf 14 Spolupráce pacienta cizince.**



Graf zobrazuje, jak pacienti cizinci spolupracují s respondentkami. Ze 101 dotazovaných 100%, odpovědělo, že cizinci spolupracují bez problémů 44 respondentek 44%, špatná spolupráce je u 4 respondentek 4%, spolupráce je lepší než s českými pacienty 6 (6%), horší spolupráce 47 sester 47%.

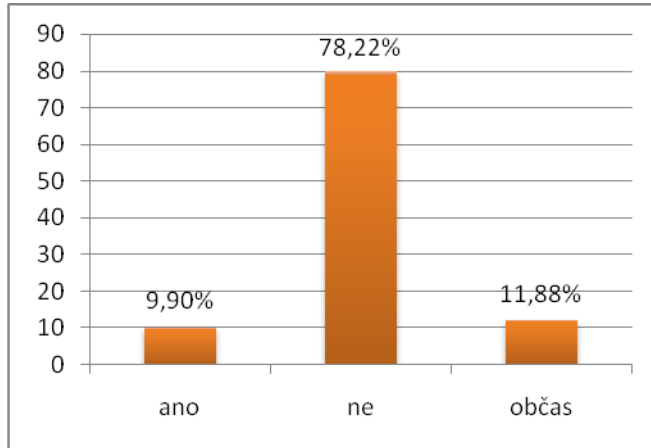
**Graf 15 Použití neverbální komunikace s cizinci.**



Graf zachycuje, zda respondentky používají při komunikaci s cizinci neverbální komunikaci. 101 odpovědí = 100%. Neverbální komunikaci používá při práci s cizinci nejvíce dotazovaných 47 (47%), spíše ano 25 (25%) respondentek, spíše ne 2 sestry 2%, neverbální komunikaci vůbec nepoužívají 3 respondentky 3%, občas 24 dotazovaných 24%.

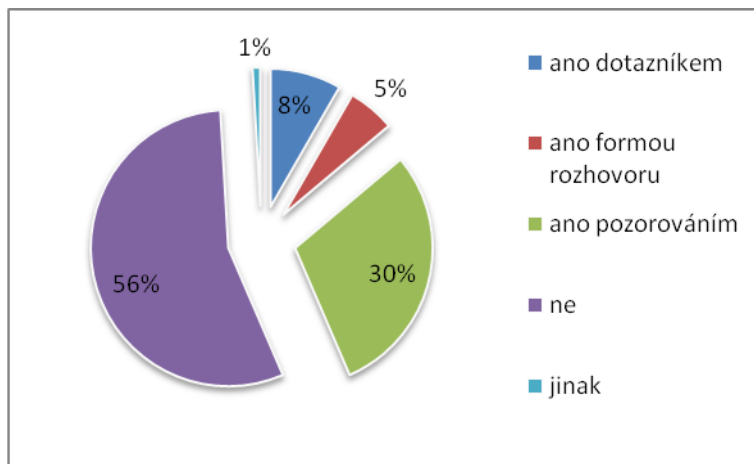


**Graf 16 Odlišné potreby cizinců.**



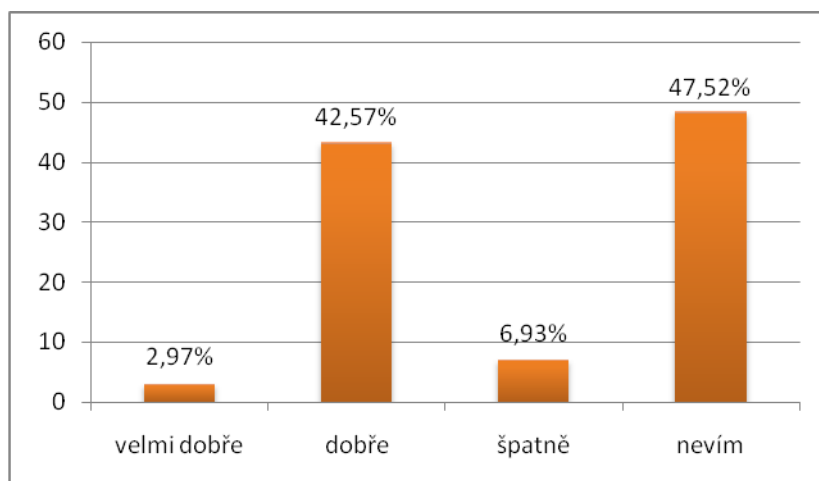
Graf popisuje, zda mají cizinci odlišné (specifické) potřeby. Ze 101 odpovědí 100% bylo uvedeno, že cizinci 79 (78%) nemají odlišné potřeby, občas 12 (12%), ano mají specifické potřeby 10 (10%).

**Graf 17 Sledování spokojenosti cizinců.**



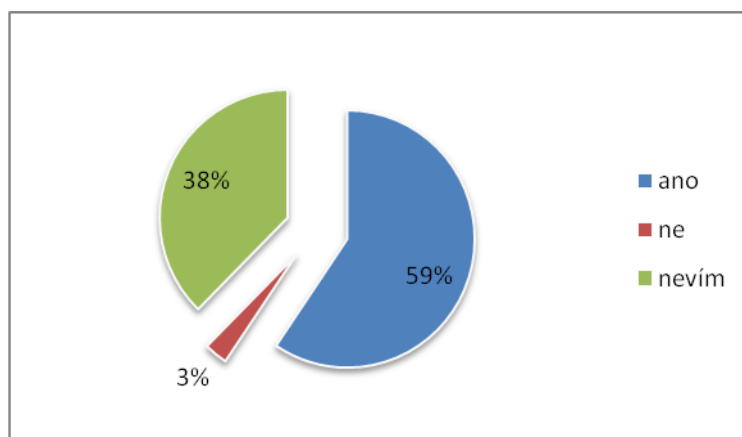
Graf ukazuje, zda respondenty sledují spokojenost pacientů cizí národnosti. 108 odpovědí je 100%. Spokojenost cizinců pozorováním sleduje 32 respondentek 30%, dotazníkem 9 sester 8%, formou rozhovoru 6 dotazovaných 5%, jiným způsobem 1 (1%) a spokojenost cizinců není sledována vůbec u 60 respondentek 56%.

**Graf 18 Soužití českých a cizích pacientů v nemocnici.**



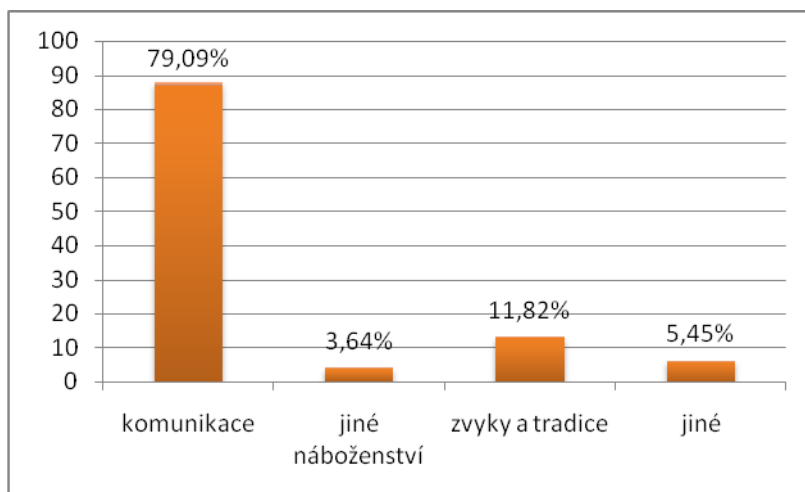
Graf zobrazuje soužití českých pacientů a pacientů cizinců při pobytu v nemocnici. Ze 101 respondentek 100%, 48 respondentek 47% neví jak spolu pacienti vycházejí, dobře spolu vycházejí 43 odpovědí 43%, velmi dobře 3 (3%) a špatně spolu vycházejí uvedlo 7 respondentek 7%.

**Graf 19 Kvalita péče poskytovaná cizincům.**



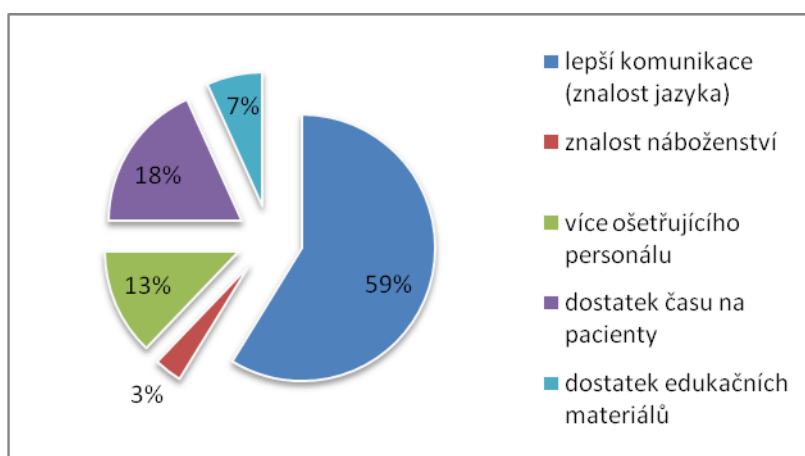
Graf zachycuje názor respondentek, zda poskytují cizincům dostatečnou a kvalitní péči. 101 odpovědí = 100%. 60 respondentek 59% se domnívá, že cizincům poskytují dostatečnou a kvalitní péči, neví 38 dotazovaných 38% a péče není dostatečná a kvalitní si myslí 3 sestry 3%.

**Graf 20 Problémy při poskytování péče cizincům.**



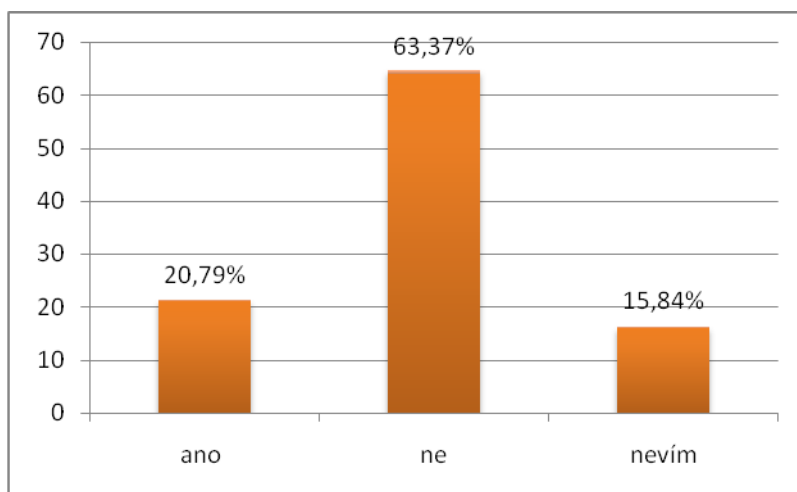
Graf znázorňuje problémy respondentek při poskytování péče cizincům. 110 odpovědí = 100%. Největším problémem je komunikace uvedlo 87 respondentek 79%, zvyky a tradice cizinců 13 respondentek 12%, jiné náboženství 4 sestry 4%, jiné (jazyková bariéra) 6 odpovědí 5%.

**Graf 21 Možnosti zlepšení péče o cizince.**



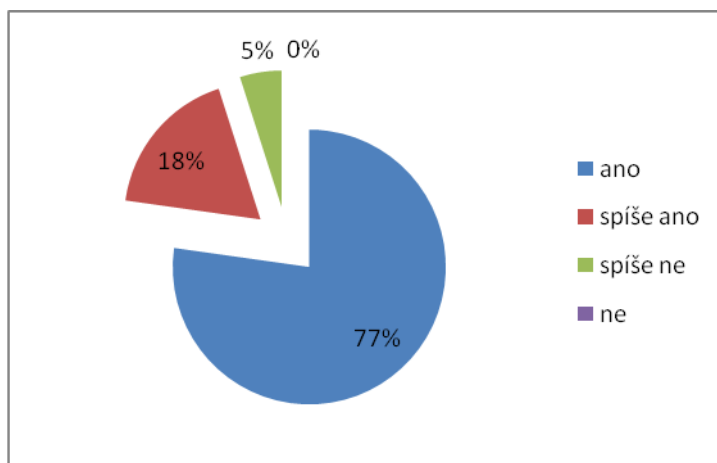
Graf popisuje jak by dle respondentek mohla být zlepšena poskytovaná péče cizincům. 148 odpovědí je 100%. Znalost jazyka a tím lepší komunikace se domnívá 87 respondentek 59%, péči o cizince by zlepšil dostatek času sester na pacienty 27 (18%), více ošetřujícího personálu 19 respondentek 13%, dostatek edukačních materiálů 10 respondentek 7%, a znalost náboženství cizinců 5 odpovědí (3%).

**Graf 22 Dostupnost tlumočníka na pracovišti.**



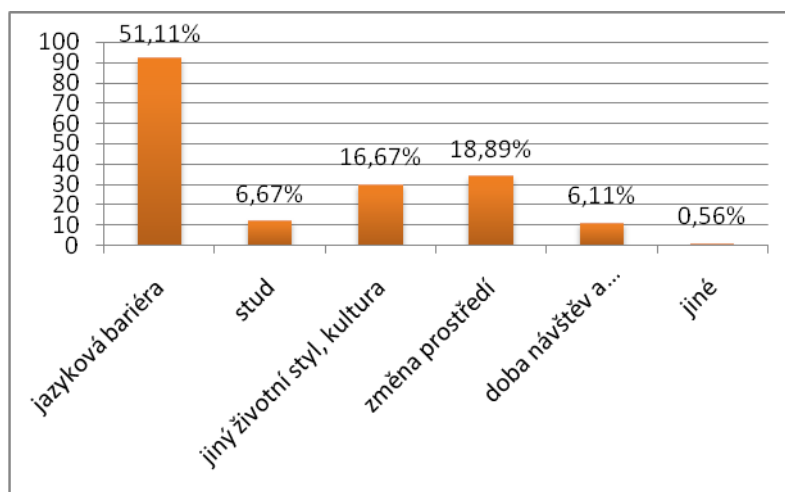
Graf ukazuje, zda mají respondenty na pracovišti k dispozici tlumočníka. Ze 101 dotazovaných 100%, odpovědělo, že ano 21 (21%), neví 16 respondentek 16%, tlumočníka nemá k dispozici 64 respondentek 63%.

**Graf 23 Přístup k péči o cizince a českého pacienta.**



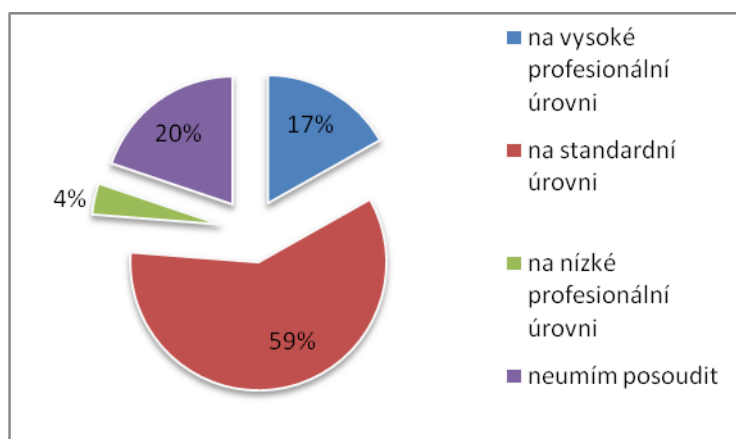
Graf zobrazuje, zda je přístup respondentek k péči o českého pacienta stejný jako o cizince. 101 odpovědí je 100%. Stejný přístup k péči má 78 dotazovaných 77%, spíše ano 18 respondentek 18%, spíše ne 5 sester 5%, odpověď ne neuvádla žádná dotazovaná 0%.

**Graf 24 Nejčastější problém cizinců u nás.**



Graf zachycuje názory respondentek o tom, jaký je nejčastější problém cizinců ve zdravotnickém zařízení u nás. 180 názorů je 100%. Největším problémem je jazyková bariéra 92 (51%), změna prostředí 34 odpovědi 19%, dále jiný životní styl a kultura 30 (17%), stud pacientů 12 (7%), doba návštěv a přítomnost rodiny 11 (6%), jiné 1 (0,6%).

**Graf 25 Kvalita zdravotní péče o cizince u nás a v Evropě.**



Graf znázorňuje názory respondentek na poskytování péče cizincům u nás vůči jiným zemím Evropy. Ze 101 respondentek 100% uvedly 4, že naše péče je na nízké profesionální úrovni 4%, 20 respondentek neumí situaci posoudit 20%, 17 dotazovaných si myslí, že je na vysoké profesionální úrovni 17% a na standardní úrovni 60 odpovědi 60%.

## 5. Diskuze

Výzkumné šetření na téma „Zajištění uspokojování potřeb pacientů v multikulturním ošetrovatelství z pohledu všeobecných sester“, byl proveden v nemocnici Blansko formou anonymních dotazníků, které byly určeny pro všeobecné sestry. Výzkumné šetření bylo anonymní a dobrovolné. Jedná se o výzkum kvantitativní. Bylo rozdáno 140 dotazníků, z nichž každý obsahoval 25 otázek, vráceno bylo 115 a zcela správně vyplněných bylo 101 a ty byly použity pro tuto práci.

Graf 1 je zaměřen na věk respondentek, kdy ze 101 odpovědí (100%) vyplývá, že nejpočetnější skupinu tvoří respondenty ve věku mezi 31. až 40. rokem věku (36%). Dále následuje věková skupina 26 až 30 let (23%), 41 až 50 let (17%), 21 až 25 let (12%), 51 let a více (10%), nejméně zastoupenou skupinou jsou respondenty ve věku do 20 let (2%). Na základě těchto zjištěných údajů, můžeme konstatovat, že v blanenské nemocnici pracují nejvíce sestry, jejichž věk se pohybuje mezi 26 – 50 lety.

Délkou praxe ve zdravotnictví respondentek se zabývá Graf 2. V tomto případě je procentuální poměr vcelku vyrovnaný a to mezi 4 až 24 rokem praxe. Nejmenší skupinu tvoří respondenty s délkou praxe do 1 roku a mezi 1 a 3 rokem, kdy obě délky dosahují stejného počtu % a to je 2x 6%. Další skupinu tvoří respondenty s délkou praxe 25 let a více (13%), mezi 10 až 15 lety (22%), 4 až 9 let (24%), největší skupinu tvoří délka praxe mezi 16 až 24 rokem (30%). Údaje u tohoto Grafu byly zaokrouhleny bez desetinných míst.

Graf č. 3 je zaměřen na nejvyšší dosažené vzdělání sester. Nejvíce respondentek má pouze střední odborné vzdělání (49%). Vyšší odborné studium dokončilo 18 % dotazovaných (denní pomaturitní studium) a vysokoškolsky vzdělaných sester převážně kombinovanou formou studia s titulem Bc.Ošetrovatelství je 7% respondentek. Specializační pomaturitní studium s různým zaměřením absolvovalo 26% dotazovaných. Jedná se převážně o

intenzivní péči, ARIP, studium zaměřené na neurologii a nefrologii. V grafu blíže neuvedeno. V nemocnici Blansko je kladen velký důraz na zvyšování odborné kvalifikace sester a je jim to z velké části umožňováno.

Graf 4 znázorňuje četnost setkání sester s příslušníkem cizí národnosti. Každý den se s pacientem – cizincem setkávají pouze 4% dotazovaných, 1x za týden 11% sester, 1x za měsíc 36% a 11% respondentek se s cizincem při své práci nesetkává vůbec. Několikrát za půl roku či za rok pracuje s cizincem 39% respondentek. Z výsledků je zřejmé, že v tomto zdravotnickém zařízení se mnoho cizinců neléčí. Cizinci, kteří z důvodu nemoci, úrazu a jiných zdravotních potíží navštíví nemocnici v Blansku, jsou převážně ošetřováni ambulantně, malé procento z nich je se svým onemocněním zde hospitalizováno na některém lůžkovém oddělení.

Ošetřování cizinci jsou převážně muži, (68%) dále pak ženy (30%) a nejméně často ošetřované jsou děti cizinců. (2%) Tyto výsledky šetření zobrazuje Graf 5.

Dalším zkoumaným kritériem u ošetřování cizinců je jejich věk.(Graf 6) Mezi nejméně ošetřované patří děti do 10let věku, pouze 1,5%, dále věková kategorie mezi 11- 20 lety 3%, následují senioři ve věku 61a více let 13,7%. Procentuálně shodné jsou věková období mezi 21. až 30. rokem a 51. až 60. rokem věku 17%. Ve věkovém rozmezí 41 let – 50 let je to 27% a nejpočetnější skupinu tvoří cizinci ve věku 31 – 40 let. Z výsledků je zřejmé, že cizinců v dětském věku v Blansku a okolí je málo.

Národnost cizinců nejčastěji ošetřovaných v nemocnici Blansko ukazuje Graf 7. Nejvíce ošetřovanou skupinou cizinců jsou Mongolové 26%, s 21% na druhém místě jsou Romové (národnostní menšina), třetí místo zaujímají Slováci 18%, čtvrtí jsou Ukrajinci 11%, pátí Vietnamci 9%, šestí se 7% - jiné (Rakušané, Francouzi, Němci, Angličané atd.) v grafu blíže neuvedeno, sedmí Poláci 6% a na posledním osmém místě se nacházejí s 2% Rusové. Ze statistiky od MUDr. Zdeňka Schwarze v roce 2007 v Hradci Králové vyplývá, že v roce 2005 byla poskytnuta zdravotní péče cizincům u nás v % takto: Slováci 15,8%, Ukrajinci

14,4%, Němci 10,2% a Vietnamci 9,5% v celé České republice. V jihomoravském kraji se jednalo z celkového počtu ošetřených cizinců o 10,6 %. (25) Z výsledků Grafu 7 je zřejmé, že Mongolové jsou z celé republiky nejvíce v okrese Blansko a Němců ve srovnání s výsledky MUDr. Schwarze je zde málo v porovnání s celou Českou republikou.

Zda sestry znají životní styl a kulturu alespoň některých cizích národností je znázorněno na Grafu 8. Kladně odpovědělo 18% respondentek, záporně 20% a částečně 62% dotazovaných sester. Záleží na každé respondentce, jestli má zájem něco nového se o některé z cizích kultur dozvědět. Všeobecný rozhled je také u respondentek rozdílný.

Graf 9 zobrazuje zdroje, odkud respondenty získávají o kultuře cizinců informace. Dle výsledků nejvíce informací poskytuje televize 31% všech poznatků, na druhém místě jsou časopisy 21%, jako třetím zdrojem je internet 19%, následují informace přímo od pacienta 13%, z odborné literatury 9%, jiné, jako např. od rodinných příslušníků pacienta, známých apod. 5%, nejméně jsou zastoupeny standardy se zaměřením na určitou národnost 2%, což je zajímavé zjištění, neboť nemocnice Blansko takové standardy zatím nemá k dispozici.

Z otázky zda sestry při komunikaci s cizinci používají cizí jazyk (Graf 10) vyplynulo, že kladně odpovědělo 7% respondentek, spíše ano 17%, spíše ne 35% a záporně, nejvíce 42% sester. Zde můžeme konstatovat, že používání cizího jazyka při komunikaci s cizinci není potřeba, nebo že jazyková gramotnost respondentek není na vysoké úrovni.

Nejvíce používaným cizím jazykem respondentek je angličtina 32%, jiný 30% (francouzština, italština, španělština, "čeština") – v grafu neuvedeno, ruština 22% a nejméně používaný jazyk je němčina 16%. Graf 11. Některé sestry uvedly v kategorii jiný jazyk – český jazyk, což znamená, že při své práci cizí jazyk vůbec nepoužívají.

Na dotaz zda respondentkám činí potíže komunikace s cizinci (Graf 12), odpovědělo 45 % sester občas, 38% ano a 15% ne. Z výsledků je zřejmé, že



komunikace s jazykovou bariérou je velký problém našeho zdravotnictví v poskytování péče cizincům.

Zda je obtížnější pečovat o cizince, než o českého pacienta ukazuje Graf 13. Ano odpovědělo 33% respondentek, z důvodu jazykové bariéry a komunikace z obou stran, spíše ano 22% sester ze stejného důvodu, že je péče stejná 32% a 13% odpovědí znělo, že péče o pacienta cizince není obtížnější než o českého pacienta. U odpovědí na tuto otázku záleží na druhu a závažnosti onemocnění daného cizince a na osobnosti každé sestry.

Spolupráce pacienta cizince s respondentkami, bylo předmětem otázky 14 (Graf 14). Výsledky tohoto grafu jsou velice zajímavé. Spolupráce cizinců je horší, než českých pacientů 46% odpovědí, za bezproblémovou spolupráci s cizinci považuje 43% sester, špatně spolupracují cizinci 4% a lepší spolupráce než čeští pacienti 6% odpovědí. Záporné odpovědi na tuto otázku opět z velké části souvisejí s jazykovou bariérou a tím s komunikací.

Je li používána neverbální komunikace při práci s cizinci (Graf 15), odpovědělo 46% respondentek kladně, spíše ano 25%, spíše ne 2%, občas 24% a neverbální komunikaci nepoužívají vůbec 3% sester. Z výsledků tohoto grafu je zřejmé, že neverbální komunikace je velice důležitou a téměř nepostradatelnou součástí komunikace s cizinci.

Jestli mají pacienti cizinci odlišné (specifické) potřeby bylo zjišťováno otázkou 16 (Graf 16). 78% respondentek uvedlo, že cizinci nemají odlišné potřeby od českých pacientů, 12% uvedlo, že občas a 10% dotazovaných odpovědělo kladně, že cizinci mají odlišné potřeby. Mezi nejčastější specifické potřeby patří např. strava, vyšší nároky na soukromí (stud) apod. v grafu blíže neuvedeno.

Na sledování spokojenosti pacientů cizinců byl zaměřen Graf 17. Pozorováním sleduje spokojenost cizinců 30% sester, formou dotazníku 8%, rozhovorem 5% a jinak- blíže neuvedeno 1% sester. Sledováním spokojenosti cizinců se nijak nezabývá 56% respondentek. Toto zjištění je velice negativní a mělo by být co nejdříve odstraněno, pro zlepšení péče o cizince a jejich spokojenost.

Dobře, tedy 42% pacientů cizinců vychází s českými pacienty při pobytu v nemocnici, velmi dobře 3%, špatně 7%. Jaké vztahy pacienti mezi sebou mají, neví 47% dotazovaných (Graf 18). Výsledky tohoto grafu úzce souvisejí s Grafem 17. Otázkou zůstává, zda sestry nemají bližší zájem o pacienty cizince, nebo jen nemají na užší kontakt a komunikaci s nimi dostatek času.

Graf 19 znázorňuje odpověď na otázku, zda si sestry myslí, že poskytují cizincům dostatečnou a kvalitní péči. Péče není dostatečná a kvalitní, tak odpověděla 3% respondentek, neví 38% sester a kvalitní a dostatečnou péči poskytuje 59% dotazovaných, stejně tak, jako českému pacientovi. Tyto odpovědi jsou subjektivním názorem a přístupem každé sestry, ale realita může být jiná.

Nejčastějším problémem při poskytování péče cizincům je dle sester ze 79% komunikace, zvyky a tradice jednotlivých cizinců z 12%, jiné (jazyková bariéra) 5% a rozdílné náboženství tvoří 4% odpovědí (Graf 20). Komunikace a jazyková bariéra je jistě i problémem celorepublikovým a ne jen v nemocnici Blansko.

Dle názorů dotazovaných by poskytovanou péči cizincům mohla vylepšit lepší komunikace (znalost jazyka) 59%, dostatek času na pacienty 18%, více ošetřujícího personálu 13%, dostatek edukačních materiálů 7% a znalost náboženství 3% (Graf 21).

Zda jsou na pracovišti k dispozici tlumočníci, odpovědělo 21% sester, že ano, ne 63% a neví 16% respondentek (Graf 22). Kolik tlumočníci umí cizích jazyků a zda jsou na telefonu, není blíže uvedeno. Tyto výsledky jsou velice rozporuplné, záleží na informovanosti sester na jednotlivých odděleních a ambulancích dané nemocnice.

Přístup respondentek k péči o pacienta cizince a českého pacienta je kladný (ano stejný) v 77%, spíše ano 18%, spíše ne 5% a ne 0% (Graf 23). Celkový přístup sester k pacientům cizincům by měl být stejný (holistický, empatický, individuální apod.) jako k českým pacientům, aby nedošlo ke konfliktům a nedorozuměním ohledně diskriminace.

Nejčastějším problémem cizích pacientů dle sester je jazyková bariéra 51%, změna prostředí 19%, jiný životní styl a kultura 17%, stud 7%, doba návštěv a přítomnost rodiny 6%, jiné- blíže neuvedeno 0,6%. Z výsledků je zřejmé, že nezáleží na národnosti pacienta cizince, ale na jazykové vybavenosti každého jednotlivce (Graf 24).

Jaké je naše zdravotnictví v poskytování péče cizincům, vůči jiným zemím Evropy dle respondentek bylo předmětem zkoumání poslední otázky tohoto dotazníku (Graf 25). Naše zdravotnictví je na standardní úrovni odpovědělo 59% sester, na vysoké profesionální úrovni 17%, na nízké profesionální úrovni 4% a neumí posoudit 20% dotazovaných. Odpovědi na tuto otázku jsou opět subjektivním vnímáním a pocitem každé respondenty, pokud některá z dotazovaných nemá nějakou zahraniční zkušenost v jiném zdravotnickém systému z některé Evropské země.

## 6. Závěr

Tato bakalářská práce na téma „Zajištění uspokojování potřeb pacientů v multikulturním ošetrovatelství z pohledu všeobecných sester ” byla zaměřena na ošetrovatelskou péči o cizince u nás. Výzkumné šetření bylo provedeno v nemocnici Blansko formou dotazníků, které byly určeny všeobecným sestřím. Jejich vyplnění bylo dobrovolné a anonymní. Výzkumné otázky byly zaměřeny na to, jak často se sestry při své práci setkávají s pacienty cizí národnosti, jaká národnost cizinců je nejčastější, zda sestry znají životní styl a kulturu některých cizích národností, jak s pacienty cizinci komunikují, který cizí jazyk při komunikaci s nimi používají, zda mají potíže s komunikací, jaká je spolupráce s pacienty cizí národnosti, zda mají cizinci odlišné potřeby apod.

Cílem práce č. 1 bylo zjistit, co je největším problémem při uspokojování potřeb cizinců v nemocnici Blansko. Cílem č. 2 bylo zjistit, kteří cizinci jsou nejčastěji ošetřováni v nemocnici Blansko a zda mají specifické potřeby. Předpokládaná hypotéza č. 1: Největším problémem při uspokojování potřeb cizinců v nemocnici Blansko je jazyková bariéra se potvrdila. Graf 20 znázorňuje problémy sester při poskytování péče cizincům, kdy ze 110 odpovědí = 100%, 87 respondentek 79% odpovědělo, že největším problémem je komunikace v souvislosti s jazykovou bariérou. Dále graf 24 zachycuje názory respondentek na to, co si myslí, že je nejčastějším problémem cizinců u nás, kdy ze 180 odpovědí = 100%, bylo 92 odpovědí jazyková bariéra. Předpokládaná hypotéza č. 2: Nejčastěji ošetřovanými cizinci v nemocnici Blansko jsou Mongolové a nemají specifické potřeby, byla také potvrzena. Graf 7 zobrazuje nejčastěji ošetřovanou národnost cizince v nemocnici Blansko, kdy z 100% = 186 odpovědí, bylo 49 odpovědí 26% Mongolové. Graf 16 popisuje, zda mají cizinci specifické (odlišné) potřeby. Ze 101 odpovědí 100%, 79 respondentek uvedlo, že cizinci nemají odlišné potřeby 78%.

Oba cíle práce i hypotézy byly splněny. Výsledky této bakalářské práce by měly vést k zamyšlení nad tím, zda zajištění uspokojování potřeb cizinců v nemocnici Blansko je dostatečné, účelné a kvalitní. Z výzkumného šetření vyplývá, že zásadním a největším problémem při péči o cizince je jazyková bariéra a s ní úzce spojená komunikace jak ze stran sester, tak ze strany pacientů cizinců. Znalost cizích jazyků, více času na pacienty a dostatek ošetřujícího personálu, by celkovou péčí o pacienty cizince zlepšily.

## 7. Seznam použité literatury

1. BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V., *Výzkum a ošetrovatelství*, 2. vydání Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. 185s. ISBN 978-80-7013-467-2.
2. ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M, *Speciální psychologie*, 1. vydání Brno:Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1995. 173s. ISBN 80-7013-197-7.
3. FARKAŠOVÁ, D. a kol.:*Výzkum v ošetrovatelství*, 1. české vydání Martin: Osveta,2006. 87s. ISBN 80-8063-229-4.
4. FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Ošetrovatelstvo teória*, Martin: Osveta, 2005. 216s. ISBN 80-8063-182-4.
5. HAŠKOVCOVÁ, H., *Lékařská etika*, 3. vydání Praha: Galén, 2002. 272s. ISBN 80-7262-132-7.
6. IVANOVÁ, K., ŠPIRUNDOVÁ, L., KUTNOHORSKÁ, J., *Multikulturní ošetrovatelství I*, 1. vydání Praha: Grada, 2005. 248s. ISBN 80-247-1212-1.
7. JAROŠOVÁ, D., *Úvod do komunitního ošetrovatelství*, 1. vydání Praha: Grada, 2007.100s. ISBN 978-80-247-2150-7.
8. KUTNOHORSKÁ, J, *Etika v ošetrovatelství*, 1. vydání Praha:Grada, 2007. 164s. ISBN 978-80-247-2069-2.

9. MASTILIAKOVÁ, D., *Úvod do ošetrovatelství I. díl*, 1. vydání Praha: Karolinum, 2005. 188s. ISBN 80-246-0429-9.
10. MASTILIAKOVÁ, D., *Úvod do ošetrovatelství II. díl*, 1. vydání Praha: Karolinum, 2003. 160s. ISBN 80-246-0428-0.
11. MASTILIAKOVÁ, D., *Holistické přístupy v péči o zdraví*, 1. vydání Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. 164s. ISBN 80-7013-277-9.
12. PRŮCHA, J., *Přehled pedagogiky*, 2. vydání Praha: Portál, 2006. 272s. ISBN 80-7178-944-5.
13. PRŮCHA, J., *Interkulturní psychologie*, 2. vydání Praha: Portál, 2007. 220s. ISBN 978-80-7367-280-5.
14. ROZSYPALOVÁ, M., ŠAFRÁNKOVÁ, A., *Ošetrovatelství I*, 1. vydání Praha: Informatorium, 2002. 231s. ISBN 80-86073-96-3.
15. ŘEZÁČ, J., *Sociální psychologie*, Brno: PAIDO, 1998 268s. ISBN 80-85931-48-6.
16. STAŇKOVÁ, M., *Jak provádět ošetrovatelský proces*, 1. vydání Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 66s. ISBN 80-7013-283-3.

17. ŠPIRUDOVÁ. L., TOMANOVÁ. D., KUDLOVÁ. P., HALMO. R., *Multikulturní ošetřovatelství II*, 1. vydání Praha: Grada, 2006. 248s. ISBN 80-247-1213-X.
18. TRACHTOVÁ. E., a kol.: *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*, 2. vydání Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 186s. ISBN 80-7013-324-4.
19. VÁGNEROVÁ. M., *Základy psychologie*, 1. vydání Praha: Karolinum, 2004. 356s. ISBN 80-246-0841-3.
20. VENGLÁŘOVÁ. M., MAHROVÁ. G., *Komunikace pro zdravotní sestry*, Praha: Grada, 2006. 144s. ISBN 80-247-1262-8.
21. ZACHAROVÁ. E., HERMANOVÁ. M., ŠRÁMKOVÁ. J., *Zdravotnická psychologie*, 1. vydání Praha: Grada, 2007. 232s. ISBN 978-80-247-2068-5.
22. TUTKOVÁ, Jitka. Komunikace sestra- pacient. *Sestra*, Praha: 2007, roč. 17, č 1, s. 22-23. ISSN 1210-0404.
23. HORŇÁKOVÁ, Anna. Multikulturní komunikace při ošetřování klienta jiné kultury. *Sestra*, Praha: 2008, roč. 18, č 9, s. 23-24. ISSN 1210-0404.
24. [www.uvn.cz](http://www.uvn.cz)
25. [www.zzshmp.cz/doba/news](http://www.zzshmp.cz/doba/news)



## **8. Klíčová slova**

multikultura

pacient

potřeby

ošetřovatelství

komunikace

etika

## **9. Přílohy**

Příloha 1 Model procesu interakce sestry – pacient v transkulturním kontextu (17 s. 76).

Příloha 2, 3, 4 Komunikační karty (17 s. 81)

Příloha 5 Maslowova hierarchie potřeb (18 s.15)

Příloha 6 Práva pacientů (24)

Příloha 7 Práva pacientů v angličtině (24)

Příloha 8 Práva pacientů ve francouzštině (24)

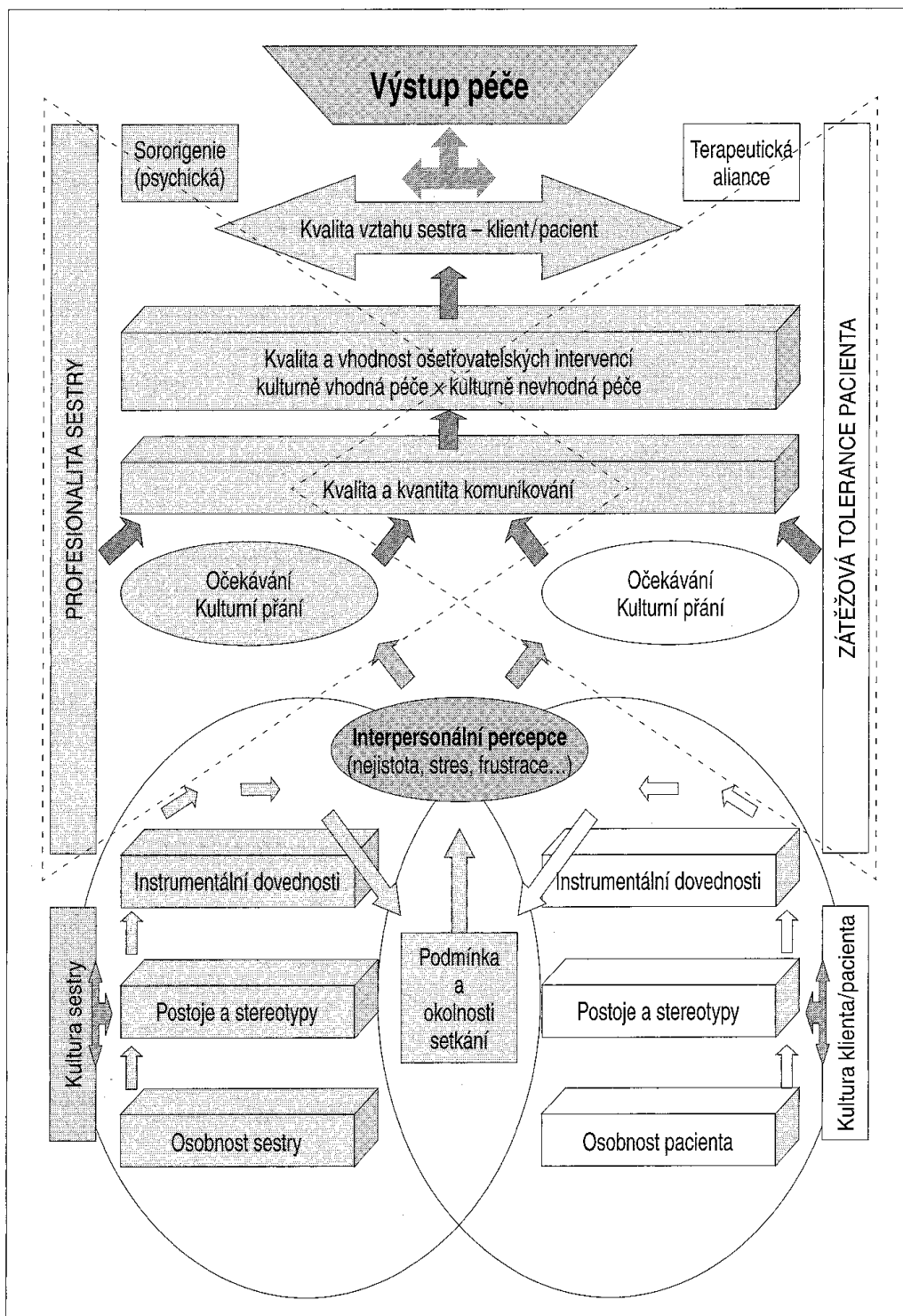
Příloha 9 Práva pacientů v němčině (24)

Příloha 10 Práva pacientů v ruštině (24)

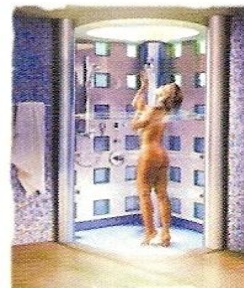
Příloha 11 Práva pacientů v italštině (24)

Příloha 12 Dotazník k bakalářské práci

Příloha 1 Model procesu interakce sestry – pacient v transkulturním kontextu.



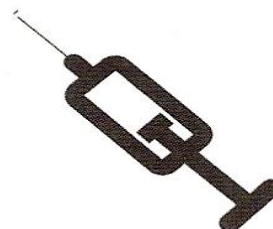
## UKÁZKY KOMUNIKAČNÍCH KARET



-  **hygiena**
-  **hygiene**
-  **die Hygiene**
-  **гигиена**
-  **higiéna**
-  **vệ sinh**
-  **،ة حصل اظفح**



-  **jídelna**
-  **dining room**
-  **das Speisesaal**
-  **столовая**
-  **jadalnia**
-  **nhà ăn**
-  **،م اعط قرحح**



-  **injekce**
-  **injection**
-  **die Injektionen**
-  **инъекция**
-  **zastrzyki**
-  **tiêm**
-  **،ن قح**

Příloha 3 Komunikační karty



 jídlo  
 meal  
 die Speise  
 пища  
 jedzenie  
 thức ăn  
 طعام



 kakao  
 cocoa  
 der Kakao  
 какао  
 kakao  
 ca-cao  
 كوكاكاه

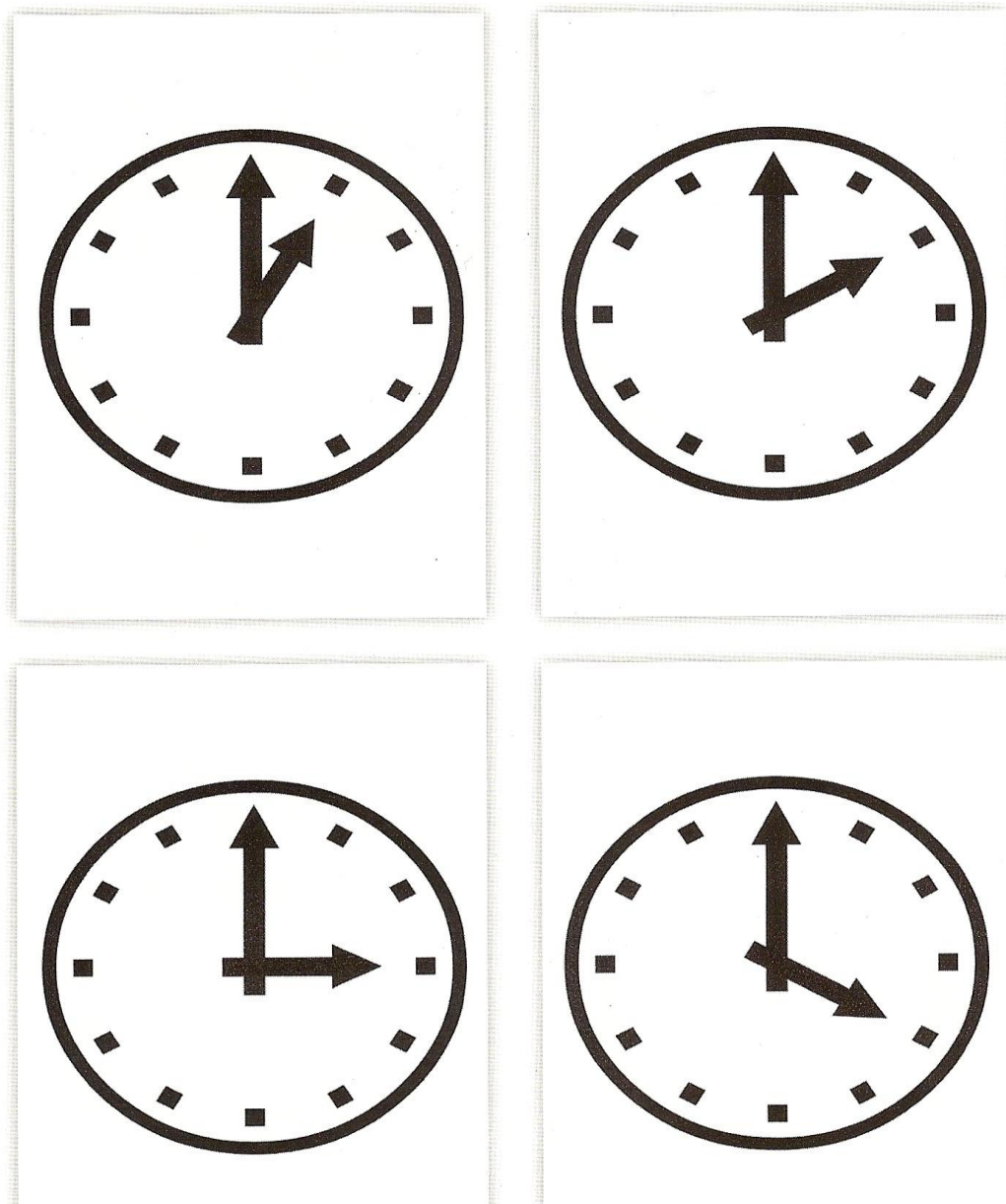


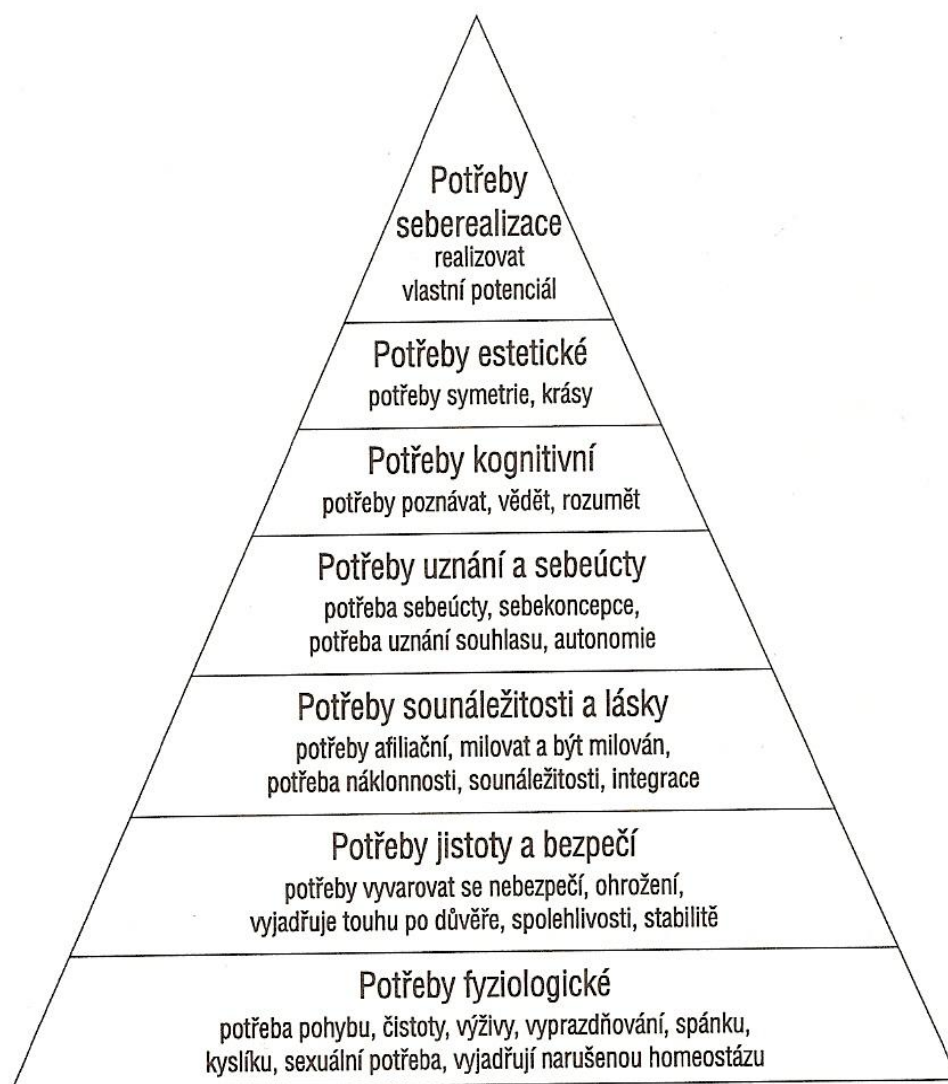
 káva  
 coffee  
 das Kaffe  
 кофе  
 kawa  
 cà phê  
 قهوة



 kde  
 where  
 wo  
 где  
 gdzie  
 ở đâu  
 أين

Příloha 4 Komunikační karty





Trachtová, *Potřeby nemocného v oš. procesu* (18 s.15)



1. Pacient má právo na poskytnutí odborné zdravotní péče kvalifikovanými pracovníky nemocnice. Pokud některé činnosti provádějí osoby v odborném zázviku, má pacient právo na to být upozorněn a případně mít možnost s takovým postupem nesouhlasit.
2. Pacient, který je objednan k ambulantnímu vyšetření či léčbě má právo být ošetřen v čase nebo časovém intervalu, na který je objednan. Pokud by to neumožňovaly neočekávané provozní důvody, má právo být informován o předpokládané délce čekání na ošetření, případně na přednostní zajištění náhradního termínu ošetření.
3. Pacient má právo být srozumitelně poučen o všech prováděných výkonech – výkon se neprovede, pokud s tím pacient nesouhlasí. Toto se netýká situace, kdy je výkon nutno provést pro akutní ohrožení života nebo zdraví pacienta a pacient není schopen vzhledem ke svému zdravotnímu stavu souhlas vyjádřit.
4. Pacient má právo znát jména všech osob, které se podílejí na poskytování zdravotní péče. Přítomnost osob, které se nepodílejí na poskytování zdravotní péče (studenti a stážisté) musí být pacientem předem odsouhlasena. Přítomný případný nesouhlas s přítomností těchto osob není důvodem k neposkytnutí zdravotní péče.
5. Pokud to pacient vyžaduje a pokud to nenaruší průběh výkonu, nebo nevytvoří epidemiologické či jiné bezpečnostní riziko, má pacient právo vyžadovat u prováděných výkonů účast blízké osoby.
6. Pacient má právo na ochranu svého soukromí při všech prováděných výkonech.
7. Pacient má právo na ochranu proti záměně při podávání léků či při provádění jakýchkoli výkonů – všichni pracovníci nemocnice jsou povinni před podáním léků či před provedením výkonu ověřit pacientovu identitu.
8. Pacient má právo být chráněn proti nemocničním nákazám – všichni pracovníci nemocnice musí před jakoukoli manipulací s pacientem mít umyté či vydesinfikované ruce.
9. Pacient má právo na včasnou diagnostiku a léčbu jakékoliv bolesti.
10. Pacient má právo na to, aby při jednání s ním nebo jeho blízkými pracovníci nemocnice přiměřeně respektovali kulturní rozdíly, zvyky a spirituální potřeby osob, se kterými jednají.
11. Pacient (event. jeho blízcí), má právo být včas seznámen s plánem na překlad na jiné pracoviště nemocnice, nebo do jiného zdravotnického zařízení.
12. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou.
13. Pacient nebo jeho blízcí mají právo vyjádřit nespokojenost s průběhem poskytování péče formou písemnou nebo ústní (osobně nebo telefonicky) prostřednictvím Oddělení řízení kvality péče ÚVN – budova F ředitelství, 1.patro, místnost č. 114,115, tel.: 973 202 872, 973 208 313, 973 202 811.
14. Pacient má během hospitalizace právo na zprostředkování duchovních služeb a na provádění náboženských obřadů, pokud to nebrání provozu nemocnice či péči o jiné pacienty.
15. Pacient, který neovládá český jazyk má právo na to, aby mu nemocnice na jeho náklad zajistila tlumočnické služby.
16. Pacient, jehož komunikační schopnosti jsou omezené v důsledku handicapu, má právo na zajištění přiměřené podpory ze strany pracovníků nemocnice (metodický návod č. 9/2006).
17. Pacient má právo být předem informován o tom, že zdravotní péče, která mu má být poskytnuta, případně předepsané léky či zdravotnické prostředky podléhají přímé platbě.



## Příloha 7 Práva pacientů - anglicky

1. The patient is entitled to be provided with professional health care by qualified personnel of the hospital. In case some activities are performed by trainees, the patient is entitled to be aware of this fact and, alternatively, not to agree with this procedure.
2. The patient with an appointment for ambulant examination or treatment is entitled to be treated in the respective time or time period they were booked for. In case there are some unexpected circumstances that disable the time keeping, the patient is entitled to be notified of the expected waiting time or, alternatively, to be given a substitute appointment for the respective treatment.
3. The patient is entitled to be acquainted with all medical proceedings – the proceeding is not performed if the patient disagrees with it. This does not pertain to the situation an action has to be taken to save life or health of the patient and the patient is unable to give their consent because of their state of health.
4. The patient is entitled to know the names of all persons contributing to the medical treatment. Presence of persons that do not contribute to the medical treatment (students and trainees) has to be previously agreed by the patient. A contingent disapproval of those persons' presence does not substantiate refused medical treatment by this patient.
5. At the patient's request, in case there is no disturbance for the performance or an epidemiologic or other safety risk the patient has the right to have their relative or person akin to them while treated.
6. The patient has the right to privacy by all performed medical operations.
7. The patient has the right to be protected against confusion of medicaments or any medical operations – all hospital employees are obliged to verify the patient's identity prior medicine administration or prior medical operations.
8. The patient is entitled to be protected against hospital infections – all hospital staff has to have washed or disinfected hands before starting any manipulation with the patient.
9. The patient is entitled to get diagnosis in time as well as treatment of any pain.
10. The patient is entitled to be treated in the way to respect their cultural differences, customs and spiritual needs while treated or while dealing with their relatives or close persons.
11. The patient (if need be also their relatives), is entitled to be notified of the plan to be moved to another ward, another hospital or medical institution.
12. The patient is entitled to anticipate a reasonable continuous treatment.
13. The patient or the patient's relatives or persons akin to them have the right to express their discontent with the treatment in writing or verbally (personally or by a phone call) means the Oddělení řízení kvality péče ÚVN – budova F ředitelství (Department of medical treatment quality in ÚVN – building F management), 1st floor, room No. 114, 115, phone: 973 202 872, 973 208 313, 973 202 811.
14. The patient has the right to be provided with spiritual services and rituals when there are no restraints for the hospital operation or care for other patients caused by that.
15. The patient without knowledge of the Czech language is entitled to be provided with an interpreter at the expense of the patient.
16. The patient with reduced communication skills due to their disability or incapacity is entitled to be provided with satisfactory help of the hospital staff (methodical instruction No. 9/2006).
17. The patient is entitled to be notified in advance in case the medical treatment they are going to be provided with or the prescribed medicine are subject of a direct payment.

**Codex des droits des patients de ÚVN Prague**

1. Le patient est en droit de bénéficier des soins médicaux professionnels, donnés par les employés qualifiés de l'hôpital. Si certaines activités sont réalisées par des personnes en formation professionnelle, le patient est en droit d'en être averti et avoir éventuellement la possibilité de ne pas approuver une telle méthode.
2. Le patient, convoqué en consultation ou en traitement, est en droit d'être soigné à l'heure ou dans l'intervalle prévus sur la convocation. Si les raisons de fonctionnement imprévues ne permettraient pas ne devaient pas permettre de recevoir le patient dans les délais prévus, il est en droit d'être prévenu de la durée prévue d'attente et, éventuellement, de la date prioritaire d'un délai de remplacement.
3. Le patient est en droit d'être instruit, de manière compréhensible, de tous les actes réalisés – l'acte n'est pas réalisé si le patient n'y donne pas son accord. Cette clause n'est pas respectée dans une situation où l'acte doit être entrepris en raison du danger vital ou du danger pour la santé du patient et si celui-ci, en raison de son état de santé est incapable de se prononcer au sujet de son état.
4. Le patient est en droit de connaître les noms de toutes les personnes qui participent à ses soins sanitaires. La présence des personnes qui ne participent pas aux soins (étudiants, stagiaires) doit être approuvée d'avance par le patient. Le désaccord éventuel avec la présence de ces personnes n'est pas une raison pour une non attribution des soins médicaux.
5. Si le patient le demande et si cela ne gêne en aucun cas le déroulement de l'acte et n'apporte aucun risque épidémiologique ou autre, le patient est en droit de demander la présence d'un proche pendant les actes réalisés.
6. Le patient est en droit de demander la protection de son intimité pendant tous les actes réalisés.
7. Le patient est en droit d'être protégé contre l'échange des médicaments ou la réalisation de tout acte – tous les employés de l'hôpital sont dans l'obligation de vérifier l'identité du patient avant toute présentation de médicament et avant toute réalisation d'acte.
8. Le patient est en droit d'être protégé contre les affections hospitalières – tous les employés de l'hôpital doivent, avant chaque manipulation avec le patient, avoir les mains lavées et désinfectées.
9. Le patient a droit à un diagnostic dans les délais et à tout traitement contre la douleur.
10. De la part des employés de l'hôpital, le patient a droit au respect convenable de ses différences culturelles, coutumes ou besoins spirituels et de ses proches.
11. Le patient (ou éventuellement ses proches) est (sont) en droit d'être informé(s) à temps du projet de son transfert dans un autre service de l'hôpital ou dans un autre établissement sanitaire.
12. Le patient est en droit de s'attendre à ce que son traitement soit conduit avec une continuité adéquate.
13. Le patient ou sa famille proche sont en droit d'exprimer l'insatisfaction avec les soins consentis sous forme écrite ou orale (personnellement ou téléphoniquement) par l'intermédiaire du Service de gestion de la qualité des soins ÚVN – bâtiment F direction, 1er étage, bureaux. n° 114, 115, tél. 973 202 872, 973 208 313, 973 202 811.
14. Pendant son hospitalisation, le patient est en droit de bénéficier des services spirituels et à la participation aux cérémonies religieuses, tant que cela n'empêche le bon fonctionnement de l'hôpital ou les soins des autres patients.
15. Le patient qui ne maîtrise pas la langue tchèque bénéficie du droit des services d'interprétabilité à ses frais, mis en place par l'hôpital.
16. Le patient, dont les capacités de communication sont limitées en raison d'un handicap, est en droit de bénéficier du soutien direct de la part des employés de l'hôpital (manuel méthodologique n° 9/2006).
17. Le patient est en droit d'être informé d'avance que les soins médicaux, les médicaments prescrits ou certains moyens sanitaires sont soumis au règlement direct.

**Kodex der Patientenrechte in ÚVN Prag**

1. Der Patient hat das Recht auf professionelle Gesundheitspflege vom qualifizierten Krankenhauspersonal. Sollten dabei einige Tätigkeiten von Lehrlingen durchgeführt werden, ist der Patient berechtigt auf diese Tatsache aufmerksam gemacht zu werden und gegebenenfalls mit dieser Vorgangsweise nicht zuzustimmen.
2. Der Patient, der zur Ambulanzuntersuchung oder –Behandlung bestellt ist, hat das Recht in der vereinbarten bestellten Zeit oder Zeitperiode behandelt zu werden. Sollten unerwartete Betriebsgründe auftreten, durch die dies unmöglich wäre, hat der Patient das Recht über die vorausgesetzte Wartezeit vor der Untersuchung informiert zu werden bzw. einen Vorzugersatztermin zu bekommen.
3. Der Patient hat das Recht über alle durchzuführenden Vorgänge verständlich informiert zu sein – der Vorgang wird nicht durchgeführt, falls der Patient damit nicht einverstanden ist. Dies betrifft nicht solche Situationen, wo man Behandlung akuter Lebens- oder Gesundheitsgefährdung des Patienten machen muss und der Patient nicht imstande ist, wegen seinem Gesundheitszustand Zustimmung zu äussern.
4. Der Patient hat das Recht alle Namen von den sich an der Gesundheitspflege beteiligenden Personen zu wissen. Anwesenheit solcher Personen, die sich an der Gesundheitspflege nicht beteiligen (Studenten, Praktikanten) muss vom Patienten vorher abgestimmt werden. Eventueller Widerspruch zu der Anwesenheit solcher Personen ist keinesfalls Grund zur Nichtgewährung der Gesundheitspflege.
5. Der Patient hat das Recht Anwesenheit seines Verwandten oder seiner nächsten Person bei der Behandlung zu verlangen, falls dies kein Hindernis für den Ablauf der Leistung oder Epidemiologie- oder Sicherheitsrisiken darstellt.
6. Der Patient hat das Recht auf Schutz seiner Privatsphäre bei allen durchzuführenden Leistungen.
7. Der Patient hat das Recht auf Schutz gegen Verwechslung der Arzneimittel bei allen Leistungen – alle Krankenhausmitarbeiter sind verpflichtet die Identität des Patienten vor der Medikamentenverteilung oder vor der Behandlung zu überprüfen.
8. Der Patient hat das Recht gegen Krankenhausinfektionen geschützt zu sein – alle Krankenhausmitarbeiter müssen vor sämtlicher Manipulation mit dem Patienten ihre Hände waschen bzw. desinfizieren.
9. Der Patient hat das Recht auf rechtzeitige Diagnose sowie Behandlung aller Schmerzen.
10. Der Patient hat das Recht darauf, dass bei seiner Behandlung oder bei der Behandlung seiner nächsten Person kulturelle Unterschiede, Gewohnheiten und spirituelle Erfordernisse von den Krankenhausmitarbeitern respektiert werden.
11. Der Patient (bzw. seine nächste Person) hat das Recht etwaigen Übersetzungsplan zu einer anderen Abteilung oder anderem Gesundheitsinstitut rechtzeitig zu erfahren.
12. Der Patient hat das Recht zu erwarten, dass seine Therapie mit angemessener Kontinuität geführt wird.
13. Der Patient oder seine nächste Person haben das Recht Unzufriedenheit mit dem Ablauf der Therapie schriftlich oder mündlich (persönlich oder telefonisch) mittels Oddělení řízení kvality péče ÚVN – budova F ředitelství (Abteilung der Behandlungsqualität von ÚVN – Gebäude F Direktoriát), 1.Stock, Zimmer Nr. 114, 115, Tel.: 973 202 872, 973 208 313, 973 202 811 auszudrücken.
14. Der Patient hat das Recht geistige Dienste und Rituale während der Hospitalisierung geleistet zu bekommen, falls es kein Hindernis für den Krankenhausbetrieb oder für die Fürsorge für andere Patienten darstellt.
15. Der Patient, der die tschechische Sprache nicht beherrscht, hat das Recht Dolmetscherdienste auf seine Kosten vom Krankenhaus sichergestellt zu bekommen.
16. 16. Der Patient, dessen Kommunikationsfähigkeiten wegen seiner Behinderung beschränkt sind, hat das Recht eine angemessene Unterstützung vom Krankenhauspersonal zu bekommen (methodische Anleitung Nr. 9/2006).
17. 17. Der Patient hat das Recht im Vorhinein informiert zu werden, dass die zu gewährende Behandlung oder die vorgeschriebenen Medikamente oder Mittel direkter Zahlung unterliegen.



**Кодекс прав пациента ЦВГ Прага**

1. Пациент имеет право на профессиональное медицинское обслуживание квалифицированным персоналом госпиталя. Если какие-либо действия выполняются лицами, проходящими профессиональным обучением, то пациент должен быть об этом предупрежден и в случае необходимости имеет право с проведением таких действий не согласиться.
2. Пациент, записанный на амбулаторное обследование или лечение, имеет право на обслуживание в указанное время или промежуток времени, на которое был записан. Если это не возможно по непредвиденным эксплуатационным причинам, то пациент имеет право на получение информации о предполагаемом времени ожидания на оказание медицинского обслуживания или же на преимущественное назначение дополнительного срока медицинского обслуживания.
3. Пациент имеет право на вразумительную и понятную информацию о выполняемых медицинских действиях: действия не выполняются до тех пор, пока не будет получено от пациента согласие на их выполнение. Вышесказанное не распространяется на ситуации, в которых необходимо проведение медицинского вмешательства из-за опасности за жизнь или здоровье пациента и при этом пациент по состоянию здоровья не в состоянии высказать согласие.
4. Пациент имеет право знать имена и фамилии всех лиц, которые принимают участие в оказании медицинской помощи. С пациентом в обязательном порядке предварительно согласовывается присутствие лиц, которые не принимают участие в оказании медицинской помощи (студенты и стажеры). При этом возможное несогласие пациента с присутствием этих лиц не является причиной для непредоставления медицинской помощи.
5. Если пациент требует и это не нарушает ход лечения либо не создает эпидемиологические или иные опасные риски, то во время оказания медицинской помощи могут присутствовать близкие пациента.
6. В ходе всех выполняемых медицинских действий пациент имеет право на невмешательство в личную жизнь.
7. Пациент имеет право на охрану от замены при подаче лекарств или при проведении любых медицинских действий – весь персонал госпиталя обязан перед подачей лекарств или перед проведением медицинских действий установить личность пациента.
8. Пациент имеет право на защиту от больничных инфекций - весь персонал госпиталя обязан перед какими-либо манипуляциями с пациентом вымыть и продезинфицировать руки.
9. Пациент имеет право на своевременную диагностику и лечение любой болезни.
10. Пациент имеет право на то, чтобы во время общения с ним или его близкими персонал госпиталя в определенной степени учитывал культурные различия, традиции и духовные потребности лиц, с которыми общаются.
11. Пациент (или же его близкие) имеет право на своевременное ознакомление с планом перемещения на иное отделение госпиталя либо в иное медицинское учреждение.
12. Пациент имеет право ожидать, что его лечение будет вестись с соответствующей преемственностью.
13. Пациент или его близкие имеют право высказать неудовлетворенность ходом оказания медицинской помощи в письменном виде или устно (лично или по телефону) через Отдел управления качеством лечения ЦВГ (здание «F» Руководство, 2-ой этаж, комнаты № 114, 115, тел. 973 202 872, 973 208 313, 973 202 811).
14. Во время госпитализации пациент имеет право на предоставление служб священнослужителями и на проведение религиозных обрядов, если это не препятствует работе госпиталя или лечению иных пациентов.
15. Пациент, не говорящий на чешском языке, имеет право на предоставление услуг переводчика, которые организует госпиталь по просьбе и за счет пациента.
16. Пациент, у которого ограничена способность общаться в результате гандикапа, имеет право на оказание соответствующей поддержки со стороны работников госпиталя (методическое руководство № 9/2006).
17. Пациент имеет право на предварительную информацию о том, что медицинская помощь, которая ему будет оказана, либо назначенные лекарства или медицинские средства подлежат прямой оплате.

**Codice dei diritti dei pazienti dell'Ospedale militare centrale di Praga**

1. Il paziente ha il diritto alla prestazione di cure mediche professionali del personale qualificato dell'Ospedale. Se alcune attività vengono svolte dalle persone esercenti il tirocinio professionale, il paziente ha il diritto ad essere avvertito su questo fatto ed eventualmente deve avere la possibilità di rifiutare la prestazione del genere.
2. Il paziente che ha fatto la prenotazione per l'esame all'ambulatorio o per le cure mediche dovute ha il diritto ad essere ricevuto nell'ora o nel periodo di tempo per il quale è stato prenotato. Il paziente ha il diritto ad essere informato sull'attesa alle cure mediche nel caso in cui la situazione si è creata per motivi operativi imprevisi, eventualmente ad avere la precedenza nell'assegnazione della data sostitutiva per le cure mediche.
3. Il paziente ha il diritto ad essere informato in maniera comprensibile su tutti gli interventi da eseguire; l'intervento non può essere eseguito se il paziente non lo approva. Questo fatto non riguarda la situazione in cui l'intervento bisogna eseguire per non mettere in pericolo la vita o la salute del paziente e se il paziente non è in grado di esprimere l'approvazione visto il suo stato di salute.
4. Il paziente ha il diritto a conoscere i nomi di tutte le persone che contribuiscono alla prestazione di cure mediche. La presenza di altre persone che non contribuiscono alla prestazione di cura mediche (studenti e tirocinanti) deve essere approvata prima dal paziente. L'eventuale mancata approvazione con la presenza di tali persone non genera il motivo per negare le cure mediche.
5. A richiesta del paziente e se tale fatto non comporta l'effetto negativo sull'esercizio dell'intervento o se non si crea un rischio epidemiologico o un altro rischio per la sicurezza, il paziente ha il diritto a chiedere la presenza della persona di fiducia durante l'esercizio dell'intervento.
6. Il paziente ha il diritto alla tutela della privacy nel corso di tutti gli interventi eseguiti.
7. Il paziente ha il diritto ad essere protetto contro lo scambio dei medicinali somministrati o durante l'esercizio di un qualsiasi intervento; tutti i lavoratori dell'Ospedale devono attestare l'identità del paziente prima della somministrazione dei medicinali o prima dell'esercizio dell'intervento.
8. Il paziente ha il diritto ad essere protetto contro le contaminazioni; tutti i lavoratori dell'Ospedale devono avere le mani lavate o disinfettate prima di una qualsiasi manipolazione con il paziente.
9. Il paziente ha il diritto alla diagnosi tempestiva e alle cure mediche immediate per un qualsiasi dolore.
10. Il paziente ha il diritto ad esigere affinché i lavoratori dell'Ospedale rispettino le differenze culturali, abitudini e necessità spirituali nel corso delle trattative con lui stesso o con i suoi prossimi.
11. Il paziente (eventualmente i suoi prossimi) ha il diritto ad essere informato nel tempo dovuto sul trasferimento previsto in un altro luogo dell'Ospedale o in un'altra struttura sanitaria.
12. Il paziente ha il diritto a ricevere le cure mediche svolte con l'adeguata continuità.
13. Il paziente o i suoi prossimi hanno il diritto ad esprimere l'insoddisfazione con l'andamento delle cure prestate in forma scritta o orale (in persona o via telefono) rivolgendosi al Reparto gestione qualità di cure mediche dell'Ospedale militare centrale - edificio F, direzione, 1° piano, porte NN. 114, 115, tel. 973 202 872, 973 208 313, 973 202 811.
14. Il paziente ha il diritto a chiedere nel corso del ricovero i servizi spirituali mediati o i riti religiosi se questo fatto non è contrario all'esercizio dell'Ospedale o alle cure mediche prestate agli altri pazienti.
15. Il paziente che non comprende la lingua ceca ha il diritto a chiedere affinché l'Ospedale gli procuri i servizi dell'interpretariato a carico del paziente.
16. Il paziente la cui capacità comunicativa è limitata in conseguenze del suo handicap, questi ha il diritto al supporto adeguato prestato da parte dei lavoratori dell'Ospedale (Istruzione metodologica No. 9/2006).
17. Il paziente ha il diritto ad essere informato prima sul fatto che le cure mediche che gli devono essere prestate, eventualmente i medicinali prescritti o i mezzi sanitari sono soggetti al pagamento diretto.

## **Dotazník k bakalářské práci**

Vážené kolegyně,

Jmenuji se Dana Šebková, pracuji na JIP v nemocnici Blansko jako zdravotní sestra a studuji třetím rokem na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Písku bakalářské studium obor Všeobecná sestra. Žádám Vás o vyplnění tohoto dotazníku, který potřebuji ke zpracování své bakalářské práce na téma: „Zajištění uspokojování potřeb pacientů v multikulturním ošetřovatelství z pohledu všeobecných sester“. Tento dotazník je anonymní a dobrovolný.

Děkuji za spolupráci.

Jak vyplnit dotazník.

1. Pečlivě si přečtěte každou otázku a označte křížkem vybranou odpověď.
2. U otázek můžete zaškrtnout více odpovědí.
3. Není-li u některé otázky zaškrtnuta odpověď- nemohu tuto otázku použít při hodnocení dotazníku (je neplatná).

**1. Kolik je Vám let?**

- a) méně jak 20
- b) 21 – 25
- c) 26- 30
- d) 31-40
- e) 41-50
- f) 51 a více

**2. Jak dlouho pracujete jako všeobecná sestra ve zdravotnictví?**

- a) do 1 roku
- b) 1-3 roky
- c) 4-9 let
- d) 10-15 let
- e) 16-24 let
- f) 25 let a více

**3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

- a) střední odborné
- b) vyšší odborné
- c) vysokoškolské
- d) specializace- uveďte jaká

**4. Jak často se při své práci setkáváte s pacienty cizí národnosti?**

- a) denně
- b) 1x za týden
- c) 1x za měsíc
- d) vůbec ne
- e) jiné- uveďte

**5. Ošetřujete-li cizince, jsou to:**

- a) spíše ženy
- b) spíše muži
- c) děti



**6. Jaké věkové kategorie jsou cizinci o které pečujete?**

- a) do 10 let
- b) 11-20 let
- c) 21-30 let
- d) 31-40 let
- e) 41-50 let
- f) 51-60 let
- g) 61 a více let

**7. Národnost pacienta, kterou nejčastěji ošetřujete je :**

- a) ruská
- b) romská
- c) vietnamská
- d) slovenská
- e) polská
- f) ukrajinská
- g) mongolská
- h) jiné-uveďte

**8. Znáte životní styl a kulturu alespoň některých cizích národností?**

- a) ano
- b) ne
- c) částečně

**9. Kde získáváte o jejich kultuře informace?**

- a) z internetu zaměřením na
- b) z odborné literatury
- c) z časopisů
- d) z televize
- e) od pacienta
- f) jiné-uveďte
- g) ze standardu se určitou národností

**10. Při komunikaci s cizinci používáte cizí jazyk?**

- a) spíše ano
- b) ano
- c) ne
- d) spíše ne

**11. Jaký jazyk používáte nejčastěji?**

- a) anglický jazyk
- b) německý jazyk
- c) ruský jazyk
- d) jiný-uveďte

**12. Činí Vám potíže komunikace s cizinci?**

- a) ano
- b) ne
- c) občas

**13. Je obtížnější pečovat o pacienta cizince, než o českého pacienta?**

- a) ano- uveďte proč
- b) spíše ano – uveďte proč
- c) je to stejné
- d) ne

**14. Jak s Vámi pacienti- cizinci spolupracují?**

- a) bez problémů - dobře
- b) špatně - uveďte jak
- c) lépe než čeští pacienti
- d) hůře, než čeští pacienti

**15. Používáte při komunikaci s cizinci neverbální komunikaci?**

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) občas

**16. Mají cizinci specifické (odlišné) potřeby?**

- a) ano- uveďte jaké
- b) ne
- c) občas- uveďte jaké

**17. Sledujete spokojenost pacientů cizích národností?**

- a) ano- dotazníkem
- b) ano- formou rozhovoru
- c) ano- pozorováním
- d) ne
- e) jinak - uveďte

**18. Jak vychází pacienti cizinci s českými pacienty při pobytu v nemocnici?**

- a) velmi dobře
- b) dobře
- c) špatně - uveďte proč
- d) nevím

**19. Myslíte si, že poskytnete cizincům dostatečnou a kvalitní péči?**

- a) ano- uveďte jak
- b) ne
- c) nevím

**20. Jaký je Váš nejčastější problém při poskytování péče cizincům?**

- a) komunikace
- b) jiné náboženství
- c) zvyky a tradice
- d) jiné - uveďte

**21. Co by podle Vás mohlo zlepšit poskytovanou péči cizincům?**

- a) lepší komunikace (znalost jazyka)
- b) znalost náboženství
- c) více ošetřujícího personálu
- d) dostatek času na pacienty
- e) dostatek edukačních materiálů

**22. Máte na pracovišti k dispozici tlumočníky?**

- a) ano-jsou na telefonu? Kolik umí jazyků? - doplňte
- b) ne
- c) nevím

**23. Přístupujete k péči o cizince stejně jako o českého pacienta?**

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne - uveďte proč

**24. Jaký si myslíte, že je nejčastější problém cizinců ve zdravotnickém zařízení u nás?**

- a) jazyková bariéra
- b) stud
- c) jiný životní styl, kultura
- d) změna prostředí
- e) doba návštěv a přítomnost rodiny
- f) jiné - uveďte

**25. Jaké si myslíte, že je naše zdravotnictví v poskytování péče cizincům, vůči jiným zemím Evropy?**

- a) na vysoké profesionální úrovni
- b) na standardní úrovni
- c) na nízké profesionální úrovni
- d) neumím posoudit