Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Respektování holistického přístupu v uspokojování potřeb dětí ve vietnamské minoritě

Disertační práce

Doc. PhDr. Gabriela Sedláková, Ph.D.

Mgr. Dita Nováková

2009

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem dizertační práci na téma Respektování holistického přístupu v uspokojování potřeb dětí ve vietnamské minoritě 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 dizertační práce, a to v nezkrácené podobě, elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 10. 7. 2009

……
Mgr. Dita Nováková

Poděkování:

Touto cestou bych chtěla poděkovat vedoucí práce paní doc. PhDr. Gabriele Sedlákové, Ph.D. a paní prof. PhDr. Valérii Tóthové, Ph.D. za podporu, cenné rady a trpělivost při zpracování této práce.

Dále všem respondentům, kteří byli ochotni spolupracovat při výzkumné části dizertační práce a také mé rodině za podporu během celého mého studia.

Motto:

Přesto

Lidé jsou nerozumní, nelogičtí a sebestřední.
Přesto je miluj.

Jestliže děláš něco dobrého, lidé tě budou napadat,
že máš sobecké a postranní motivy.
Přesto dělej dobré věci.

Když máš úspěch, získáš falešné přátele a opravdové nepřátele.
Přesto se snaž uspět.

To dobré, co konáš, bude už zítra zapomenuto.
Přesto konej dobro.

Poctivost a upřímnost tě činí zranitelným.
Přesto usiluj o poctivost a upřímnost.

Co tě stálo léta práce, může být přes noc ztraceno.
Přesto pokračuj v usilovné práci.

Lidé často potřebují pomoc, ale když jim pomůžeš, obrátí se proti tobě.
Přesto lidem pomáhej.

Dávej světu to nejlepší, co máš, a dostaneš ránu do zubů.
Přesto dávej světu to nejlepší, co máš.

(Tato báseň visí v Dětském domově v Indii ve městě Shishu Bhavan u Kalkaty. Její autorkou je Matka Tereza.)

Abstract

The dissertation thesis titled Respecting Holistic Approach to Satisfaction of Needs of Children in Vietnamese Minority is based on the current cross-society trend of multi-cultural society. Number of foreigners on the territory of the Czech Republic increased almost ten times since 1990. Growing standards of living as well as opportunities on the labour market tempt people from economically weaker countries. Asian minorities form significant groups of immigrants in the Czech Republic, among them the largest is the Vietnamese minority.

Children from minority populations, just like any other children, need all types of their needs satisfied for their healthy development and good quality satisfaction of such needs is necessary for their lives. Work of nurses with children from different ethnic groups depends on their knowledge of multicultural and trans-cultural nursery, which is based on work with patients from different cultural, ethnic or religious groups. This dissertation thesis deals with such issues.

Both quantitative and quantitative research methods have been applied for preparation of the dissertation thesis. Research has been conducted in three phases in the period from 2005 to 2008. Data has been collected by means of an inquiry, semi-standardized interviews, a questionnaire and secondary data analysis. Respondents from the entire Czech Republic have been involved in the research. The research involved respondents from Vietnamese population and nurses working in children´s surgeries.

In total 370 nurses and 678 Vietnamese respondents participated in the research. Results have been processed in descriptive statistics in Microsoft Excel. Results for the questionnaire for Vietnamese minority have been processed in SPSS software. Interviews within the qualitative research have been processed using modified Ritchie-Spencer frame analysis approach.

The objective of the work was to identify how needs of Vietnamese children are satisfied from the point of view of holistic theory and what is the difference from the majority population. To achieve the objective three research questions have been brought up.

1. What problems in care for Vietnamese children occur?
2. Do nurses have any knowledge in principles of multicultural (trans-cultural) nursery?
3. Are needs of Vietnamese children satisfied from the point of view of holistic approach?

The research questions have been answered and hypothesis for the quantitative research have been determined.

H_1 Nursery provided to Vietnamese children does not correspond to principles of trans-cultural nursery. This hypothesis has been confirmed.

H_2 During residential treatment of Vietnamese children in hospitals nursery care is not provided in accordance with holistic principles. This hypothesis has not been confirmed.

H_3 Language barrier causes problems in communication between health care staff, child patients and their parents. This hypothesis has been confirmed. This hypothesis has not been confirmed.

H_4 The communication need of Vietnamese children treated in hospitals is not satisfied. This hypothesis has not been confirmed.

H_5 In care of Vietnamese children in hospitals nurses do not include information resulting from their inclusion to minority group to the nursery anamnesis. This hypothesis has been confirmed.

H_6 In care of Vietnamese children in hospitals nurses do not respect differences resulting from their inclusion to minority population. This hypothesis has not been confirmed.

H_7 Vietnamese parents are not informed about care provided in practitioner´s surgery for children and youth. This hypothesis has been confirmed.

H_8 Vietnamese parents use care provided in practitioner´s surgery for children and youth in the area of primary prevention. This hypothesis has been confirmed.

H_9 Vietnamese child patients require culturally specific care. This hypothesis has not been confirmed.

Results of the work document that the Czech professional society adapted to current cross-society trend and applies modern principles in care of children. We can state that in case of residential treatment of Vietnamese children in hospitals nursery is provided in accordance with holistic principles, nurses working with children are aware of multicultural and trans-cultural nursery and apply this knowledge during work with Vietnamese children and their families.

In the area of care of children cooperation of health service staff and families of sick children is necessary and such cooperation is even more important in case of foreigners when the traditional nursery frameworks must be adapted to the given situation, given ethnic group. Results of this work should help to achieve improvement of quality of work with Vietnamese children, especially as concerns nursery. However these results can be applied also in other areas of care of children and modified to their needs.

Obsah

Úvod……...11

1. Současný stav…….…...13

1.1. Multikultura a péče o děti z minorit……..……13

1.1.1. Multikulturalismus ve světě a v České .republice……...…….14

1.1.2. Nezletilé děti a migrace……..16

1.1.3. Dítě-cizinec v sociálním systému……17

1.1.4. Role sociálního pracovníka v péči o dítě-cizince bez doprovodu……...19

1.1.5. Otázka ochrany menšin……...20

1.1.6. Péče o děti z minorit……21

1.2. Zdravotní péče o děti-cizince v České republice……22

1.2.1. Zdravotní pojištění cizinců v České republice……....23

1.2.2. Ochrana zdraví, lidských práv a základních svobod……...24

1.3. Migrace vietnamského etnika do ČR…….25

1.4. Vietnamská minorita v ČR…….28

1.5. Kulturní identita dětí……..30

1.5.1. Struktura vietnamské rodiny……31

1.5.2. Role muže a ženy v sociálním systému……...32

1.6. Vliv rodiny na zdraví dítěte……33

1.6.1. Názorové odlišnosti matky na zdraví dítěte……33

1.6.2. Preventivní opatření a zdravotní systém……..34

1.6.3. Význam vietnamské rodiny při rozhodování o zdraví…….35

1.6.3.1.Rozhodovací role otce ……..36

1.7. Vliv spirituality na zdraví a nemoc u Vietnamců……...36

1.7.1. Kulturní kompetence sestry – kulturní posouzení dítěte…….39

1.7.2. Kulturně specifické ošetřování a léčení……...40

1.7.2.1.Respektování generické péče…….41

1.7.2.2.Sociální a ošetřovatelské problémy……...42

1.7.3. Poskytování kulturně vhodné péče……..43

1.8. Uspokojování potřeb vietnamských dětí……45

1.8.1. Holistický přístup při uspokojování potřeb vietnamského dítěte……...46
1.8.1.1.Bio-psycho-sociálně-spirituální potřeby dětí…….46
1.8.2. Intervence sestry při uspokojování sociálních a jiných potřeb dítěte…..48
1.8.3. Modifikace potřeb dítěte v souvislosti s hospitalizací…….49
1.9. Komunikace vietnamského dítěte a jeho doprovodu…….51
1.9.1. Komunikační bariéry vietnamské minority…….53
1.10. Socializace dětí z minorit…….54
2. Cíle práce a hypotézy……56
2.1. Cíle práce……56
2.2. Výzkumné otázky……...56
2.3. Cíle práce pro kvantitativní výzkum……..56
2.4. Hypotézy……57
3. Metodika……58
3.1. První fáze výzkumu……58
3.1.1. Metodika první fáze výzkumu…….58
3.1.2. Výzkumný soubor první fáze výzkumu……...58
3.2. Druhá fáze výzkumu……..59
3.2.1. Metodika druhé fáze výzkumu……59
3.2.2. Výzkumný soubor druhé fáze výzkumu……..60
3.3. Třetí fáze výzkumu…….61
3.3.1. Metodika třetí fáze výzkumu……...61
3.3.2. Výzkumný soubor třetí fáze výzkumu…….....61
3.4. Zpracování dat……62
4. Výsledky……63
4.1. Anketa pro sestry……63
4.2. Polostandardizovaný rozhovor se sestrami……66
4.3. Polostandardizovaný rozhovor s respondenty z řad vietnamského etnika…….69
4.4. Dotazník pro sestry…….75
4.5. Dotazník pro rodiče……..100
4.6. Polostandardizovaný rozhovor – 3. fáze výzkumu……..134

4.7. Třídění druhého stupně – testování pomocí Pearson Chi-Square testu……....136
4.7.1. Vztah vzdělání sester a odpovědi na anketní otázku…….136
4.7.2. Vztah vzdělání sester a odpovědi na anketní podotázku otázku č. 2….137
4.7.3. Vztah délky pobytu vietnamských respondentů na území ČR a absolvování preventivních prohlídek jejich dětmi…….……138
4.7.4. Vztah délky pobytu vietnamských respondentů na území ČR a absolvování očkování jejich dětmi…….140
4.7.5. Vztah délky pobytu vietnamských respondentů na území ČR a registrace jejich děti PLPDD……..141
5. Diskuse……143
5.1. Diskuse - první fáze výzkumu……..143
5.2. Diskuse - druhá fáze výzkumu - kvantitativní výzkum……150
5.2.1. Diskuse k hypotéze H_3 a H_4……..…….150
5.2.2. Diskuse k hypotézám H_1 a H2……...156
5.2.3. Diskuse k hypotéze H_5 a H6……..159
5.2.4. Diskuse k hypotéze H_7 a H8……..157
5.2.5. Diskuse k hypotéze H_9……..…….170
6. Závěr……173
7. Doporučení pro praxi……...176
8. Seznam použitých zdrojů…….177
9. Klíčová slova……...187
10. Seznam zkratek……188
11. Přílohy…….189

Úvod

„Organizace spojených národů byla založena ve víře, že dialog může zvítězit nad neporozuměním, že rozmanitost je všeobecně pozitivní a že sdílený osud všech lidí vzájemně mnohem více sbližuje, než samostatná identita rozděluje.“

Kofi Annan, bývalý generální tajemník OSN

V současném světě žije mimo svou vlast, zemi, kde se narodili nebo jejímiž jsou občany, asi 175 milionů lidí (což jsou zhruba 3% světové populace). Za posledních 25 let se počet těchto migrantů více než zdvojnásobil. Podle statistik OSN ročně přibývá okolo 2 až 5 milionů osob žijících mimo svou vlast. Rozmístění migrantů ve světě je velmi různé. Více než polovina z nich (okolo 60%) odchází do rozvinutých zemí, druhá polovina pak zůstává v zemích s rozvíjejícím se hospodářstvím. Sedm nejbohatších zemí světa (Německo, Francie, Velká Británie, Itálie, Japonsko, Kanada a USA) má na svých územích asi jednu třetinu světové populace migrantů. Přestože více jak polovina migrantů směřuje do vyspělých zemí Evropy a Spojených států, počet uprchlíků v jednotlivých zemích Evropy je výrazně menší než v některých rozvojových zemích sousedících s krizovými oblastmi. Např. Velká Británie přijímá ročně okolo 80 tisíc žadatelů, zatímco Pákistán jich v důsledku válečného konfliktu v Afghánistánu v roce 2002 přijal okolo 2 milionů (16).

České republice (Československu) se problémy multikulturního rázu dlouho vyhýbaly, protože léta patřila mezi země, které byly uzavřené před světem. Neměli jsme zkušenosti s velkým počtem národností, které se chovají jinak, respektují jiné hodnoty, opírají se o jiné tradice, jinak komunikují a mají jiná očekávání než my – Češi. Tato otázka se dostala do popředí zájmu po roce 1989, kdy dochází k otevření hranic a nárůstu počtu „odlišných“ příchozích do naší společnosti. V České republice žilo k 31. 7. 2007 363 770 cizinců. Počet imigrantů v ČR je ve srovnání se zeměmi západní Evropy či Severní Ameriky stále pod průměrem. Tam se podíl migrantů na celkovém počtu obyvatel pohybuje nejčastěji mezi 5 – 10% (u nás cca 2,8%). Navíc většina

imigrantů v ČR pochází z jazykově a kulturně blízkých oblastí a vyznačuje se poměrně vysokou kvalifikovaností – značná část imigrantů pochází ze zemí bývalého Sovětského svazu či jihovýchodní Evropy.

Největší mimoevropskou enklávou v ČR jsou Vietnamci, kteří se ovšem vyznačují ekonomickou soběstačností a též díky poměrně dlouhé tradici této migrace i relativně dobrou znalostí českého prostředí (16). Jejich počet se na území České republiky pohybuje kolem 70 000. Stále výraznější součást vietnamské populace žijící v České republice představují děti a mladí lidé, kteří se narodili po roce 1990.

Dnešní doba je tedy dobou změn. Česká republika otevřením hranic a vstupem do Evropské unie vytvořila podmínky pro změny v mnoha oblastech např. v kulturním a etnickém složení společnosti. Změnu zaznamenaly i vědní obory, které vytvářejí nové teorie a stále zdokonalují praktické využití moderních metod práce. Jedním z takových oborům, které procházejí neustálým vývojem, je i ošetřovatelství. Ošetřovatelství prochází v posledních letech změnami, které vedou k novému pohledu na člověka – klienta a jeho potřeby. Nesetrváváme už jen u pohledu biologického, ale díváme se na člověka jako na celistvou bio-psycho-sociálně-duchovní bytost se všemi jejími problémy a potřebami. Je třeba si uvědomovat nutnost komplexní péče, která vede k větší spokojenosti pacienta a tím i k jeho rychlejšímu uzdravení. Stále se měnící prostředí a podmínky k životu nutí přehodnocovat postoje a zažité metody práce s klienty a to ve všech oblastech ošetřovatelství včetně ošetřovatelství transkulturního a multikulturního.

Tato práce se zabývá potřebou transkulturního/multikulturního ošetřovatelství v souvislosti s péčí o děti z vietnamského etnika, které žijí v České republice s cílem zjistit, jakým způsobem jsou uspokojovány potřeby těchto dětí z hlediska holistické teorie pro potřeby ošetřovatelské péče. Zpracované údaje vycházejí ze subjektivních zkušeností a pocitů vietnamských dětí a jejich rodičů v závislosti na zdravotní péči jim poskytované. Tato data jsou doplněna o zkušenosti sester s ošetřováním dětí z vietnamského etnika.

1. Současný stav

Počet cizinců na území České republiky se od roku 1990 téměř zdesetinásobil. Rostoucí životní úroveň a příležitost uplatnění na trhu práce láká cizí státní příslušníky z ekonomicky chudších zemí. Část ekonomických migrantů pracuje v ČR jen dočasně a nechává rodinu v zemi původu, jiní se stěhují s celými rodinami a považují Česko za nový domov. S jejich dětmi se můžeme potkávat nejen na ulicích, ale i ve školách, zdravotnických zařízeních a na dalších místech, které patří do běžného života dětí. Postupně také přibývá imigrantů druhé generace, kteří ovládají plynule češtinu, čímž se jim naskytuje větší výběr ve volbě povolání a zapojení do české společnosti. Vzhledem ke stárnutí populace a potřebě pracovníků v průmyslové výrobě i vysoce odborných profesí, se občané s cizím státním občanstvím či odlišným etnickým původem stávají nedílnou součástí populace ČR. Mezi tyto bezesporu patří i občané, jejichž zemí původu je Vietnamská socialistická republika (dále Vietnam) (103).

1.1 Multikultura a péče o děti z minorit

Multikulturalismus je liberální filosofický proud, je to ideál harmonické koexistence odlišných kulturních a etnických skupin v pluralitní společnosti (29, s. 238). Takto postavený multikulturalismus, je ideální. Ano takto by to mělo vypadat. Protože se však na otázku multikulturalismu můžeme dívat z mnoha úhlů, tak najdeme mnohé „definice“, které se od té naší liší. A co je to vůbec ten multikulturalismus? Je to ideologie? Fenomén? Skutečnost? Reakce? Tradice? A existuje vůbec pojem multikulturalismus? Nebo se jedná jen o multikulturu? Pokud budeme souhlasit s multikulturalismem, jaký objevíme ve společnosti, ve které žijeme? Žijeme v konzervativním multikulturalismu (víra v nadřazenost západní patriarchální kultury)? Nebo je to snad multikulturalismus kritický? Může to být také liberální multikulturalismus (tolerance k jiným), ale i multikulturalismus pluralistický (zaměřený na odlišnosti). A nesmíme zapomenout, že můžeme žít i v multikulturalismu esenciálním (přesvědčení o existenci souboru neměnných vlastností, podstat, esencí, vymezujících konstrukci určité kategorie). Barša ve své knize Politická teorie

multikulturalismu uvádí myšlenku Kymlicka, který říká, že zajímavou otázkou není, zda přijmout multikulturalismus, ale jaký typ multikulturalismu přijmout (7, 28, 77).

Je spousta možností, jak můžeme s pojmem multikulturní nakládat, jak si jej můžeme vysvětlit. Není to pojem nový, to jen dnešní moderní doba jej skloňuje se ve všech pádech a považuje ho, za svůj vynález a to i přes to, že se začíná diskutovat o konci multikulturalismu. Někteří politici a novináři mluví dokonce o nebezpečí multikulturalismu coby ideologie, která dle jejich názoru plodí politické násilí a intoleranci a v chudých zemích světa vyvolává iluzi o volném pohybu v bohatých zemích (57, 65, 78).

Multikulturalismus nás provází v různých modifikacích již po staletí. Jedním z mnoha příkladů může být rok 1919, kdy byla v Saint-Germain u Paříže podepsána smlouva o ochraně menšin a tento fakt se odrazil i v § 128 Československé ústavy, který přímo stanovoval, že všichni občané republiky jsou si před zákonem rovni a požívají stejných práv občanských a politických bez ohledu na to, jaké jsou rasy, jazyka či náboženství (65).

Velký nárůst zájmu o nová soužití se objevuje v novodobých dějinách po druhé světové válce, která promísila národy a etnika ve většině oblastí světa. Této skutečnosti se bylo třeba přizpůsobit a začít hledat taková opatření, která by sžívání „odlišných lidí“ napomáhala. České republice (Československu) se problémy multikulturního rázu dlouho vyhýbaly, protože léta patřila mezi země, které byly uzavřené před světem. Neměli jsme zkušenosti s velkým počtem národností, které se chovají jinak, respektují jiné hodnoty, opírají se o jiné tradice, jinak komunikují a mají jiná očekávání než mi – Češi. Tato otázka se dostala do popředí zájmu po roce 1989, kdy dochází k otevření hranic a nárůstu počtu „odlišných“ příchozích do naší společnosti (65, 78).

1.1.1 Multikulturalismus ve světě a v ČR

V současném světě žije mimo svou vlast, zemi, kde se narodili nebo jejímiž jsou občany, asi 175 milionů lidí (což jsou zhruba 3% světové populace). Za posledních 25 let se počet těchto migrantů více než zdvojnásobil. Podle statistik OSN ročně přibývá okolo 2 až 5 milionů osob žijících mimo svou vlast. Rozmístění migrantů ve světě je

velmi různé. Více než polovina z nich (okolo 60%) odchází do rozvinutých zemí, druhá polovina pak zůstává v zemích s rozvíjejícím se hospodářstvím. Sedm nejbohatších zemí světa (Německo, Francie, Velká Británie, Itálie, Japonsko, Kanada a USA) má na svých územích asi jednu třetinu světové populace migrantů. Přestože více jak polovina migrantů směřuje do vyspělých zemí Evropy a Spojených států, počet uprchlíků v jednotlivých zemích Evropy je výrazně menší než v některých rozvojových zemích sousedících s krizovými oblastmi. Např. Velká Británie přijímá ročně okolo 80 tisíc žadatelů, zatímco Pákistán jich v důsledku válečného konfliktu v Afghánistánu v roce 2002 přijal okolo 2 milionů (16).

V České republice žilo k 31. 7. 2007 363 770 cizinců, z toho 150 199 cizinců s trvalým pobytem, 211 592 cizinců s některým z typů dlouhodobých pobytů nad 90 dnů, 1 979 cizinců s platným azylem. Největší skupinu dlouhodobě legálně usazených cizinců (k 31. 7. 2007) tvoří Ukrajinci (117 444 osob, 32%), Slováci (64 198 18%), dále jsou to občané Vietnamu (45 362 osob, 13%), Ruska (21 045 osob, 6%) a Polska (19 966 osob, 6%). Následují občané Německa, Bulharska, Moldavska, Spojených států a Číny. Počet imigrantů v ČR je ve srovnání se zeměmi západní Evropy či Severní Ameriky stále pod průměrem. Tam se podíl migrantů na celkovém počtu obyvatel pohybuje nejčastěji mezi 5 – 10% (u nás cca 2,8%) (16, 17).

Většina imigrantů v ČR pochází z jazykově a kulturně blízkých oblastí a vyznačuje se poměrně vysokou kvalifikovaností – značná část imigrantů pochází ze zemí bývalého Sovětského svazu či jihovýchodní Evropy.

Největší mimoevropskou enklávou v ČR jsou Vietnamci, kteří se ovšem vyznačují ekonomickou soběstačností a též díky poměrně dlouhé tradici této migrace i relativně dobrou znalostí českého prostředí. Např. Nizozemí, Francie či Španělsko se oproti tomu potýkají s faktem, že většina imigrantů jsou prchající z rurálních oblastí Afriky. Pro ně je život v urbanizované společnosti západního typu skutečným „kulturním šokem“, neboť se vyznačují vysokou mírou negramotnosti (16, 17).

To, že se koncem 20. století společnost stává stále více multikulturní, vyžaduje změny ve stávajících právních předpisech. Zásadní role v této souvislosti připadá mezinárodně uznávaným normám lidských práv. Děti stále patří mezi nejvíce ohrožené

členy každé společnosti a to i přes nejrůznější mezinárodní i národní zákony jako je Úmluva o právech dítěte.

Problematikou práv dětí se v České republice zabýváme poměrně systematicky již delší dobu, ale jedná se především o české děti, kterých se naše snažení týká. V posledních letech se k nám ale dostávají děti – cizinci a je tedy nutné se zabývat také otázkou, jaká práva mají tyto děti – cizinci dle Úmluvy o právech dítěte, kterou naše republika ratifikovala, a která je u nás nejznámějším mezinárodním dokumentem, i když péče o utečence je řešena i v dalších mezinárodních úmluvách např. v Úmluvě o právním postavení uprchlíků z roku 1951 a Protokolem k ní z roku 1967. Článek 1 Úmluvy definuje uprchlíka jako osobu, která *"... se nachází mimo svou vlast a má oprávněné obavy před pronásledováním z důvodů rasových, náboženských nebo národnostních nebo z důvodů příslušnosti k určitým společenským vrstvám nebo i zastávání určitých politických názorů, je neschopna přijmout, nebo vzhledem ke shora uvedeným obavám, odmítá ochranu své vlasti; totéž platí pro osobu bez státní příslušnosti nacházející se mimo zemi svého dosavadního pobytu následkem shora zmíněných událostí, a která vzhledem ke shora uvedeným obavám se tam nechce nebo nemůže vrátit.*".

Za dítě uprchlíka se považuje osoba, která

- usiluje o získání statusu uprchlíka podle Ženevské konvence z roku 1951 nebo jinou formu právní ochrany
- je považována za uprchlíka v souladu s mezinárodním a/nebo národním právním řádem bez ohledu na to, zda se jedná o dítě bez doprovodu nebo dítě s doprovodem
- byla nucena překročit hranice státu v důsledku válečného konfliktu, občanské války nebo nestabilní politické situace (19, 37, 39, 89).

1.1.2 Nezletilé děti a migrace

„Nezletilými bez doprovodu" rozumíme děti mladší 18 let věku, které se nacházejí mimo zemi svého původu a které jsou zároveň odloučeny od obou rodičů, popř. předchozích zákonných/obvyklých zástupců. Některé děti jsou zcela osamoceny, zatímco jiné, přicházejí v doprovodu vzdálenějších příbuzných. Všechny tyto děti jsou

považovány za nezletilé bez doprovodu a mají právo na mezinárodní ochranu, které je zakotveno v řadě norem mezinárodního i národního práva. Nezletilí bez doprovodu mohou žádat o udělení azylu na základě důvodné obavy z pronásledování nebo jiného porušování lidských práv, ozbrojeného konfliktu nebo nepokojů v zemi původu. Mohou být oběťmi obchodování za účelem sexuálního nebo jiného vykořisťování, případně mohli do Evropy přicestovat ve snaze uniknout vážnému nedostatku (19, 37, 89).

Tyto děti, stejně jako ostatní, potřebují mít pro svůj zdravý vývoj uspokojeny všechny druhy potřeb a jejich kvalitní uspokojování je nutné pro jejich život. Bohužel dítě – cizinec bez doprovodu nemá uspokojeny ani základní biologické potřeby a to znamená, že nejsou uspokojovány ani potřeby ostatní. Naší prioritou je uspokojovat biologické potřeby, takže dítěti dáme najíst, zajistíme mu místo ke spaní, ale co ostatní potřeby, které jsou stejně důležité (19, 35).

U dítěte, které přichází samo do cizí země, je zcela neuspokojena potřeba bezpečí a jistoty, kterou u dítěte v největší míře zajišťuje jeho rodina. Stejné je to i s potřebou lásky a sounáležitosti, úcty a sebeúcty i seberealizace. V celém vývojovém období dítěte závisí uspokojování jeho potřeb ve větší či menší míře na rodině a společnosti, kteří dítě připravují, aby mohlo postupně přebírat odpovědnost za uspokojování vlastních potřeb. Dítě bez doprovodu je tedy více či méně závislé na pomoci společnosti, do které se dostává. Tato společnost zajistí uspokojení potřeb ohrožujících život dítěte, což jsou potřeby biologické, ale je třeba myslet i na další život dítěte, aby ho situace, do které se dostalo nepřízní osudu, nepoznamenala do konce života nebo ho poznamenala v co nejmenší míře (19, 35).

1.1.3 Vietnamské dítě v sociálním systému

Důležitým faktorem uspokojování potřeb dítěte, a to především psychosociálních, je jeho sociální prostředí. Jedno z možných schémat popisu lidského sociálního světa ovlivňujícího dítě představuje sociálně ekologický model. Klade důraz na vzájemnou propojenost, provázanost, ba nerozlučnost člověka a jeho prostředí, jeho světa. Vychází např. z vývojové teorie Bronfebrennera a jeho Ekologické teorie, která říká, že: „vývoj dítěte se děje v sociální interakci, důležitým rysem je reciprocita -

komunikace mezi systémy, rozhodující roli hraje interakce mezi organismy a že vývoj ovlivňují nejvíce procesy v nejbližším okolí. Kvalitativní změnu navozuje modifikace mikrosystémů“ (20).

Typy systémů:

- mikrosystém - komunikace je oboustranná, vztahy jsou základní, diádní.
- mezosystém - síť vztahů mezi mikrosystémy. Záleží na tom, jak se dostávají do vzájemné komunikace. Některé kongruentní, jiné produkují nesoulad. Na základě vztahů mezi makrosystémem a mikrosystémem lze predikovat patologický vývoj.
- exosystém - rozšířený mezosystém. Širší komunita lidí, v níž se jedinec pohybuje. Práce.
- makrosystém - propojení exosystémů. Soubor ideologií, náboženských přesvědčení, institucionalizované normy.
- chronosystém - dobové souvislosti vývoje.

Sociální ekologie se zabývá sociálním polem jedince, které se člení do sfér (podobně jako teorie Bronfebrennera) – mikrosociální, mezosociální, makrosociální (zabývá se sociálním prostředím jedince a člení je na základní systémy). Každá ze sfér formuje samu sebe a ovlivňuje i ostatní. V tomto základním sociálním systému sociální pracovník propojuje jednotlivé světy (sféry), pracuje uvnitř systémů, ale i na jejich okrajových plochách. Děti přicházející sami na naše území přišly o vazby v mikrosystému i mezosystému a ve většině položek makrosystému. Jsou odděleny od svých rodičů a své komunity, nacházejí se ve zvláště zranitelné a riskantní situaci, kdy se mohou stát snadnou obětí násilí a zneužití. Pokud se vyhnou tomuto ohrožení, tak na ně čeká další ve formě sociální izolace, sociální separace či psychické deprivace. Největším úkolem zdravotně sociálních pracovníků u těchto dětí je pokusit se je co nejdříve opětně spojit s jejich rodinou. Pokud není možné spojení s nukleární rodinou, je důležité hledat jiné rodinné příslušníky žijící na území, kde se v současné době nachází i dítě a toto v co nejbližší době svěřit do jejich péče. Dalším úkolem je zajistit, aby nebyli odlučování sourozenci. Ochrana soukromé sféry člověka (tedy i dítěte) včetně rodinného života je zakotvena v Evropské úmluvě o lidských právech. Právo na respektování rodinného a soukromého života je podrobně rozvedeno v rozhodnutích

Evropského soudu pro lidská práva a jeho judikatura položila významná omezení výkonu diskreční pravomoci příslušných orgánů, a to zejména s ohledem na přiměřenost zásahů do rodinného života legálně pobývajících cizinců. Zákaz svévolného zasahování do soukromého života, rodiny a domova je upraven v Paktu o občanských a politických právech, který vychází ze Všeobecné deklarace lidských práv (20, 25, 34, 56, 72, 97).

1.1.4 Role sociálního pracovníka v péči o dítě-cizince bez doprovodu

Sociální pracovník by se měl především ujmout role koordinátora a jeho prvním, úkolem by mělo být sestavení týmu, který bude nutný k řešení daného individuálního případu. Posouzení situace a potřeb ohroženého dítěte musí být komplexní, individuální a s ohledem na „sociálněekologické pole“ jedince (54).

Sociální pracovník se často stává opatrovníkem dítěte, čímž by se dítěti měla zabezpečit podpora, pomoc, porozumění a psychosociální podpora během azylové procedury. Daným sociálním pracovníkem bývá většinou představitel některé ze sociálních institucí – např. orgánu péče o dítě či zařízení, do kterého je dítě umístěno (dítě – cizinec bez doprovodu nacházející se na území ČR je umisťováno v zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy dle zákona č. 109/2002 Sb. a jeho prováděcí vyhlášky č. 334/2003, kdy 15. 6. 2004 zahájilo činnost zařízení pro děti – cizince).

V prvopočátku tedy, pokud bychom se drželi sociálně ekologického modelu, bude sociální pracovník pracovat ve sféře makrosystému, ale bude se snažit získat co největší penzum informací o mikrosystému dítěte, aby mohlo co nejrychleji dojít k obnovení vazeb v této sféře. Postupně je možné pracovat i ve sféře mezosystému, protože děti jsou schopné si poměrně rychle osvojit nový jazyk, vytvořit si kontakty a přátele a integrovat se do nové společnosti. Z hlediska srovnání péče o děti – cizince bez doprovodu poskytované Českou republikou a ostatními státy Evropské unie, je Česká republika právem hodnocena jako velmi humanitní a řádně plnící Úmluvu o právech dítěte (19, 60, 100).

1.1.5 Otázka ochrany menšin

„Přestože od změn, které přinesl rok 1989, již uběhlo skoro 18 let, stále se u nás objevuje strach z cizinců, strach z neznámého, strach z někoho, kdo vypadá jinak než my – xenofobie“ (78, str. 9).

„Problematika xenofobie, intolerance a do jisté míry i rasismu úzce souvisí s novodobou migrací a postoji k uprchlíkům, kteří u nás žádají o azyl“ (78, str. 36). Tito lidé spolu s menšinami historicky obývajícími naše území tvoří minoritní skupiny, které žijí spolu s námi v jednom státě a které si zaslouží stejná práva, svobody a ochranu jaké požívají členové majoritní společnosti.

Pokud mluvíme o péči o minority, tak jednou ze základních položek je otázka ochrany menšin. Při bližším náhledu na tuto problematiku hned v prvopočátku narazíme na podstatný problém – národnost se v podstatě nezjišťuje (zjišťuje se při sčítání lidu, ale zde záleží na každém z nás; u většiny menšin je to věc subjektivní, objektivně nezjistitelná).

V Kodaňském dokumentu z roku 1990 OBSE konstatuje, že „*náležet k národnostní menšině je záležitostí osobní volby*“ (menšina je podle něj skupinou s jazykovými, etnickými nebo kulturními charakteristikami, které ji odlišují od většiny a dále je menšina skupinou, která nejenže usiluje o udržení si své identity, ale pokouší se také této identitě dát silnější vyjádření). To co se považuje za podstatné, je státní občanství, které je důležité a rozhoduje na rozdíl od národnosti, kdy naše zákony nerozlišují národnostní a etnickou menšinu.

Přes tyto skutečnosti dochází k ochraně menšin, která se děje na úrovni mezinárodní - deklarace, úmluvy, charty, opatření aj. a národní - legislativa, ratifikace, opatření aj. (viz. příloha). Rámec k zajištění ochrany mají dát zákonná ustanovení, která vycházejí z Listiny základních práv a svobod a měla by se držet principů základních hodnot lidských práv, z nichž pro tuto oblast je prioritní princip rovnosti. Tento princip popírá diskriminaci jakéhokoli jedince či skupiny a měl by se objevovat ve všech oblastech lidského žití. Možnou bariérou tohoto principu je předsudek, což je předem vytvořený nepříznivý názor nebo mínění, často bez předchozích znalostí, uvážení či důvodů.

V souvislosti s principem rovnosti lze zmínit od června roku 2006 v České republice probíhající celoevropskou kampaň Rady Evropy a Evropské komise zaměřenou na děti a mladé lidi „Každý jsme jiný, všichni rovnoprávní“. Koordinování kampaně se zhostila Česká rada dětí a mládeže, která v rámci této kampaně nabízí pro práci s dětmi aktivity a hry zaměřené na lidská práva, rozmanitost společnosti či aktivní účast mladých lidí na životě společnosti (77, 87, 95).

1.1.6 Péče o děti z minorit

V péči o děti z minorit se propojuje mnoho systémů. Do této péče se zapojují resorty zdravotnictví, školství, práce a sociálních věcí, vnitra, spravedlnosti a další. Z důvodu této různorodosti je třeba si stanovit pravidla a určit strategie, které budou určovat podmínky a vytvářet mantinely pro péči o děti z minorit. Tyto strategie by mohly v podmínkách vzrůstající multikulturality a etnické pestrosti české společnosti sehrát pozitivní integrující roli a to nejen na poli multikulturní péče, ale také při vytváření zdravého multikulturního soužití. Mají-li být strategie efektivní, musí zohledňovat specifika českého prostředí, zkoordinovat již existující aktivity jednotlivých státních a občanských organizací, stejně jako reflektovat zkušenosti z okolních evropských zemí, kde již podobné strategie fungují, a kriticky posoudit principy práce všech organizací ve vztahu k etnickým menšinám. Takové strategie pak budou představovat efektivní nástroj pro potírání xenofobie a rasové nesnášenlivosti ve společnosti, napomáhat rozvoji kulturní rozmanitosti a tolerance a reprezentovat názory a potřeby všech zainteresovaných v takové míře, aby děti z minorit měly co nejlepší podmínky pro svůj rozvoj. Specifičnost péče závisí na okolnostech, které u dítěte vyvolaly její potřebu. Rozdílná péče bude u dítěte s trvalým pobytem na území ČR a u dítěte, které se na naše území dostalo migrací. Odlišné zásahy bude vyžadovat dítě, které je pod ochranou své rodiny a dítě, které se ocitlo samo bez rodinného zázemí. Rozdíly budou také v péči v jednotlivých věkových obdobích. Zkráceně by se dalo říct, že co dítě to individualita, to specifické potřeby a z toho plynoucí specifická péče. To co by měla mít, vedle individuálního přístupu, veškerá péče o děti z minorit společné, je rovnost, rychlost a důslednost. Pokud budeme rychlí, důslední a s individuálním

a rovným přístupem, máme velkou šanci na kvalitní poskytování péče dětem z minorit s co nejmenším poškozením jejich osobnosti, individuality a integrity a tím zabezpečíme takové podmínky, aby z těchto dětí vyrostly po bio-psycho-sociální stránce zdravé bytosti s kladnými vazbami na českou společnost a tím spolu s dětmi z majority vytvořily multikulturní společnost budoucnosti se všemi jejími výhodami a pravidly (87).

1.2 Zdravotní péče o děti-cizince v České republice

Péče o zdravotní stav cizinců představuje závažný problém. Pozornost je věnována především výskytu infekčních a parazitárních onemocnění. Z epidemiologických studií prováděných v zemích Evropské unie (dále EU) vyplývají další skutečnosti týkající se zdravotních problémů cizinců pracujících a žijících na jejich území. Jedná se především o vyšší četnost výskytu duševních poruch a pracovních úrazů (tzv. psychosomatických onemocnění) ve srovnání se starousedlíky. Při péči o zdravotní stav migrantů se nesmí zapomínat ani na opatření týkající se sociální pomoci, výuky zdravého života a hygienických návyků, stejně tak jako na speciální školení zdravotnických pracovníků. V ČR byla v roce 2007 v nemocnicích poskytnuta zdravotní péče 69 770 cizincům. Z tohoto počtu 36 169 bylo ze zemí EU. Nejčastěji byli ošetřováni pacienti ze Slovenska, Ukrajiny, Německa a Vietnamu. Nejvíce využívaným způsobem úhrady za ošetření cizinců byla platba v hotovosti či využití smluvního pojištění (1, 13, 17).

Péče o zdraví je souborem všech opatření ekonomických, kulturních, sociálních a zdravotnických v rámci hospodářské, kulturní a sociální činnosti, pokud tato ovlivňují zdraví obyvatelstva. Cílem zdravotnictví je přispívat ke zlepšování zdraví lidí a zajistit dobrou funkci systému poskytujícímu zdravotnické služby. Cílem péče o zdraví je umožnit všem, aby dosáhli pokud možno plného zdravotního potenciálu. Zdraví je základním předpokladem kvalitního lidského kapitálu, který je zase nezbytný pro dobře prosperující společnost. Péče o zdraví v ČR je založena na principech spravedlnosti a solidarity (spravedlnost ve zdravotní péči definuje WHO takto: všem stejný přístup k péči při stejné potřebě), na vysokém podílu samosprávy, na více zdrojovém

financování s převažujícím podílem veřejného zdravotního pojištění, na svobodné volbě lékaře a zdravotnického zařízení, na svobodné volbě zdravotní pojišťovny v rámci systému veřejného zdravotního pojištění a na stejné dostupnosti poskytovaných služeb pro všechny pojištěnce (1, 18).

1.2.1 Zdravotní pojištění cizinců v České republice

Zdravotní péče je v ČR poskytována podle zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění. Péče je poskytována převážně na základě povinného veřejného zdravotního pojištění. Smluvní zdravotní pojištění je jen doplňkovou formou. Právní nárok na veřejné zdravotní pojištění vzniká ze zákona všem, kdo mají v ČR trvalý pobyt a dále těm, kteří zde sice trvalý pobyt nemají, ale jsou zaměstnanci zaměstnavatele, který má sídlo na území ČR. Ti, kdo nesplňují podmínky účasti na veřejném zdravotním pojištění, mohou uzavřít smluvní zdravotní pojištění (to se liší v rozsahu zdravotní péče kryté veřejným a smluvním zdravotním pojištěním a v podmínkách vzniku, zániku a trvání pojištění). Účast v systému veřejného zdravotního pojištění zaniká ukončením trvalého pobytu na území ČR, ukončením zaměstnaneckého poměru v ČR. Pokud se jedná o osobu bez trvalého pobytu na našem území, tak účast na veřejném zdravotním pojištění zaniká v den, kdy se na osobu začnou vztahovat právní předpisy o zdravotním pojištění jiného státu (18).

Podmínky pobytu cizinců na území České republiky upravuje zákon č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky, v platném znění. Tento zákon dělí cizince na dvě skupiny:

- na občany Evropské unie a jejich rodinné příslušníky
- na cizince ze zemí mimo Evropskou unii, cizince z tzv. třetích zemí.

Každý cizinec, včetně dětí cizinců, má povinnost pobývat v ČR řádně zdravotně pojištěn. V případě pobytu na území ČR bez pojištění porušuje české právní předpisy a hrozí mu postih za přestupek. V případě potřeby sebemenšího vyšetření nebo zákroku se po osobách, které v ČR nemají uzavřené zdravotní pojištění, vyžaduje úhrada v hotovosti, a to ve smluvních cenách, které mohou dosáhnout velmi vysokých částek. Platba v hotovosti se týká i dětí, které nemají sjednáno zdravotní pojištění. V tomto

případě je třeba se zdravotnickým zařízením předem dojednat podmínky, za kterých dítě ošetří. Právní nárok na veřejné zdravotní pojištění vzniká ze zákona dětem:

- které mají v ČR trvalý pobyt
- kterým byl udělen azyl
- občana/ů některého ze států Evropské unie, který je na území ČR zaměstnán, nebo podniká, nebo má trvalý pobyt.

Ti, kdo nesplňují podmínky účasti na veřejném zdravotním pojištění, musí uzavřít soukromé zdravotní pojištění. Smluvní pojištění s Všeobecnou zdravotní pojišťovnou (dobrovolné komerční pojištění pro cizince s krátkodobým i dlouhodobým pobytem) uzavřelo v 1½ roku 2008 nejvíce občanů z Vietnamu (více jak 5000), Ukrajiny a Ruska. Ve stejném pořadí byla v tomto období čerpána zdravotní péče (Vietnamských občanů bylo ošetřeno téměř 1700) (1, 10, 13, 18, 69).

Pokud se cizinci, který pobývá na území ČR, narodí dítě, řídí se při výběru zdravotního pojištění druhem pobytu, který je možné pro dítě vyřídit Mají-li rodiče každý jiný druh pobytu (tj. např. jeden z rodičů povolení k pobytu, druhý vízum nad 90 dnů) mohou zvolit jako základ k vyřizování pobytu pro dítě ze dvou možností tu, která je pro ně a pro dítě výhodnější. Je-li jeden z rodičů dítěte občanem ČR, je třeba nejprve zjistit, zda se narozením nestane občanem ČR také dítě. V tom případě se jeho trvalý pobyt, a tedy i zdravotní pojištění bude řídit předpisy o hlášení a evidenci pobytu občanů (18, 29).

1.2.2 Ochrana lidských práv a základních svobod

Zdravotní péči o cizince upravuje množství právních předpisů, z nichž velká část je mezinárodních. Právo člověka na patřičné sociální zajištění a právo na ochranu zdraví je zakotveno v Ústavě ČR a Listině základních práv a svobod. Mezi významné právní předpisy na poli zdravotní péče patří Evropská úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod (Čl. 12 stanoví povinnost státu zabezpečit osobě, která nemá dostatečné prostředky, a která není schopná si je vlastními silami nebo z jiných zdrojů zajistit, přiměřenou pomoc a v případě nemoci péči, jakou vyžaduje její stav), Úmluva Mezinárodní organizace práce č. 130 o léčebně preventivní péči a dávkách v nemoci

(obsahuje zásadu zajištění zdravotní péče osobám s trvalým pobytem v zemi bez ohledu na státní občanství), Úmluva Mezinárodní organizace práce č. 148 o ochraně pracovníků proti nebezpečím z povolání způsobených znečištěním vzduchu, hlukem a vibracemi na pracovištích, Úmluva o právním postavení uprchlíků, Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny, Úmluva o ochraně práv dítěte (čl. 23 a 24 lékařská pomoc a zdravotní péče má být poskytnuta všem dětem), Evropská úmluva o výkonu práv dětí upravuje nárok na informace, nárok na zdravotní péči dítěte, stanovuje právo dítěte zaujmout k péči stanovisko a umožňuje stanovit soudem zákonného zástupce, který za nezletilé dítě přebírá odpovědnost v oblasti zdravotní péče. Existuje celá další řada mezinárodních dohod a smluv, které platí ještě z období před rokem 1989. Jednou z takových smluv je i smlouva, kterou Česká republika uzavřela s Vietnamskou socialistickou republikou (VSR) o spolupráci ve zdravotnictví (30. 12. 1964, publikovaná pod č. 118/1967) na jejímž základě by měla být občanům smluvních stran poskytována bezplatná lékařská péče. Tato bilaterální smlouva byla však plněna pouze českou strnou. Vietnamská zdravotnická zařízení vyžadují platbu za veškeré úkony včetně základní péče a jejich úroveň nedosahuje našich standardů, proto bylo unilaterálně provedeno přehodnocení Zdravotní dohody a tato dohoda se vztahuje již pouze na zdravotnický personál vysílaný do ČR na základě výměn, které plynou z této dohody. Pro občany Vietnamu, včetně dětí, tedy platí stejná pravidla pojištění a přístupu ke zdravotní péči jako pro všechny ostatní cizince pobývající na území ČR (1, 18, 28, 58, 63, 102).

1.3 Migrace vietnamského etnika do ČR

Asijské menšiny najdeme snad ve všech západních zemích. Při práci s těmito menšinami nesmíme zapomínat, že znalost antropologických odlišností neznamená znalost kultury. Je důležité nezaměňovat jednotlivá asijská etnika a národností skupiny, protože každá z nich má svá specifika a kulturní odlišnosti. Teorie odlišné kulturní péče je koncepčním a teoretickým rámcem, který zkoumá světový názor, sociální struktury a další znaky kultur ve spojitosti s potřebou vývoje kulturně specifické péče. Pokud pracujeme s asijskými menšinami, je třeba brát ohled na jejich dlouhou historii, z níž

čerpáme znalosti o dnešní kulturní identitě jednotlivých etnických a národnostních skupin.

Asijské menšiny jsou posledních 30 let jednou z nejrychleji rostoucích populací v Americe, ale také v Kanadě, Austrálii a dalších státech světa. Největší nárůst vietnamských imigrantů zaznamenali v těchto státech v souvislosti s ukončením válečného konfliktu na území Vietnamu v roce 1975 (Americko-vietnamská válka). V USA tento nárůst umožnil především zákon z roku 1965 (imigrační národní právo), který umožnil migraci do USA z důvodů ekonomických a politických (nahradil tzv. Čínský zákon z roku 1943, který zakazoval přijímání veškerých asijských imigrantů). V České republice měla migrace Vietnamců jiný charakter. Začala jako vzájemná družba v rámci komunistického bloku. Migranti z Vietnamu přicházeli na území dnešní ČR od roku 1956 a to v několika vlnách. Jednalo se o spolupráci na základě mezistátních dohod mezi oběma zeměmi, v jejímž rámci přicházeli do ČR vietnamští učni, stážisté a pracovníci. V roce 1956 přišlo do Československa také 100 sedmi až patnáctiletých vietnamských dětí za účelem získání kvalitnějšího vzdělání, pro něž byl vybudován dětský domov v Chrastavě u Liberce, kde prožily 4 roky a poté se většina z nich vrátila do rodného Vietnamu. (2, 48, 52).

Z pohledu historie českého zdravotnictví je zajímavý červen 1956, kdy začala jednání na téma československé pomoci vietnamskému zdravotnictví. Vedle žádosti vietnamské vlády byl impulsem pro tato jednání šestitýdenní odborný průzkum československých lékařů ve Vietnamské demokratické republice, kteří posléze vznesli návrh pomoci při dobudování nemocnice v Haiphongu. Návrh obě zúčastněné strany podpořily a Československá republika převzala veškeré finanční, technické, provozní a personální náklady s touto nemocnicí spojené. Nemocnice po jejím otevření obdržela název Nemocnice československo-vietnamského přátelství (Nemocnice Viet-Tiep). Tato nemocnice je jednou z nejvýznamnějších v rámci celé země a dodnes zůstává největší nemocnicí ve třetím nejlidnatějším městě Vietnamu Haiphongu (v roce 2007 byla v rámci malého rozvojového projektu realizována do této nemocnice dodávka 3 sad zubařských křesel v hodnotě 984 tisíc Kč a od poloviny února 2008 je nové zařízení v provozu) (52).

Druhá vlna vietnamských migrantů k nám přichází, stejně jako do jiných západních zemí, v 70. letech 20. století. Na základě mezistátních smluv k nám z chudé, válkou postižené země proudily tisíce mladých Vietnamců - nejprve do učebních oborů a průmyslových podniků, později na univerzity (v letech 1980 – 1990 bylo podle informací Ministerstva práce a sociálních věcí v zemi asi 37 000 vietnamských pracovníků). Výběr země, kam mohou jít studovat, nebyl mladým Vietnamcům umožněn. Země socialistického bloku, do které budou moci odjet studovat, byla vybírána pomocí losování. Do Československa přicházeli migranti především ze severní, komunistické části Vietnamu. Zájemci procházeli těžkými zkouškami a pokud byli vybráni, byly od nich vyžadovány excelentní výkony a disciplína - kdo se v Čechách špatně učil, nebo měl jiné problémy, musel se vrátit zpět do Vietnamu (85).

V sedmdesátých letech měli Vietnamci v Československu omezenou možnost styku s českou majoritou. Po revoluci v roce 1989, státem řízený import vietnamských pracovníků skončil, ale čerstvě svobodná země lákala Vietnamce dál. O tom, zda budou moci vycestovat, rozhodovalo nově buď štěstí při jednání s úřady, nebo úplatky. Začala se měnit sociální struktura imigrantů. V letech 1990 – 1991 dostávali mnozí vietnamští pracovníci odstupné, protože z důvodů rušení závodů a ekonomické transformace už dále nemohli být zaměstnáni v podnicích, kde dosud pracovali. Řada z nich v této době využila možnosti získat živnostenský list a začít podnikat, a tak v ČR zůstat. V 90. letech se také vrací řada bývalých dělníků, kterým znalost prostředí a jazyka umožnila uplatnění na českém pracovním trhu. Do České republiky začali přijíždět také bývalí vietnamští pracovníci z Německa, Polska, Maďarska a Slovenska. Nejrozšířenější formou výdělečné činnosti většiny Vietnamců byl po celá devadesátá léta stánkový prodej spotřebního zboží („Většina Vietnamců - ač by to asi nepřiznala – však bere stánkový prodej jako něco nedůstojného, jako dočasnou oběť, protože v cizí zemi a bez znalosti jazyka je to pro ně momentálně nejvýhodnější možnost výdělku.“ Třešňák). V posledních letech začínají otevírat kamenné obchody a zaměstnávat české prodavače. Jsou tak jedinými imigranty, kteří neohrožují přímou konkurencí na trhu práce majoritní obyvatelstvo, ale naopak nové pracovní příležitosti vytvářejí (51, 85).

1.4 Vietnamská minorita v ČR

Vietnamskou populaci žijící v současné době v České republice tvoří v naprosté většině občané se státním občanstvím Vietnamu, kteří získali trvalé nebo dlouhodobé povolení k pobytu v Česku. Vietnamců se státním občanstvím České republiky je stále velmi malé procento.

Celkový počet Vietnamců žijících v České republice je podle Českého statistického úřadu 61 092 (k 31. 5. 2009). Kvalifikované odhady, které zahrnují i Vietnamce pobývající na území ČR na základě krátkodobého povolení k pobytu, turistických víz apod., toto číslo zvyšují na 65 - 70 tisíc osob, z nichž většina se pohybuje ve věku mezi 20 – 50 lety. Z celkového počtu je 39 % žen a stále výraznější součást vietnamské populace žijící v České republice představují děti a mladí lidé, kteří se narodili po roce 1990. K 31. 12. 2005 bylo z celkového počtu Vietnamců žijících na našem území 21% dětí do 14 let a dle Českého statistického úřadu se v současné době počet dětí ve věku 0 – 18 let pohybuje kolem 33%, což činí asi 20 000 vietnamských dětí vyžadujících péči v oblasti vzdělávání, ochrany a samozřejmě také v oblasti zdravotní péče (17).

Nejvíce Vietnamců s dlouhodobým pobytem (uděluje se na 1 rok) žije v současné době v Karlovarském, Středočeském, Ústeckém kraji a v Praze. Zvyšuje se počet povolených žádostí dětí do 15 let. To znamená, že se za muži stěhují i manželky s dětmi, které svým rodičům pomáhají. V každém případě vietnamská populace tvoří po Slovácích a Ukrajincích třetí největší skupinu cizinců žijících u nás. Z hlediska národnostního zastoupení jsou Vietnamci početně i před Němci a Romy. Náskok Vietnamců však v poslední době velmi zřetelně dotahují například občané ruské národnosti (11, 17).

Ze sociologického hlediska je zřejmé, že většina Vietnamců brala svůj příchod k nám pouze jako dočasnou příležitost k výdělku (tzv. ekonomická migrace), málokdo plánoval se v Čechách usadit natrvalo, velká část vietnamských migrantů chtěla dále na západ nebo pomýšlela na návrat do Vietnamu. Myšlenky na návrat překřížily mnoha Vietnamcům děti, které se narodily v České republice, začaly tu chodit do škol, mluví skvěle česky a Vietnam poznaly zpravidla jen o prázdninách. Navíc si česká společnost

na Vietnamce velmi brzy zvykla a rasismus vůči nim je ve srovnání s násilím na Romech takřka nulový. Například v Chebu, městě s více než desetiprocentní vietnamskou minoritou, sociologové v roce 2002 naměřili mezi starousedlíky vysokou míru sympatií: tři čtvrtiny z nich hodnotí své zkušenosti s Vietnamci kladně nebo neutrálně, pouze 25 % špatně. A k rasově motivovanému útoku tu podle údajů policie v posledních letech nedošlo (33, 85).

Současné nekonfliktní klima vytváří nový fenomén. Výraz Vietnamec se stal synonymem užitečného a lámanou češtinou mluvícího stánkového prodejce. Česká společnost není zcela připravena na nástup asijských chlapců a dívek do prestižních škol, což se stalo trendem současnosti. Z „generace trhovců“ vychovává budoucí tuzemské intelektuály. Např. na chebské gymnázium se ještě před pěti lety dostával tak jeden, dva vietnamští studenti, V roce 2007 jich bylo přijato ke studiu 22 v osmiletém a pět ve čtyřletém cyklu. Podobný trend pak zaznamenávají školy všude, kde je koncentrována vietnamská komunita. Vietnamské děti mívají při zkouškách zdrcující úspěšnost a je pozoruhodné, že děti, jejichž rodiče nejsou často schopni se česky domluvit, vynikají nad tuzemskými školáky i v českém jazyce. Klíčovou roli v úspěchu vietnamských školáků hraje bezesporu silná touha rodičů, aby jejich děti vystudovaly. Vietnamský národ se vždycky snažil dát dětem to nejlepší. Rodiče stojí dvanáct hodin denně u stánku, v zimě v létě, a všechny peníze dávají dětem - na hodiny češtiny, angličtiny, tance. Chtějí, aby jejich děti jednou dosáhly výš. Další zárukou úspěchu je nesmírná ctižádost dětí, dále jejich spolehlivost a také fakt, že rodiče je hodně vedou k výkonům (32, 33, 85).

Zastánci multikulturní společnosti mívají často problém, jak vysvětlit majoritě význam imigrace z východu. Jejím výsledkem nejsou jen přistěhovalecká ghetta, kriminalita nebo terorismus. Druhá porevoluční generace Vietnamců, kterou její rodiče vychovali pro lepší budoucnost, dává jasnou odpověď - imigranti nás obohacují. Česká majorita vyzdvihuje především pracovitost etnika a jejich slušné chování. Jen zřídka se objevují stopy xenofobie a intolerance (32, 33).

Vietnamci často žijí v uzavřených komunitách, o nichž majorita má jen velmi málo informací. Tato skutečnost vychází ze specifik vietnamské povahy (žádné

výhrady, stížnosti, žádná otevřená kritika a velká uzavřenost) a jako důsledek jazykové bariéry. Pro Vietnamce je nesmírně obtížné ovládnout češtinu a podle kvalifikovaných odhadů má s komunikací problém minimálně dvě třetiny Vietnamců starších 18 let, kteří nevyrůstali na území České republiky.

Uzavřenost komunity se projevuje rovněž v trávení volného času Vietnamců, Mají vlastní fotbalovou ligu, chodí na koncerty vietnamských populárních zpěváků, kteří občas za vysoké vstupné (kolem tisíce korun) hrají pro emigranty v pražském Edenu, vydávají několik vlastních časopisů, sledují přes satelit vysílání státní televize z Hanoje. Další příznačný jev vietnamského etnika popisuje sociolog a vietnamista Jiří Kocourek. "Jejich ekonomická situace je velmi specifická. Vietnamci většinou vydělávají slušně - hrubým odhadem 25 tisíc korun měsíčně, ale mají mnohonásobně vyšší režii než my. Platí vysoké tržní nájmy, neumějí si výhodně dohodnout řemeslníky, platí dětem české chůvy a doučování, potřebují k podnikání auta - takže nakonec jim prakticky nic nezbývá (51)".

Vietnamská komunita má v České republice několik reprezentujících organizací. Patří mezi ně Svaz Vietnamců v ČR, Svaz vietnamských podnikatelů, Svaz vietnamské mládeže a studentů a také několik vydavatelství tisku. Všechny tyto organizace jsou zaměřeny především dovnitř vietnamské komunity, na pomoc příslušníkům komunity či na pomoc rodné zemi. Jen velmi nepatrné množství aktivit, které jsou spojeny s vietnamskou komunitou, je zaměřeno na reprezentaci vietnamské kultury a její kultury v celé své rozmanitosti (33, 85).

1.5 Kulturní identita dětí

Kultura ovlivňuje život a vývoj dítěte a rozhoduje o péči, která je vhodná pro konkrétní dítě, jeho rodiče a rodinu. Znalost kulturního zázemí dítěte a jeho rodiny je důležité pro poskytnutí kvalitní péče o vietnamské děti. Mezikulturní komunikace potřebuje čistý zájem ze strany pečujícího a její součástí musí být diskuse, otázky, obavy. Kultura ovlivňuje psychický a sociální růst a vývoj dítěte. I základní biologické potřeby jako např. spánek, výživa či vyprazdňování jsou ovlivněny kulturou dítěte. Jednotlivé potřeby ovlivňují i vztahy dětí a rodičů, které se signifikantně liší mezi

rodinami různých kultur. Kulturní názory a hodnoty spojené se zdravím a nemocí ovlivňuje chování dětí a jejich rodičů a rozhodují o způsobu přijímání zdravotní péče. Informací o jednotlivých kulturách je nepřeberné množství a proto každé setkání s dítětem z jiné kultury vede k obohacení znalostí pečujících a jejich dalšímu pochopení dané kultury. U dětí z minorit je jejich rozpoznání kulturních specifik o to složitější, že se v nich mísí tradiční názory, hodnoty a výchova a kultura prostředí, ve kterém žijí, což následně může vést k problémům, které ovlivní vztah dítěte a rodiny a následně i jejich vztahy s ošetřovatelským personálem (2).

1.5.1 Struktura vietnamské rodiny

Rodina je ve Vietnamu tradičně patriarchální a uznává širší rodinu. Rodiny jsou si většinou velmi blízké. Rodina je ve vietnamské kultuře považována za základ a dokonce jakýsi předobraz veškerého sociálního uspořádání. Rodinné vztahy jsou velice pevné a silně provázané i mezi vzdálenějším příbuzenstvem. Rodina poskytuje pocit pohody a jistoty. Vietnamská kultura v mnohém vychází z filozofie konfucianismu. Ženy v asijské rodině musí dle konfuciánské doktríny dodržovat tři poslušnosti – poslouchat svého otce jako dcera, poslouchat svého manžela jako žena a poslouchat svého nejstaršího syna jako vdova. Každý člen rodiny ví přesně jaké má v rodině postavení, jak se chovat a jak oslovovat ostatní členy rodiny. Při popisování rodinných vztahů a k vyjadřování úcty k příbuzným Vietnamci mají výrazy i pro své vzdálenější příbuzné, označují také, z jaké strany rodiny její příslušník pochází (zda ze strany matky nebo otce), a dále také označují, zda je příbuzný starší nebo mladší bratr, sestra. Toto oslovování udává relativní pozici a roli v rodinné struktuře, co se týká pohlaví, věku, generace, autority a úcty. Největší úctě se těší prarodiče otce. Konfuciáni považovali vztah mezi rodiči a dětmi za zcela primární, protože v jejich očích se od něj se odvíjelo veškeré další jednání jedince. Vycházeli z předpokladu, že bude-li se syn chovat ke svému otci a matce uctivě a zdvořile, bude se později chovat stejným způsobem i k ostatním lidem, a ve společnosti tak bude vládnout pořádek a klid. Tyto východní názory a hodnoty se u imigrantů mísí se západními hodnotami a názory, které jsou danou rodinou akceptovány (29, 48, 64, 74, 82).

Ve vietnamské kultuře existuje hluboký pocit zodpovědnosti, povinnosti a závazků ale především je podporován respekt a úcta v širší rodině a rodinnému jménu. Od dětí se očekává, že budou poslouchat své rodiče a nezahanbí rodinu. Rodinná výchova se tedy zaměřuje na poslušnost a respekt k rodičům a širší rodině. Obecně je širší rodina považována za silnou jednotku, ze které jedinec čerpá podporu, sebedůvěru, sebeúctu a čest. Úspěch, ale i hanba jednoho člena rodiny je pociťována všemi ostatními členy.

Hlavními pečovateli o dítě jsou matky a ženské příbuzné dětí. Matky mají k dětem hluboké fyzické a sociální vazby. Nenechávají děti plakat, kojí a nosí je do 2 let. Otcové a ostatní muži v rodině mají nepřímou roli ochránce, ale péči o děti se přímo nepodílejí. Asijské děti jsou málokdy fyzicky trestány, naopak je jim většinou poskytnuto vše, co chtějí, k jejich potřebám je přihlíženo okamžitě. Tento fakt působí někdy na majoritu tak, že jsou děti vnímány jako rozmazlené. Asijské rodiny chtějí, aby děti měly silnou kulturní identitu, respektovaly starší a aby se jejich styl života slučoval s tradičními hodnotami. Děti jsou většinou vyučovány jak doma, tak i ve škole a to dospělými i příbuznými. Rodiče se často obětují, aby mohli poskytnout svým dětem to nejlepší, obzvláště co se týká vzdělání. Často pracuji přes čas a pro své děti dělají řadu ústupků. Děti jsou velmi chtěné a dostává se jim respektu a lásky. Jsou také brány jako pojistka na stáří. Starat se o starší členy rodiny je očekávané pravidlo, nestarat se o své rodiče je bráno jako nevděčné a hanebné (2, 48).

1.5.2 Role muže a ženy v sociálním systému

Partnerské vztahy jsou u vietnamské komunity pevné a jsou brány daleko vážněji než u nás. Intimnější projevy náklonnosti mileneckých párů na veřejnosti jsou nepřípustné, jsou záležitostí ryze soukromou. Mládež je vedena k cudnosti, mnohdy trvá i několik let než chlapec může políbit dívku. Dotyky na veřejnosti jsou nepřípustné i u rodinných příslušníků. Ovšem dotyky a objímání mezi přáteli jsou běžné a časté. Běžné jsou i dotyky mezi jedinci stejného pohlaví. Vietnamci mají obecně stálou potřebu společenského kontaktu, jsou zvyklí se často navštěvovat, přičemž se nepovažuje za nutné návštěvy předem ohlašovat. Rodina a děti mají ve vietnamské

kultuře klíčové postavení, pevná rodinná pouta se udržují i mezi vzdálenějšími příbuznými. Příslušnost k rodu se odvozuje jak po otcově, tak po matčině rodové linii – každý Vietnamec se tak stává součástí dvou rodin. Sňatkem se potom člověk stává rovněž součástí dvou rodových linií svého manžela či manželky (2, 48)

1.6 Vliv rodiny na zdraví dítěte

Chování dětí a dospívajících je ovlivněno typem výchovy, názory rodičů a typem a frekvencí odměn a trestů. I když se oba rodiče snaží ovlivnit dítě, co se týká otázek zdraví, tak výzkumy ukazují, že jsou velké kulturní rozdíly v jednotlivých rodinách. Identifikace názorů, hodnot, chování, které jsou pro rodiče důležité v oblasti zdraví a nemoci musí být součástí kulturního zhodnocení rodiny. Pokud pracujeme s rodinou z odlišného kulturního prostředí je třeba vědět na koho se v dané rodině obrátit a s kým o zdraví dítěte diskutovat (2)

1.6.1 Názorové odlišnosti matky na zdraví dítěte

Matka, přestože je většinou přítomna při péči o dítě nemusí být tím, s kým je nutné při péči o dítě spolupracovat. Obecně lze říci, že matky-imigrantky s nižším vzděláním bývají více fatalistické, co se týká nemocí a méně se starají o klinické projevy nemocí u dětí. Také se daleko méně, na rozdíl od vzdělanějších matek, řídí nařízeními, které jim lékař či sestra, v souvislosti s péčí o dítě, doporučí. Tyto skutečnosti se týkají jak péče preventivní, tak i péče léčebné. Tyto skutečnosti nejsou však zapříčiněny pouze vzděláním matek, ale také jejich kulturou a z ní vyplývající vírou, která v mnoha případech ovlivňuje přístup rodin ke zdraví a nemoci dětí. Pokud matky věří, že lidé nad nemocí nemají kontrolu, nedá se od nich očekávat ochota ke spolupráci a to především v oblasti prevence. Důsledkem potom bývá nesouhlas např. s očkováním dítěte. Zná-li ošetřující, z jakého prostředí dítě přichází a jaký systém funguje v jeho rodině, může přizpůsobit své chování a přístup k rodině. V situaci, kdy se matka neorientuje v systému péče země, ve které žije, nevěří mu, tak je zbytečné ji nutit do jeho přijmutí, přesvědčovat ji o své pravdě. Je přínosnější udržet kontakt matky se zdravotnickým zařízením a postupně budovat vzájemnou důvěru, která v důsledku

může vyústit ve vzájemné mezikulturní porozumění. Když jsme schopni navázat s rodinou dialog, lze následně vysvětlit nutnost pravidel, které jsou v dané společnosti nastaveny na ochranu a péči o děti (2, 48).

Vedle porozumění nám může pomoci i třetí osoba, která může být příbuzensky spjata s matkou, ale také to může být osoba, která je zběhlá v kultuře matky i zdravotnického personálu a může obě kultury pomoci propojit a přispět k vzájemnému porozumění (2).

1.6.2 Preventivní opatření a zdravotní systém

V preventivní péči jednotlivých států, ze kterých proudí do České republiky migranti, jsou výrazné rozdíly. Některé matky-imigrantky nechápou, proč je důležité chodit na preventivní prohlídky či procházet pravidelným očkováním, když dítě není nemocné. Tady je důležité posílat pozvánky, upomínat, pracovat s celou rodinou, tak aby pro dítě z minority byla zabezpečena stejná péče jako o děti z majority.

V souvislosti s preventivní péčí je třeba rodiče upozornit, že preventivní prohlídky dětí jsou dětem v ČR hrazeny jak z veřejného zdravotního pojištění, tak i ze soukromého pojištění cizinců pro případ komplexní péče osob (kromě výluk stanovených pojistnými podmínkami). Nedílnou součástí preventivní péče o dítě je očkování, které je v České republice podle zákona č. 258/ 2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví (§ 46 odst. 1) povinné pro cizince s trvalým pobytem a pro cizince s pobytem nad 90 dnů. Děti-cizinci, které jsou pojištěné v rámci veřejného zdravotního pojištění i děti pojištěné v rámci soukromého pojištění cizinců pro případ komplexní péče osob, mají očkování plně hrazené. Tím, že je v ČR očkování povinné a očkovací látka není hrazena ze zdravotního pojištění, ale mimo jeho oblast ze státního rozpočtu, mají na očkovací látku nárok i děti cizinců, které mají na území přechodný pobyt nad 90 dnů a nejsou zdravotně pojištěné. V tomto případě si dítě, potažmo jeho rodiče hradí pouze zdravotní péči, která s očkováním souvisí (prohlídku, zda je dítě zdrávo, vlastní aplikaci látky a případnou následnou péči) a to v hotovosti, na základě smluvní ceny (2, 98, 18).

1.6.3 Význam vietnamské rodiny při rozhodování o zdraví

Vietnamská minorita má respekt před lékařskými autoritami a vyhledává preventivní prohlídky, jen když jim to zdůrazní lékař nebo sestra. Při zdravotní péči je vhodné zdůraznit důležitost návštěvy a rozvrh braní léků. Obvykle splní očekávání zdravotnického personálu, řídí se jejich pokyny. Pokud jim lékař či sestra zdůrazní nutnost preventivních prohlídek a očkování budou se doporučeními řídit. Za péči o nemocného člena rodiny jsou zodpovědné vietnamské ženy. Poskytují hlavní péči kolem lůžka bez ohledu na pacientovo pohlaví. Očekává se, že nabídnou nemocnému denně koupel a jídlo. Je-li třeba transfúze, členové rodiny budou ochotni darovat krev. Někteří budou chtít prokonzultovat nutnost transfúze s jiným lékařem. Jestliže je za určitých podmínek nutná pitva, rozhodne celá rodina. V případě náhlé prohlídky je dobré přizvat i člena rodiny, kterého pacient určí (29).

Hned v prvopočátku vztahu sestry, dítěte a jeho rodiny je třeba identifikovat členy rodiny, kteří jsou důležitou součástí péče o dítě. Na celém světě je pouze minimum společností s nukleárními, izolovanými rodinami (jsou to především rodiny v USA a Kanadě). Širší rodina je daleko univerzálnější normou. Mezigenerační společné bydlení je dlouho uznávanou tradicí. Ve společnostech, kde je širší rodina normou, jsou často mladí rodiče považováni za nedostatečně zkušené, aby mohly dělat důležitá rozhodnutí ohledně dětí. Tato rozhodování vycházejí od starších a zkušenějších členů rodiny nebo i lidí nepříbuzných, kteří ale jsou součástí komunity, ve které rodina žije. Za širší rodinu, přestože není příbuzensky spjata s dítětem, jsou považováni i členové náboženských komunit, kteří se mohou spolupodílet na péči o dítě a tím i na rozhodování v souvislosti s péčí o ně. Pro ošetřovatelský personál tato skutečnost znamená, že při sběru anamnézy dítěte je třeba se rodičů zeptat, kdo se podílí na rozhodování o dítěti a tito jsou následně zahrnuti do skupiny osob, které o dítě pečují a to i přes to, že zdravotní péče je nastavena na rodinu nukleární a není připravena na skutečnost, že o dítě pečuje jiná osoba, než jeho nejbližší příbuzný – většinou se jedná o matku, popř. o otce dítěte. Širší rodina má ještě další výraznou roli a to roli při podpoře sociálního vývoje dítěte a tato role je o to důležitější, pokud se jedná o dítě z minority (2, 48).

1.6.3.1 Rozhodovací role otce

Při ošetřování vietnamského dítěte je pro sestry důležité znát názor otce či v jeho nepřítomnosti názor nejstaršího syna na takovou zdravotní péči, která vyžaduje rozhodování. Pokud matka, popřípadě samo dítě požádá o přítomnost člena rodiny, je důležité ho přizvat. Není vhodné říkat dětskému pacientovi ani jeho matce závažnost jeho stavu bez konzultace s hlavou rodiny. Rodina často nechce, aby byl pacient ve stresu a měl ještě více obav, a proto jsou mu poskytnuty pouze takové informace, které je nutné, aby znal. Takto postavená kulturní zvyklost je v rozporu s právy pacientů, která naopak upozorňují, že pacient má právo být informován (29, 35).

1.7 Vliv spirituality na zdraví a nemoc u Vietnamců

Za dlouhou historii asijské kultury se vyvinuly specifické názory na zdraví a nemoc. Existuje mnoho společných znaků pro všechny asijské kultury, ale existují i velké rozdíly. Při péči o asiaty zaujímá sestra názor na základě naslouchání, pozorování a porozumění tradičním lidovým praktikám a kulturním konfliktům s profesionální péčí a snaží se poskytovat kulturně vhodnou péči, která je vhodná, přístupná a pro klienta přijatelná. Jednou z nejdůležitějších oblastí, které sestra může vnímat je oblast sil Jin a Jang, které ovlivňují rozhodování o zdravotní péči i chování Vietnamců. Jin je záporný, tmavý, studený ženský princip, zatím co Jang je kladný, jasný, světlý a mužský princip. Tyto dva principy by měly být v rovnováze nejen při ošetřovatelské péči, ale i v jiných aktivitách. Pokud v těchto principech není rovnováha, přijde nemoc, onemocnění a katastrofy. Vietnamci věří, že tyto síly ovlivňují všechny aspekty zdraví a udržení dobrého života (48).

Dalším aspektem asijského ošetřovatelství je zůstat harmonii s přírodou, dalšími lidmi a sociálními institucemi pro udržení zdraví a správné funkce. Tato harmonie se jmenuje HO. Zůstat v harmonii znamená být úslužný, upřímný, benevolentní k druhým, znamená také vystříhat se silným emocím a negativismu tzn., že se člověk vyhýbá všem extrémům života. Vše dělá s mírou – člověk by se neměl přejídat, rozčilovat a moc toho vlastnit (48).

Teorie Jin a Jang je důležitá i v příjmu potravy, který může vést v nerovnosti, nemoci i smrti. Vietnamci, stejně jako ostatní asiaté, věří, že jídlo má teplé a studené vlastnosti a pro udržování zdraví je to třeba brát v potaz. Studená jídla (ovoce, zelenina, studené džusy, zelené fazoly, řasy . . .) musí být brány v relaci s horkými jídly (kuře, hovězí, vepřové, lilek, smažená jídla, zázvor, koření, káva a alkohol). Například během posledního trimestru těhotenství je pro ženu zakázáno jíst horká jídla, jako jsou plody moře, jehněčí a králičí maso a užívat železo. Naopak po porodu (po dobu 1 měsíce) má žena jíst teplá jídla jako je kuře, hovězí a nesmí jíst studená jídla (ovoce, zeleninu, pít džusy). Toto udržuje horkostudenou rovnováhu před a po porodu. Např. infekce ucha je považována za teplou nemoc a měla by být proto léčena studeným jídlem (ovoce) (48).

Je také zajímavé, že i tělesná onemocnění odpovídají principům Jin a Jang. Játra, srdce, plíce, slinivka a ledviny jsou studené, zatímco žlučník, žaludek, tlusté a tenké střevo jsou teplé. Protože se oba principy vzájemně doplňují musí být v rovnováze. Asijské kultury používají speciálně připravovaná jídla, aby předešly určitým onemocněním nebo je vyléčili. Vietnamci léčí chřipku pojídáním orestovaného rýžového papíru, červené čili papričky jedí proti parazitům, beterové oříšky se jedí pro oživení srdce (48).

Ve vietnamské minoritě se objevuje intolerance laktózy a celkově Vietnamci nejsou zvyklí na mléko a mléčné výrobky, což pro sestru znamená spolupráci v souvislosti s prevencí osteomalacie a rachitidy. Vietnamci mají ve stravě zařazeno velké množství potravin obsahující velké množství natria (sójová omáčka, rybí, ústřicová omáčka, okurky a fazole v láku, slané rybičky, . . .). Tato skutečnost má za následek vyšší výskyt vysokého tlaku v populaci. V tomto případě je úkolem sestry na tuto skutečnost upozornit a po domluvě a s ohledem na kulturní specifika upravit stravu vietnamského klienta (48, 67).

Většina Vietnamců vyznává filosofii buddhistů, kteří věří v konání dobrých skutků a tím dosahují vyšších stupňů nirvány. Umožňuje jim to zůstat zdravý a šťastný. Tyto filosofické názory, principy a kosmické síly ovlivňují péči o zdraví, ale i jejich mezilidské vztahy a je třeba je zakomponovat do ošetřovatelské péče. Východní filosofie se zaměřují na celistvost a holistický náhled na člověka, který je důležitější než

soustředění se na jednotlivé části těla, symptomy nebo onemocnění. Disharmonie zaviňuje nemoci a neschopnost, a proto by měl člověk žít tak, aby byl v harmonii a vyhnul se jim (48).

Pokud sestra pečuje o pacienta z vietnamského etnika, tak by si měla být také vědoma toho, že Vietnamci vnímají také tzv. špatné větry, které vstupují do těla a jejich vinou vznikají respirační problémy (kašel), ale také bolesti svalů, hlavy a infekce přenášené vzduchem (příušnice, průjmy), ale také nádorové bujení. Tyto tzv. větrné nemoci narušují holistické zdraví a mohou vést až ke smrti. Víra ve špatné větry je výrazná právě ve vietnamské kultuře, kde se objevuje víra, že tělo je vystaveno nebo je otevřeno těmto větrům především při porodu a při operačních zákrocích. Na sestře je, aby předcházela průvanu, ale i vniku studeného vzduchu, které by mohly zavinit „nemoci větru“ a narušit studené a teplé síly, což má za následek onemocnění (48).

Existují i další skutečnosti, které narušují rovnováhu a harmonii organismu. Patří mezi ně např. žárlivost, zlost, přemíra nervozity, obavy, nenávist, přemíra radosti. Vietnamci jsou zvláště citlivý na posměch a zesměšnění a proto se budou vyhýbat situacím, ve kterých by k nim mohlo dojít. Vietnamské děti jsou od útlého dětství učeny, jak udržet emoce, zachovat klidný obličej a udržet si harmonii v rodině. Takové emoční regulace a zábrany v rodině jsou přímém kontrastu s filosofií západu, která vede k volnému vyjadřování citů, asertivitě. Toto může vést a často vede ke kulturním srážkám a problémům a ukazuje nutnost pochopení asijského holistického učení, sebezapírání a rodinné soudržnost pro správně vedenou a kulturně shodnou péči o pacienty z vietnamského etnika. Sestra si také musí být vědoma, že asiati žijící v jiných zemích pociťují, že jejich submisivní, pasivní a neasertivní způsoby chování budou v konfliktu s názory a asertivitou většiny. Navíc jim toto chování může ubrat na sebejistotě a může ovlivnit jejich prosazování se ve společnosti a kariéře. Tyto rozdíly v kulturních hodnotách jsou důležité v souvislosti se vstupem asiatů do pracovního procesu nebo vzdělávacího systému na západě. Další faktory ovlivňující změny kulturních hodnot těchto etnik je jejich touha vyhnout se rasismu, osočování a ubližování. Západní kultury by se měly od asiatů učit hodnotám nenásilí a harmonie (48).

1.7.1 Kulturní kompetence sestry – kulturní posouzení dítěte

Sestra pracující s dítětem z minority by na prvním místě měla zhodnotit stav rodiny, její kulturní původ. Kulturního dědictví se dítěti dostává již od jeho narození. Každá interakce, zvuk, dotyk, vůně, zkušenost, má svůj kulturní význam, které dítě vnímá a i přes skutečnost, že je nikdo neučí, je schopno se je naučit vnímat a toto kulturní dědictví je potom integrální součástí jeho myšlenek a chování (kultura stolování, chování ve společnosti, k nemocným, pravidla emocionálních reakcí zakotvená v kultuře). Kulturní porozumění se objevuje u dítěte kolem 5 roku života a existuje mnoho pravidel chování a hodnot, které u dítěte přetrvávají do dospělosti a to i přes skutečnost, že dítě vyrůstá mimo zemi původu.

Kultura ovlivňuje fungování rodiny, druhy manželských svazků, výběr partnerů, bydlení mladých manželských párů, pospolitost rodiny, pravidla dědictví, domácnost, stavbu rodiny a domácnosti, dynamiku rodiny, její komunikaci a vytváření alternativních rodin. Toto vše dodává rodině pocit stability a kontroly a děti z ní mohou čerpat podporu, pomoc, pocit, že zvládnou problémy. Sociální systém rodiny také dává návod, jak se vyrovnávat s handicapem, omezením, umíráním a smrtí a dalšími situacemi vyskytujícími se v životě dětí. Každá rodina si obecnou kulturu skupiny modifikuje pro svou potřebu. Některé zvyky, návyky, pravidla udržují, jiné opouštějí a jejich rodinná kultura se stává jedinečnou. I když je pro pečující důležité znát původ dítěte, tak je nutné dívat se na každou rodinu jako na jedinečnou jednotku bez předsudků a vyhraněných názorů, které je nutné zaměnit za přesný odhad. Je třeba si uvědomit, že ne všichni členové jednotlivých kultur se chovají stereotypně. Odchylky od stereotypu zapříčiňuje individualita jedince, měnící se hodnoty, procento akulturace, pobyt rodiny v nové zemi (2, 48).

Ve vietnamské kultuře je rodina považována za základ a dokonce jakýsi předobraz veškerého sociálního uspořádání. Rodinné vztahy jsou velice pevné a silně provázané i mezi vzdálenějším příbuzenstvem. Vietnamská kultura v mnohém vychází z filozofie konfucianismu. Ten se podepsal na struktuře všech společenských vztahů a výjimkou nebyl ani vztah mezi rodiči a dětmi. Konfuciáni považovali vztah mezi rodiči a dětmi za zcela primární, protože v jejich očích se od něj se odvíjelo veškeré

další jednání jedince. Vycházeli z předpokladu, že bude-li se syn chovat ke svému otci a matce uctivě a zdvořile, bude se později chovat stejným způsobem i k ostatním lidem, a ve společnosti tak bude vládnout pořádek a klid. Díky vlivu konfuciánství se starším osobám projevuje úcta, ti se pak mají starat o mladší, níže postavené. Ve Vietnamu je preferována patriarchální struktura rodiny, dominantní postavení má muž. Převažuje rozšířená rodina. Rodinné vazby jsou pevné, žijí pohromadě s příbuznými. Pojí je silná citová vazba. Rodina poskytuje pocit pohody a jistoty (29, 64, 71).

1.7.2 Kulturně specifické ošetřování a léčení

Existuje množství diagnostických a léčebných metod, které jsou stejné pro všechny Asiaty a zakládají se na tradičních lidových ošetřovatelských a léčebných praktikách. Vedle společných znaků však najdeme u jednotlivých kultur také mírné variace v detailech léčebných procesů a ošetřovatelských režimech. V asijských kulturách jsou za nejlepší léčitele a diagnostiky považováni ti, kteří vnímají, dívají se, poslouchají, zajímají se a měří puls. Měření pulsu je považováno za nejlepší metodu, jak zjistit kondici klienta. Takové metody se však příčí západní medicíně, která se opírá o široké laboratorní testy, klinická vyšetření, anamnézu, aby definovala nemoc nebo vyvolávající faktory onemocnění. Přitom měření pulsu ukáže asijským terapeutům velké množství informací a to hned při prvním setkání s klientem. Navíc s laboratorními testy souvisí odběry krve, což je pro mnoho skupin asiatů nepřípustné (např. Korejci věří, že krev patří do rodiny a ostatní by k ní neměly mít přístup) (48).

Vedle měření pulsu je v asijských kulturách časté používání bylinek. Využívají se jako prevence i jako léčebný prostředek a pro asijské kultury je důležitou součástí ošetřovatelských a terapeutických zásahů už 4000 let. Mnohé z používaných bylin je efektivních a ve většině případů bylo zjištěno, že se jejich využití zakládá na zdravích farmakologických přístupech. Byliny jsou přírodní produkty a mohou být často užívány dlouhodobě bez silných vedlejších účinků. Většinou jsou byliny používány v suché formě, ale často se používají také jako výluhy a využívají se k léčbě široké škály nerovnováh mezi teplem a chladem (při nerovnováze Jin a Jang) (48).

1.7.2.1 Respektování generické péče

Pro většinu asiatů je západní medicína příliš silná nebo příliš horká ve srovnání s bylinami a dalšími tradičními postupy. Západní medicína, léky jsou často chemického původu a někteří asiati z ní mají obavy. Je běžné, že přestanou brát léky (antibiotika), protože si myslí, že jsou příliš silné nebo horké. Lékům se budou vyhýbat i v případě, pokud se nebudou potřebovat rychle zbavit symptomů. Asiati jsou si také vědomi, že západní medicína se soustřeďuje na léčbu nemoci a symptomů spíše než na to, jak jim předejít a udržet holistické zdraví s rovnováhou tepla a chladu. Asiaté proto většinou pokračují v užívání jejich tradičních léků, ale mnoho z nich se snaží porozumět a využívat spolu s tradiční také profesionální západní medicínu. Často se můžeme u pacientů setkat s názorem, že jejich tradiční léčebné postupy jsou efektivnější než ty západní a obecně oceňují, pokud sestry, které jim poskytují ošetřovatelskou péči, jsou umírněné, poslouchají, používají ticho a vědí něco o jejich původu z historického i kulturního hlediska a tyto znalosti a schopnosti využívají spolu se svou profesionální ošetřovatelskou péčí.

Další metody, které najdeme u asijských menšin v souvislosti s péčí o zdraví, jsou spiritualistické metody léčení jako je meditace, zaříkání, motlitby, speciální léčené rituály. Tyto jsou využívány tehdy, pokud se předpokládá, že nemoc je zaviněna zlými duchy nebo démony. Je to obzvlášť spojeno s handicapy, epilepsií, apod. K léčbě těchto nemocí se často přivolávají šamani, kněží, spiritualisté a exorcisté. Tyto léčebné postupy jsou vnímány jako domácí a západní ošetřovatelský personál o nich neví, nesděluje se jim, nediskutuje se o ní (48).

Jeden z rituálů využívaných vietnamskou minoritou pro prevenci nemocí a obnovení holistické rovnováhy je rituál vietnamských matek prováděný v buddhistických chrámech, aby ochránily své děti a měly lehký porod. Pokud dojde k nemoci, tak se Vietnamci modlí k předkům za navrácení zdraví, uchování zdraví křesťanské motlitby se dodnes ve Vietnamu využívají pro ochranu zdraví své i ostatních.

Zdravou mysl si asiaté uchovávají tím, že se dívají na obrázky zdravých rodin a dětí, o čemž si myslí, že to vede k uzdravení stejně jako pomáhat jiným, nemocným, což je důležitý buddhistický skutek důležitý pro dosažení nirvány.

Mentální nemoc je ve Vietnamu vnímána jako vliv zlých duchů, neštěstí, prokletí, nastává tehdy, pokud dotyčný urazil boha nebo se dopustil morálního přestupku. Mentální onemocnění vrhá hanbu na celou rodinu a většinou se o něm nemluví, je drženo v tajnosti. Vietnamci nepůjdou na mentální kliniku, k psychologovi či psychiatrovi a nebudou o tom ani mluvit. Pokud se o tom diskutovat rozhodnou, tak to budou brát jako fyzický problém a jako takový jej budou tlumočit západním sestrám, protože takto formulovaný problém, je pro ně akceptovatelný. Při péči o vietnamskou minoritu je toto třeba brát na vědomí a předpokládat, že za fyzickým problémem se může skrývat složitý kulturní, sociální nebo psychický problém. Opět je zde třeba brát zřetel na rovnováhu Jin a Jang, na kterou je třeba myslet vždy, když s vietnamským pacientem pracujeme, takže sestra či jiný pečovatel by měl respektovat rituály, tradiční lidovou léčbu a propojit ji s profesionální péčí (48).

1.7.2.2 Sociální a ošetřovatelské problémy

Spojení lidové a profesionální péče je zásadní pro dosažení cíle – poskytovat kulturně vhodnou ošetřovatelskou péči a udržet holistické zdraví. Je naprosto jasné, že k dosažení tohoto cíle je třeba znalostí kulturních a životních zkušeností, které imigranti zažívají při příchodu a pobytu v nové zemi. Poskytovatelé služeb musí být připravení na to, že Vietnamští klienti nebudou reagovat stejně jako většinová populace a že budou muset svou péči do určité míry přizpůsobit okolnostem i kultuře jedince.

- je důležité udržení harmonie a rovnováhy podle buddhistické, taoistické či konfuciánské filosofie
- respekt ke starším, silné rodinné vazby a kulturní tabu
- užití přírodní, staré, lidové medicíny a ošetřovatelských a léčebných postupů, využívání teorie Jin a Jang, užívání tradičních jídel při léčbě
- kreativní využití hodnot, které jsou soustředěny na rodinu, víru a praxi
- umožnění vykonávat denní funkce, dobré skutky z důvodu dosažení nirvány

- využití spirituality v ošetřovatelství, vzývání duší, boha a předků
- použití dotyku jako léčení
- cílená prevence a udržování zdraví chováním a ošetřováním (48).

1.7.3 Poskytování kulturně vhodné péče

Sestra může všechny informace, které o minoritě má a které získala od pacienta či jeho rodiny vyhodnotit a kreativně s nimi pracovat při poskytování ošetřovatelské péče. Dochází k systematickému zhodnocení a výběru jednoho ze tří kroků, které následné lze použít při péči o Vietnamského pacienta. Cílem všech tří kroků je poskytovat kulturně vhodnou péči, která povede ke zdraví a pohodě. Pokud dojde k logickému a citlivému zhodnocení stavu věci a stavění na znalostech a informacích o kultuře a daném pacientovi, tak péče bude kompletní a odpovídající potřebám.

1. ***krok*** – udržení kulturní péče
   - užití bylinek a dalších lidových postupů
   - podpora kulturních rituálů, motliteb, meditací a medikací
   - výchovu a péči o děti přizpůsobit tak, aby vyhovovala kultuře
   - vnímání somatických potíží jako důvodu pro změnu ošetřovatelské péče, porozumění a pomoc v běžném životě
   - respekt k rodičům, starším a zesnulým předkům pro pomoc vnímání jednoty a celistvosti rodiny
   - poslušnost rodičům a vyhovění jejich přání s respektem a úctou, je nutné soustředění se na rodinou péčí více jak na individuální
   - podle uvážení do léčby zahrnout Jin a Jang procesy a jídlo
   - soustředit se na prevenci a udržení zdraví spíše než na nemoci a symptomy

2. ***krok*** – přizpůsobení kulturní péče západní medicíně – tento režim je nutný, pokud pacient žije mimo svou zemi a komunitu
   - seznámit sestru (pečujícího) s profesionálními praktikami, které budou nejvhodnější pro klienta a jeho rodinu

- znalost filosofických názorů minority, speciálně ve spojení s harmonií, mírem, rodinou jednotou a spirituální péčí
- seznámení se, ale i dohoda o využívání Jin a Jang sil při poskytování západní medicíny a ošetřovatelských praktik
- znalost a poskytování horkých a studených jídel v nemocnicích a poskytování profesionálních informací, specifických pro danou minoritu
- znalost a chápání využití ticha a meditace, uvědomit si důležitost poslouchání, ale i učení
- naučit se výrazy a reakce minority, které poslouží k porozumění jedinci
- dohodnout se na začlenění lidových praktik do profesionální praxe za účelem zlepšení péče o klienta
- zvládnout správnou komunikační techniku

3. krok – restrukturalizace kulturní péče

- restrukturalizace západního individualismu na vietnamskou kulturní ošetřovatelskou hodnotu rodiny, na kulturní rodinnou tradici
- snažit se snížit tradiční asijský problém se zdravím – vysoký krevní tlak v souvislosti se zvýšeným příjmem natria v potravě
- pozměnit tradiční využití medikací tak, aby dávky odpovídaly váze klienta, jeho očekávání, ale i jeho názorům
- začlenit vietnamské migranty do komunity tak, aby nevznikaly stresy a komplikace
- změnit ošetřovatelský systém tak, aby začlenil kulturní praxi, která je pro Vietnamce přijatelná
- změnit výzkum a ošetřovatelskou praxi tak, aby zahrnovaly i vietnamské hodnoty
- změnit názory na mentální zdraví tak, aby zahrnovaly vietnamskou spiritualitu a hodnoty v ošetřovatelských terapiích (48).

1. 8 Uspokojování potřeb vietnamských dětí

Transformace českého zdravotnictví sebou zákonitě přináší i nové pojetí ošetřovatelství. Mění se role nemocného, lékaře i sestry. Morální a pracovní postoje nelékařských zdravotnických pracovníků jsou ovlivňovány koncepcí ošetřovatelství a etickým kodexem sester. Moderní ošetřovatelství je samostatnou vědeckou disciplínou, která je tvořena systémem specifických vědeckých poznatků a metodou praxe – ošetřovatelským procesem. Tvoří nedílnou součást zdravotní péče a je zaměřeno zejména na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti anebo mírnění utrpení nevyléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti a to vše za využití ošetřovatelského procesu což představuje vysoce kvalifikovanou činnost a samostatnost v rozhodování sestry, která tuto péči plánuje, realizuje a zaznamenává do ošetřovatelské dokumentace. Základem ošetřovatelského procesu je uspokojování bio-psycho-sociálně-duchovních potřeb nemocného (29, 83).

Děti z minorit, stejně jako ostatní, potřebují mít pro svůj zdravý vývoj uspokojeny všechny druhy potřeb a jejich kvalitní uspokojování je nutné pro jejich život. Naší prioritou je uspokojovat biologické potřeby. Faktorem nutným pro uspokojování potřeb dítěte, a to především psychosociálních, je jeho sociální prostředí. Sociální svět ovlivňující dítě by měl klást důraz na vzájemnou propojenost, provázanost, ba nerozlučnost člověka a jeho prostředí, jeho světa. U dítěte z minoritní skupiny obyvatel může být tato provázanost narušena a to v závislosti na odlišnosti jeho kulturního prostředí, ve kterém vyrůstá a s tímto prostředím související odlišnosti od majoritní skupiny obyvatel. Tyto odlišnosti se v běžném životě nemusí projevovat, ale pokud dítě onemocní a je hospitalizováno ve zdravotnickém zařízení může dojít k narušení uspokojování všech kategorií potřeb v daleko větší míře než u dítěte z majority. Do jaké míry budou potřeby hospitalizovaného dítěte uspokojovány, záleží na spolupráci dítěte, jeho rodiny a zdravotnického personálu (48).

Práce sester s dítětem z odlišného etnika závisí na jejich znalosti multikulturního a transkulturního ošetřovatelství, jejichž podstatou je způsob práce s klienty s odlišnou kulturní, etnickou či náboženskou orientací. Opíráme se o informace obecné, konkrétní,

specifické, které nám můžou pomoci při prvním kontaktu i s ostatní zdravotní péčí o dítě s etnickou či jinou odlišností a jeho rodinou (29, 45).

1.8.1 Holistický přístup při uspokojování potřeb vietnamského dítěte

Holistický přístup v ošetřovatelské péči vychází z holistické filosofie zabývající se celkem a celostností. Vyzdvihuje prvenství celku v poměru k částem. Tato teorie vznikla ve 20. letech 20. století a pojem holismus (termín odvozen z řeckého holos tedy celý, úplný, neporušený) poprvé použil v knize Holismus a evoluce v roce 1926 Jan Christian Smuts. Holistická teorie vidí všechny živé organismy jako jednotné celky ve vzájemné interakci ne jen jako souhrn jednotlivých částí. Změna jedné části celku pak vyvolá změny v celku jako takovém, čímž celek mění, porucha jedné části tedy znamená poruchu celku.

Holistické chápání zdraví zahrnuje celého jedince a dále jeho životní styl, tělesnou zdatnost, primární prevenci tělesných a emocionálních stavů, zvládání stresu, reakce na prostředí, sebekoncepci a duchovno. V souvislosti s tímto pojetím zdraví se nese i současné pojetí ošetřovatelské péče akceptující práva pacientů, využívající metodu ošetřovatelského procesu, která je založená na komplexním řešení všech problémů pacienta, na uspokojování jeho bio-psycho-sociálně-spirituálních potřeb. Nezaměřuje se tedy jen na nemoc a její příznaky, ale snaží se odstranit všechny její příčiny i důsledky (35, 51, 66).

1.8.1.1 Bio-psycho-sociálně-spirituální a vývojové potřeby dětí

Ošetřovatelský proces jako metoda využívaná pro ošetřovatelskou péči staví na uspokojování potřeb jedince. Každý živý jedinec má celou škálu potřeb a tyto potřeby je třeba uspokojovat. Neuspokojená potřeba narušuje, v kontextu holistického přístupu k ošetřovatelské péči, fungování celého jedince a vyvolává v organismu reakce na obnovu bio-psycho-sociálně-spirituální rovnováhy.

Celá škála potřeb se vyskytuje ve všech věkových obdobích člověka. Potřeby mají tedy také děti, o jejich potřebách se začíná mluvit až v souvislosti s bojem proti dětské práci v 19. století a především ve 20. století. Uspokojování všech potřeb již o d narození

dítěte je důležité pro zdravý vývoj lidského jedince. Často se mluví o potřebě dobře se narodit jako o prvním předpokladu vývoje celistvé bytosti.

Pokud dítě onemocní, je proces uspokojování jeho potřeb narušen a tím může dojít i k narušení jeho vývoje. Tento stav může dojít až tak daleko, že u dítěte dojde k regresi ve vývoji. Dítě se vrací do nižšího stádia vývoje a musí se znovu učit věci, které již znalo. I když je tento problém známý a stále diskutovaný, setkáváme se s tím, že se zdravotnická zařízení v mnoha případech zaměřují především na potřeby biologické a potřeby psychosociální jsou považovány za podřadné a nesouvisející s léčbou. Pokud chceme hodnotit kvalitu péče o naše nejmenší, je třeba se dívat komplexně, žádný problém nepovažovat za nepodstatný a v péči neodlišovat druhy potřeb. Na dětských odděleních je to o to horší, že potřeby se mění na základě fáze vývoje jedince (jiné problémy bude mít kojenec a jiné adolescent). Existuje však několik základních potřeb, které musí být uspokojeny, aby nebyl narušen vývoj jedince. Obecně platí, že míra neuspokojení základních potřeb bývá i mírou narušení celkového stavu a vývoje dítěte. Přitom čím je dítě mladší, tím bývá závažnost tohoto postižení těžší a zahrnuje více struktur a funkcí rychle se vyvíjejícího organismu. Za základní potřeby je považována potřeba dobře se narodit (zdravé, chtěné a vítané). Dále potřeby dělíme na biologické, psychické, sociální a spirituální (jednotlivé potřeby však spolu souvisí a prolínají se mezi sebou) (44, 54).

- potřeby biologické – výživa a hydratace, vyprazdňování, teplo, hygieny, ochrana před negativními vlivy z bezprostředního okolí, dýchání, aktivity, být bez bolesti, stimulace rozvíjející funkce organismu (hlavně nervovou soustavu, lokomoci) – úzce souvisí s psychickými aktivitami. Biologické potřeby výrazně přesahují do potřeb psychických a sociálních – např. potřeba péče zabezpečující rozvoj sil a schopností organismu a to v oblasti imunologické, psychomotorické a psychosociální.
- potřeby psychické – souvisí se sociálními a navazují na biologické a jejich uspokojení umožňuje rozvoj v oblasti citů, intelektu, vůle, chování, chápání sama sebe, okolí a společenských hodnot. Patří sem potřeba náležitého přívodu podnětů (dostatečná, kvalitní a včasná stimulace již od narození), potřeba smysluplnosti

světa (řád a smysl v přijímaných podnětech), potřeba jistoty (citový vztah k vychovatelům – především k matce), potřeba vědomí vlastní identity, potřeba otevřené budoucnosti (specificky lidská potřeba, naděje proti beznaději). Při neuspokojení psychických potřeb se jedinec nebude schopen přizpůsobit společnosti a bude se chovat zvláštně, svým způsobem asociálně a deprivovaně.

- potřeby sociální – souvisí s psychickými (někdy označovány jako psychosociální). Jsou velmi nutné k socializaci dítěte. Patří sem potřeba lásky a bezpečí, potřeba přijetí dítěte (takového jaké je), potřeba identifikace s dítětem a rozvinutí všech jeho sil a schopností.

Mezi základní potřeby jsou řazeny také potřeby vývojové, které vedou k činnostem, jimiž se člověk sám rozvíjí. Mají dlouhodobý charakter, aktualizují se, s věkem roste a mění se motivace k činnostem, které vedou k získávání nových poznatků a dovedností a tím k vývoji dítěte (31, 35, 44).

1.8.2 Intervence sestry při uspokojování sociálních a jiných potřeb dítěte

Při léčení vietnamského etnika je důležité vysvětlovat procedury a testy pokud možno co nejpřesněji a nejjednodušeji. Mohou přikývnout, že to slyšeli, ale nemusí rozumět nebo souhlasit.

Ve vietnamské kultuře je vysoce ceněn respekt a harmonie, a to i v lidských vztazích. Vládne touha nikoho nezklamat, nerozčílit, neuvést do rozpaků nebo nezpůsobit ztrátu jeho důstojnosti. To může být důvodem toho, že klient vietnamského původu může na některé otázky, především ty, u kterých je odpověď negativní, odpovědět nepřímo, vyhýbavě, aby mezi ním a sestrou byl zachován mír.

Pacient vietnamského původu, je-li rozzloben, nebo není-li mu dobře, se málokdy se svým stavem svěří sestře, spíše bude hovořit potichu a usmívat se. Sestra může mít problémy se získáváním informací, protože klienti bývají diskrétní a pasivní, problémy vnímají tiše a zřídkakdy vyjadřují své pocity.

Když pacient požádá o přítomnost člena rodiny, je důležité ho přizvat. Vietnamci jsou velmi stydliví, hlavně ženy. Je třeba na to pamatovat i při ošetřování dětí, především dívek. Vhodné je proto zajistit při ošetřování soukromí.

Osobní hygiena je pro vietnamské pacienty velmi důležitá, upřednostňují sprchu ráno a každý den. Pokud nemohou provádět hygienu sami, chtějí, aby jim pomáhal člen rodiny stejného pohlaví. Stejně tak kvůli soukromí preferují používání záchodu před podložní mísou nebo močovou lahví.

Rodina upřednostňuje vlastní péči o dítě před přenecháním těchto povinností ošetřovatelskému personálu. Ošetřovatelskou péči stejně jako způsob života, postoje a vztah k nemoci a smrti ovlivňuje náboženství a víra, které mají v životě Vietnamců velký význam. Nejrozšířenější náboženství mezi Vietnamci jsou buddhismus, katolicismus a protestantismus. Podle druhu náboženství a principů z nich vycházejících můžeme usuzovat na přístup k nemoci a ošetřovatelské péči a můžeme také posoudit, jaké odlišnosti se budou u klienta vyskytovat v oblasti uspokojování jeho potřeb na základě principů multikulturního/transkulturního ošetřovatelství a ošetřovatelského procesu (29, 42, 73, 82, 83).

V oblasti zdravotnické péče o klienta-dítě z vietnamského etnika záleží na mnoha faktorech, které tuto péči ovlivňují. Jsou potřeby, jejichž uspokojování se téměř neliší od uspokojování potřeb dětí z majority a naopak jsou potřeby, jejichž uspokojování je pro ošetřovatelský personál problematické a to především z důvodu dostatečné neznalosti problematiky multikulturního/transkulturního ošetřovatelství týkající se vietnamského etnika.

1.8.3 Modifikace potřeb dítěte v souvislosti s hospitalizací

Problematika potřeb zaujímá významné místo i v řešení sociálních vztahů a sociální situace nemocného. Potřeba je chápána jako nutnost organismu něco získat, popřípadě se něčeho zbavit, aby byl organismus dítěte v rovnováze. Jsou určeny nutností člověka jako druhu a jejich neuspokojení se negativně odráží na zdraví jedince. Potřeby nemocného dítěte mají svoji specifickou podobu, která je závislá především na charakteru nemoci, samotném pacientovi a na sociálních poměrech, ve kterých žije. Proces uspokojování těchto potřeb je dynamický (5).

Hospitalizace je specifickou situací v životě dítěte, kdy se jeho základní potřebou stává potřeba být uzdraven. Samozřejmě pokračuje uspokojování potřeb

typických pro věk a vývojové stádium dítěte. Tyto potřeby můžeme v době nemoci členit do tří základních skupin.

- potřeby, které se nemocí nemění – jsou stejné u zdravého i nemocného člověka. Jsou to potřeby nesouvisející s nemocí, které si nemocný uspokojuje sám popř. za pomoci rodiny a okolí a při hospitalizaci musí být jejich uspokojování pokryto bezezbytku. V průběhu nemoci si tyto potřeby může jedinec uvědomovat intenzivněji. Řadíme sem potřebu vzduchu, výživy, tekutin, odpočinku, spánku, potřebu vyprázdnit se, být čistý, v pohodlí, v bezpečí aj. Může docházet k posunu ve vzniku potřeby i hierarchii důležitosti. Dítěti při uspokojování těchto potřeb pomáhají dle věku rodiče, širší rodina a celé jejich sociální prostředí. V nemocnici tuto funkci, pokud dítě není hospitalizováno s doprovodem, přejímá v plné výši ošetřovatelský personál.

- potřeby, které se nemocí modifikovaly – na modifikaci potřeb má vliv osobnost dítěte, druh onemocnění, jeho fáze a závažnost. Významnou úlohu hrají i společenské faktory jako věk, pohlaví. Velmi složitou skupinu tvoří biologicky modifikované potřeby – např. dietní strava, kdy je fyziologická potřeba výživy usměrňována vhodným výběrem potravy i vhodnou formou úpravy a podání. Velká pozornost je třeba věnovat modifikovaným potřebám sociálním, které se u nemocného dítěte nejdříve redukují a postupně se opět vracejí. Vedle redukce se může projevit i deformace dřívějších potřeb, protože zdaleka ne u všech pacientů se potřeby vracejí po ukončení nemoci do stavu, v jakém byly před ní.

- potřeby, které nemocí vznikly – uspokojování těchto potřeb je součástí léčebného procesu a odvíjí se od rozvoje medicíny a kvality ošetřovatelské péče. Tyto potřeby mohou vznikat v souvislosti s hospitalizací, změnou materiálních i společenských podmínek života a také na základě změny osobnosti dítěte pod vlivem poznávání, zkušeností. Jejich vznik závisí dále na celé řadě dalších okolností, jako je např. charakter, stupeň, závažnost a průběh onemocnění, interpretace nemoci, předešlé zkušenosti s nemocí, vztahy (rodina – dítě, lékař – dítě sestra – dítě, společnost – dítě). U určitého charakteru onemocnění vzniká celá řada nových potřeb, které lze

rozdělit do tří obecných rovin – potřeba navrácení zdraví, potřeba zbavit se nebo zmenšit bolest a potřeba obnovení a udržení schopnosti plnit dřívější sociální funkce nebo se připravit na nové (5).

1.9 Komunikace vietnamského dítěte a jeho doprovodu

Jedním ze základních práv pacientů je právo na informace. V odst. 3 Práv pacientů se říká: „Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového vyšetřovacího a léčebného postupu rozhodnout, zda s ním souhlasí. Pokud existuje těchto postupů více nebo pokud pacient vyžaduje informace o alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, která se na těchto procedurách podílejí“ (40, str.139). Abychom dosáhli naplnění tohoto práva, je nezbytná komunikace mezi zdravotnickým personálem a pacientem. Jednou z překážek, které často brání naplnění práva je jazyková bariéra, která je častou součástí péče o pacienta – cizince (40).

Komunikace je základní společenský proces, kterým lidé navazují vzájemný kontakt, vyměňují si informace a oznamují si své myšlenky, citové zážitky a postoje. Interpersonální komunikace je pro lidské vztahy nezbytná. Problematice komunikace věnuje velkou pozornost i transkulurní ošetřovatelství, které při tvorbě komunikačních strategií vychází z kulturních a jazykových odlišností jednotlivých minorit.

Ošetřovatelská péče u dítěte z odlišného etnika závisí na znalostech sester v oblasti multikulturního a transkulturního ošetřovatelství, jejichž podstatou je způsob práce s klienty s odlišnou kulturní, etnickou či náboženskou orientací. Opíráme se zde o informace obecné, konkrétní či specifické, které nám mohou pomoci při prvním kontaktu i při následné péčí o dítě s etnickou či jinou odlišností a jeho rodinou. Jednou z nejdůležitějších složek péče o děti je komunikace.

Komunikace mezi sestrou a pacientem je pravděpodobně nejdůležitější složkou ošetřovatelského procesu. Nedostatečná či špatná komunikace je nejvýznamnějším zdrojem nespokojenosti pacientů, efektivní komunikace naopak zvyšuje kvalitu ošetřovatelské péče. V komunikaci sestra - dítě je vedle znalosti komunikačních postupů důležitá i znalost vývojových stádií dítěte a jejich specifik. Sestra se při

hospitalizaci dítěte stává vedle rodičů jeho nejdůležitější kontaktní osobou a správná komunikace ji může pomoci při navázání vzájemného vztahu a spolupráce. Při poskytování péče pacientům z minoritní skupiny bývá velmi často komunikace na nižší úrovni, což může znamenat ohrožení kvality ošetřovatelské péče (35, 53, 80, 90).

Začlenění se do odlišné kultury je pomalý, zdlouhavý a psychicky náročný proces osvojování si nového jazyka a zvyklostí nové země. Je důležité, aby si sestry uvědomovaly přítomnost jazykové bariéry, aby byly schopny uspokojit potřeby dítěte a poskytovat kvalitní ošetřovatelskou péči. Děti z minoritních skupin mají obvykle více kontaktů a více komunikují s okolím než dospělí. Prostřednictvím školy se zdokonalují v jazyce a dokáží se lépe přizpůsobit novým zvyklostem a způsobům. Chtějí se stát součástí kultury, ve které žijí, což usnadňuje ošetřovatelskou péči, která je tak do jisté míry méně náročná než o ostatní věkové kategorie. Starší generace dávají přednost vietnamské kultuře s preferencí národního jazyka se všemi jeho nuancemi včetně neverbálních projevů typických pro danou kulturu.

Při péči o vietnamské etnikum je důležité vysvětlovat veškeré diagnostické i léčebné zákroky pokud možno co nejpřesněji a nejjednodušeji s důsledným ověřováním si pochopení sdělené informace. Přikývnutí nemusí znamenat souhlas nebo porozumění. Ve vietnamské kultuře je vysoce ceněn respekt a harmonie, a to i v lidských vztazích. Vládne touha nikoho nezklamat, nerozčílit, neuvést do rozpaků nebo nezpůsobit ztrátu jeho důstojnosti, což může být důvodem, že pacient vietnamského původu odpoví na některé otázky, především ty, u kterých je odpověď negativní, nepřímo, vyhýbavě, aby mezi ním a sestrou byl zachován mír. Pacient vietnamského původu, je-li rozzloben, nebo není-li mu dobře, se málokdy se svým stavem svěří sestře, spíše bude hovořit potichu a usmívat se, popř. se svěří rodině. Sestra může mít také problémy se získáváním informací a to nejen z důvodu jazykové bariéry, ale jako důsledek kulturní odlišnosti, kdy pacienti z řad vietnamského etnika bývají diskrétní, pasivní, problémy vnímají tiše a zřídkakdy vyjadřují své pocity (29, 35, 70, 73, 76, 82).

1.9.1 Komunikační bariéry vietnamské minority

Komunikace vietnamských dětí a jejich rodičů má svá specifika. Obecně jsou vietnamské děti v komunikačních dovednostech s českou majoritou daleko zběhlejší a často působí jako tlumočníci pro svoje rodiče, především pro matky. Není to však dogmatem. Záleží na vývojovém stádiu dítěte, délce pobytu na území ČR a významným faktorem může být i nemoc, která dítě oslabí, což může prohloubit komunikační bariéru. Děti ani jejich doprovod pak nemusí být schopni vyjádřit těžkosti, popsat problémy a porozumět instrukcím, dochází k neuspokojení potřeby komunikace, narušuje se spolupráce, mohou se objevovat negativní emoční reakce a může docházet k nedodržování léčebného režimu, nesprávnému plnění instrukcí, popř. ke vzniku zbytečných komplikací.

Přítomnost komunikační bariéry může velmi snadno vést také ke konfliktu mezi komunikujícími a to na základě odlišných hodnot, vnímání, předpojatosti a komunikačního stylu, což jsou faktory působící na komunikaci a ovlivňující konflikt a které jsou ve vietnamské kultuře velmi odlišné od kultury české. Tyto skutečnosti následně prodlužují hospitalizaci dětí, jsou příčinou jejich opakované hospitalizace či je z nemocnice propuštěno dítě, jehož rodiče nejsou důkladně informováni o následné péči o dítě. Co by mohlo zabránit vzniku těchto situací, je tlumočník. Zdravotní pojišťovny však náklady spojené s prací tlumočníka nehradí a tak pokud si rodina nezajistí vlastního tlumočníka, má zdravotnické zařízení jen velmi omezené možnosti, jak se s jazykovou bariérou vyrovnat (71, 80, 81).

Potřeba komunikace spolu s potřebou informací patří mezi psychosociální potřeby a jejich uspokojení je jednou z podmínek pro poskytování kvalitní ošetřovatelské péče. Cílem je, aby byl pacient z vietnamského etnika schopen buď osobně nebo za pomoci tlumočníka či jiných dostupných komunikačních prostředků vyjádřit své pocity, zájmy, požadavky a tím se plně zapojil do probíhající ošetřovatelské péče, zúčastňoval se rozhodování o sobě samém a navázal všestrannou spolupráci se zdravotnickými pracovníky.

Při komunikaci s vietnamskými dětmi a jejich rodinami je třeba přistupovat k jednotlivým rozhovorům zcela individuálně. Základní otázkou, kterou si musíme

položit, vedle vývojového stádia dítěte, je doba pobytu dítěte na území České republiky. U dětí narozených na území ČR nenacházíme v komunikaci téměř žádné rozdíly mezi majoritou a minoritou. U dětí narodivších se ve Vietnamu záleží na délce pobytu, věku příchodu na území ČR a stupni integrace do české společnosti. U rodičů hospitalizovaných dětí jsou rozdíly v komunikačních schopnostech postaveny na podobných základech jako u jejich dětí. Mezi hlavní faktory pro znalost českého jazyka patří délka pobytu, míra integrace a také pracovní začlenění.

1.10 Socializace vietnamských dětí

Socializace má děti z minorit připravit na setkávání se s okolím, s předsudky, diskriminací, s životem ve společnosti, která není pro dítě tradiční. Hlavní odpovědnost za socializaci dítěte-cizince připadá rodině. Rodiče mají vyvinuty adaptivní strategie dané jejich kulturním a etnickým původem. Tyto přenášejí na své děti. Socializačním cílem je naučit dítě strategie nutné pro přežití. Pokud rodina žije v multikulturní společnosti, jsou tyto strategie ještě významnější. Většina dětí z minorit se pokouší o zachování adaptivních strategií své původní kultury, ale zahrnou do svého chování i kulturu prostředí, ve kterém žijí a jsou schopny se přizpůsobit oběma. Tyto děti se označují jako bikulturní, děti, které mají smíšené dědictví. U mnoha skupin menšin se tato bikulturalita postupně vytrácí a ve 3, 4 generaci již mluvíme o dětech jako o monokulturních – zcela přijaly kultury společnost, ve které žijí. U vietnamských dětí se bikulturalita začíná vytrácet již v druhé generaci.

Vietnamské děti narozené v České republice:

- často nemluví vietnamsky
- jsou intenzivně zapojeni do české společnosti
- často se v jejich souvislosti spíše než o integraci mluví o akulturaci až asimilaci.

V této souvislosti se také často mluví o vzniku mezigeneračních a interkulturních konfliktů uvnitř samotné vietnamské komunity (2, 8, 32).

Kompetence k tomu, aby děti mohly fungovat v multikulturním světě, vychází z přejímání informací od starších generací, které ukazují dítěti jak se chovat, aby se mohlo začlenit do dané kultury. Mentor podporuje tradice, chování, názory, víru,

hodnoty tak, aby se u dítěte vytvořila kulturní identita. Jedním z cílů tohoto mentoringu je důraz na solidaritu ke společenství, minoritě, ze které dítě přichází a má za cíl udržet společnost pohromadě a zachovat co nejvíce z původní kultury minority. Pokud je rodina smíšená, přejímá často funkci „socializačního mentora“ jiný člen rodiny než rodič (2).

2. Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

Zjistit jakým způsobem jsou uspokojovány potřeby, z hlediska holistické teorie, vietnamských dětí a jejich odlišnost od majoritní společnosti.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jaké problémy se vyskytují při péči o děti z vietnamského etnika?
2. Jsou sestry seznámeny s principy multikulturního (transkulturního) ošetřovatelství?
3. Jsou u dětí z řad vietnamského etnika uspokojovány potřeby z hlediska holistické teorie?

2.3 Cíle práce pro kvantitativní výzkum

Cíl 1: Zmapovat znalosti sester v oblasti multikulturního a transkulturního ošetřovatelství

Cíl 2: Zjistit spokojenost vietnamských dětí a jejich rodičů s uspokojováním biologických a psychosociálních potřeb s ohledem na jejich kulturní tradice v souvislosti s poskytováním zdravotní péče v České republice.

Cíl 3: Zjistit, zda je u hospitalizovaných vietnamských dětí uspokojována potřeba komunikace a zda existuje jazyková bariéra při poskytování ošetřovatelské péče mezi vietnamským dítětem, jeho rodiči a ošetřovatelským personálem.

Cíl 4: Zjistit, zda sestry do ošetřovatelské péče o hospitalizované děti z vietnamského etnika zařazují prvky transkulturního ošetřovatelství.

Cíl 5: Zjistit, zda jsou vietnamští respondenti informovaní o péči, kterou poskytují praktičtí lékaři pro děti a dorost a to především v oblasti preventivní péče a očkování.

2.4 Hypotézy

Hypotézy byly stanoveny na základě výsledků kvalitativního výzkumu

H_1 Ošetřovatelská péče o děti z vietnamské minority neodpovídá zásadám transkulturního ošetřovatelství.

H_2 Při hospitalizaci dětí z vietnamské minority není prováděna ošetřovatelská péče dle principů holismu.

H_3 Při komunikaci mezi zdravotníky, dětskými pacienty z vietnamské minority a jejich rodiči je problémem jazyková bariéra.

H_4 U hospitalizovaných dětí z řad vietnamského etnika není uspokojována potřeba komunikace.

H_5 Sestry při ošetřovatelské péči o hospitalizované děti z vietnamského etnika nezařazují do ošetřovatelské anamnézy informace vyplývající z příslušnosti dětí k minoritní skupině.

H_6 Sestry při ošetřovatelské péči o hospitalizované děti z vietnamského etnika nerespektují odlišnosti vyplývající z příslušnosti dětí k minoritní skupině.

H_7 Vietnamští rodiče nejsou informováni o péči poskytované v ordinacích praktického lékaře pro děti a dorost.

H_8 Vietnamští rodiče využívají péče poskytované v ordinacích praktického lékaře pro děti a dorost v oblasti primární prevence.

H_9 Dětští pacienti/klienti z vietnamské minority vyžadují odlišnou péči než děti z majority.

3. Metodika

Dizertační práce byla zpracována jako kvalitativně kvantitativní výzkum. Výzkum byl rozdělen do tří fází, které na sebe navazovaly v logickém sledu. Výzkum probíhal v období roku 2005 až 2008 ve všech krajích České republiky.

3.1 První fáze výzkumu

První fáze výzkumu zahrnovala anketu a polostandardizovaný rozhovor se sestrami a respondenty z řad vietnamského etnika. Výzkum probíhal ve druhé polovině roku 2005.

3.1.1 Metodika první fáze výzkumu

Prvním krokem k získání dat byl předvýzkum. Zaměřili jsme se na všeobecnou znalost multikulturního (transkulturního) ošetřovatelství u sester, která byla zjišťována pomocí ankety. Anketa proběhla telefonicky.

Dále byly vedeny rozhovory s příslušníky vietnamské minority a se sestrami. Rozhovory byly nestandardizované. Okruhy otázek v rozhovorech pro respondenty z řad vietnamského etnika se týkaly primární péče o vietnamské děti, komunikace a dále byly otázky směřovány na hospitalizaci dětí a přístup ošetřovatelského personálu. Rozhovor se sestrami byl zaměřen na problémy, které sestry mají, dle jejich posouzení, při péči o děti z řad vietnamského etnika. Skladba otázek vycházela ze studia odborné literatury s ohledem na zásady transkulturní péče.

3.1.2 Výzkumný soubor první fáze výzkumu

Anketa - sestry pracující ve zdravotnických zařízeních. Ankety se zúčastnilo 165 respondentů. Prvních 10 respondentů bylo osloveno na základě účelového výběru. Ostatní respondenti byli osloveni za pomocí techniky „snowball sampling“ (technikou sněhové koule), kdy bylo prvních 10 oslovených respondentů požádáno o telefonický kontakt na jednoho až dva další respondenty – sestry. Na základě takto zvolené techniky výběru byly osloveny sestry z 23 nemocničních zařízení (fakultních, krajských i okresních nemocnic) s rozličnou dobou praxe a vzdělání.

Rozhovor polostandardizovaný (respondenti z řad vietnamského etnika) - byly osloveny rodiny s dětmi z vietnamské minority. Výzkumný soubor tvořily oslovené rodiny, které souhlasily s rozhovorem. Respondenti byli vybíráni pomocí kvótního výběru a na základě doporučení prostředníka z řad vietnamského etnika. Podmínkou pro výběr byla doba pobytu v České republice delší než 3 roky, alespoň jedno dítě a zkušenost se zdravotní péčí v ČR. Výzkumu se zúčastnilo 5 respondentů (rodin) z vietnamského etnika.

Rozhovor polostandardizovaný (sestry) – podmínkou pro výběr respondentů v této části výzkumu bylo vykonávání práce dětské sestry v nemocničním zařízení v České republice a zkušenost s ošetřováním dětí z řad vietnamského etnika. Bylo osloveno 20 dětských sester, kterým byla položena otázka, zda se při své práci setkávají s dětmi z minorit a pokud ano, tak z jakých. Všech 20 sester se při své práci setkalo s dětmi z minorit, ale jen 10 s dětmi z vietnamské minority. S těmito 10 sestrami byl veden polostandardizovaný rozhovor.

3.2 Druhá fáze výzkumu

Jedná se o kvantitativní fázi výzkumu. Z výsledku první fáze výzkumu a sekundární analýzy odborné literatury vznikly dva dotazníky. Jeden byl určen dětským sestrám a druhý respondentům z řad vietnamského etnika. Výzkum probíhal v roce 2006 a v první polovině roku 2007.

3.2.1 Metodika druhé fáze výzkumu

Dotazník pro sestry obsahoval 28 uzavřených otázek. Otázky 18, 26 a 28 byly dále rozděleny na podotázky. Při tvorbě dotazníku jsme u většiny otázek vycházeli z Likertové škály. Likertova škála patří do sumativních posuzovacích škál. Skládá se z výroku a stupnice, která obsahuje možnosti výběru odstupňované dle intenzity. V našem výzkumu byla využita 5 stupňová škála s možnostmi výběru „ano“ (1), „spíše ano“ (2), „nevím“ (3), „spíše ne“ (4) a „ne“ (5). Dotazníky byly distribuovány na dětských odděleních vybraných nemocnic v celé České republice za spolupráce vybraných sester pracujících v daných zdravotnických zařízeních.

Dotazník pro respondenty z řad vietnamského etnika obsahoval 66 uzavřených otázek. Otázka 63 byla dále rozdělena na 14 jednotlivých podotázek. Při tvorbě otázek byla využita, stejně jako u dotazníku pro sestry, Likertova škála s možnostmi výběru „ano“ (1), „spíše ano“ (2), „nevím“ (3), „spíše ne“ (4) a „ne“ (5), ale také možnost vícečetného výběru, kategorického výběru, výběru z možností ano - ne či výběru ano, ano, ale nedostatečně a ne. Sběr dat v této části výzkumu měl 2 fáze.

1. Získání kontaktů na zástupce vietnamské minority, kteří byli posléze osloveni jako prostředníci při distribuci dotazníků. Prostředníci byli vybráni z celé České republiky.
2. Prostředníci z řad vietnamské minority byli instruováni o tom, jak s dotazníky pracovat, dotazníky rozdali a případně pomohli s jejich vyplněním.

3.2.2 Výzkumný soubor druhé fáze výzkumu

Dotazník pro rodiče - dotazník byl distribuován respondentům z řad vietnamského etnika, kteří mají děti ve věku od 3 do 18 let včetně. Pro dotazníkové šetření byl stanoven počet respondentů na 500 z vietnamské minority. S pomocí prostředníků bylo rozdáno 1000 dotazníků pro respondenty z řad vietnamského etnika, které byly přeloženy do vietnamštiny. Ke zpracování se zpět vrátilo 716 dotazníků. Návratnost byla 71,6 %. Z těchto dotazníků bylo pro neúplnost vyřazeno 48 dotazníků. Pro následné zpracování bylo tedy využito 668 dotazníků od respondentů z řad vietnamského etnika. Výzkumu se tedy zúčastnilo 668 respondentů z řad vietnamského etnika ze všech krajů České republiky.

Dotazník pro sestry - výzkumný soubor tvoří sestry pracující ve zdravotnických zařízeních poskytujících ošetřovatelskou péči dětským pacientům v celé ČR. Respondenti byli vybíráni pomocí kvótního výběru, kdy podmínkou pro jejich výběr bylo vykonávání práce dětské sestry v nemocničním zařízení v České republice a zkušenost s ošetřováním dětí z řad vietnamského etnika. Dotazníky byly rozdávány za spolupráce vybraných sester pracujících v daných zdravotnických zařízeních. Bylo rozdáno 200 dotazníků. Řádně vyplněných se vrátilo všech 200 dotazníků, návratnost je 100%.

3.3 Třetí fáze výzkumu

Třetí fáze výzkumu proběhla po vyhodnocení výsledků vyplývajících z dotazníků distribuovaných ve druhé části výzkumu. Obsahuje polostandardizovaný rozhovor s respondenty z řad vietnamského etnika. Výzkum proběhl v období první poloviny roku 2008.

3.3.1 Metodika třetí fáze výzkumu

Po skončení dotazníkového šetření a vyhodnocení výsledků dotazníků byly provedeny tři rozhovory s respondenty z řad vietnamského etnika. Tyto rozhovory byly polostandardizované, byly vedeny po vyhodnocení dotazníkové šetření a byly zaměřeny na některé konkrétní výsledky z šetření vyplývající. Jednalo se o výsledky, které byly rozporuplné či vyžadovaly dodatečné vysvětlení. Rozhovory se týkaly především otázek komunikace a uspokojování potřeb hospitalizovaných vietnamských dětí.

3.3.2 Výzkumný soubor třetí fáze výzkumu

Rozhovor polostandardizovaný – respondenti byli vybíráni na základě doporučení prostředníka z řad vietnamského etnika. Respondenti byli vybíráni účelově. Byli vybráni respondenti s dobou pobytu na území ČR déle než 10 let, s výbornou znalostí českého jazyka, kteří jsou integrovaní v české společnosti a současně hrají výraznou roli ve vietnamské komunita v místě svého bydliště (všichni respondenti jsou v komunitě využíváni jako tlumočníci a rádci pro nově příchozí). Pro výběr byla nutná také zkušenost respondentů se zdravotní péčí o děti (hospitalizací) v České republice. Respondenti v těchto rozhovorech reagovali především jako příslušníci vietnamské minority, z hlediska jejich kulturní odlišnosti. Výzkumu se zúčastnili 3 respondenti z vietnamského etnika.

3.4 Zpracování dat

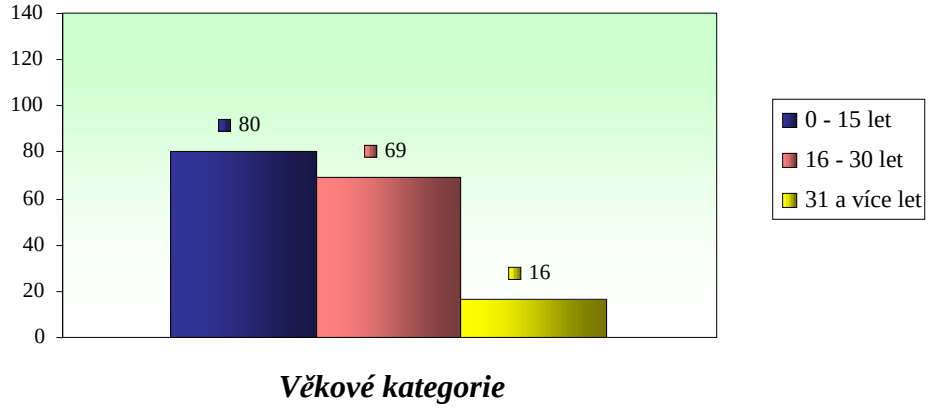
Anketa v kvalitativní části byla zpracována popisnou statistikou. Rozhovory v kvalitativním výzkumu byly zpracovány pomocí modifikovaného přístupu rámcové analýzy Ritchie-Spencer.

V kvantitativní části byla pro potvrzení hypotéz vyhodnocována každá odpověď zvlášť, v sumárních výsledcích byly u vybraných otázek odpovědi shrnuty na kladné (součet odpovědí ano a spíše ano), neutrální (nevím) a záporné (součet odpovědí spíše ne a ne). Pro interpretaci získaných dat byla využita popisná statistika pomocí tabulek a grafů v programu Microsoft Excel. U vyhodnocování výsledků dotazníku pro vietnamskou minoritu byly výsledky zpracovány v SPSS programu verze 16.0. Vybrané výsledky výzkumu byly statisticky srovnávány pomocí Chí-kvadrátu. Chí-kvadrát test vychází z frekvenční tabulky a porovnává rozdělení odpovědí v jednotlivých kategoriích s očekávanými početnostmi, kdy hledá vzájemné závislosti mezi dvěma proměnnými.

4. Výsledky

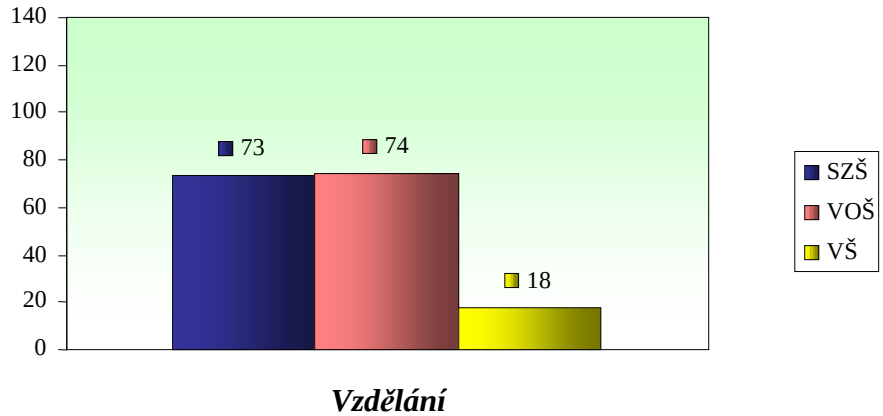
4.1 Anketa pro sestry

Graf 1 Doba praxe sester oslovených v anketě



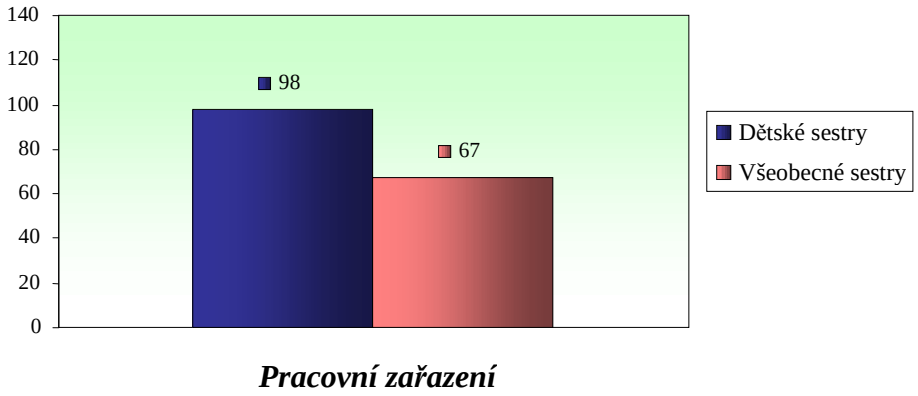
Graf 1 znázorňuje dobu praxe sester, které se účastnily ankety. Praxi v rozmezí 0 – 15 let uvedlo 80 sester (48 %), rozmezí 16 – 30 let uvedlo 69 sester (42 %) a praxi 31 let a více uvedlo 16 sester (10 %).

Graf 2 Vzdělání sester oslovených v anketě



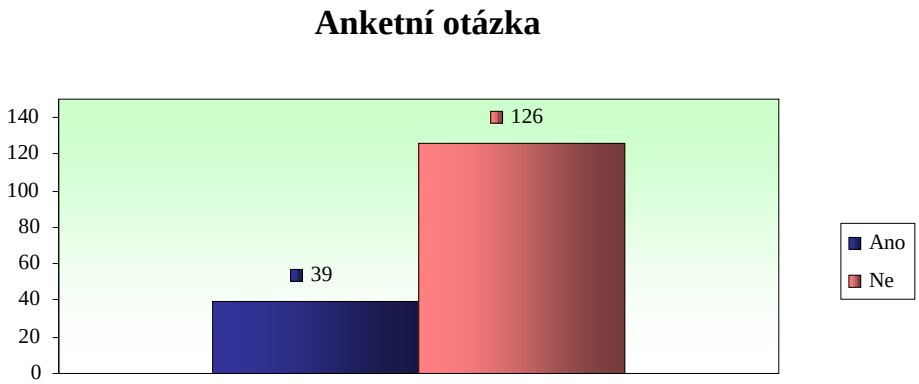
Graf 2 znázorňuje vzdělání sester, které se účastnily ankety. Středoškolské vzdělání uvedlo 73 sester (44 %), vyšší odborné vzdělání uvedlo 74 sester (45 %) a vysokoškolské vzdělání vedlo 18 sester (11 %).

Graf 3 Pracovní zařazení sester oslovených v anketě



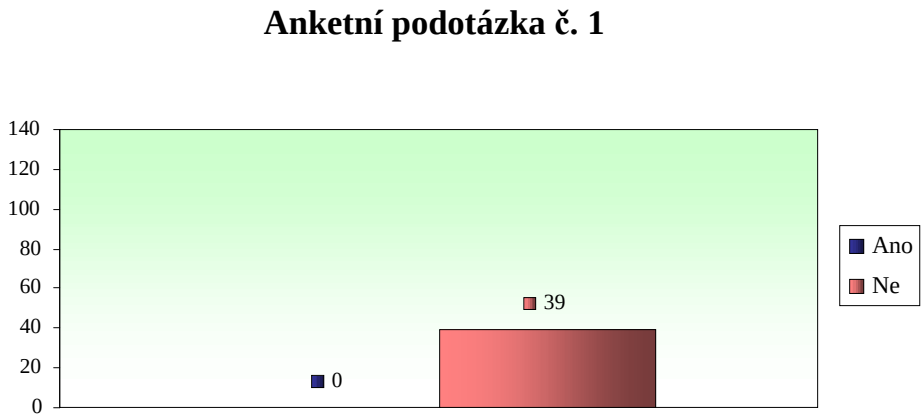
Sestry oslovené v anketě byly rozděleny do dvou kategorií. Ankety se zúčastnilo 98 dětských sester (59 %) a 67 všeobecných sester (41 %), jak ukazuje graf 3.

Graf 4 Znalost Modelu vycházejícího slunce



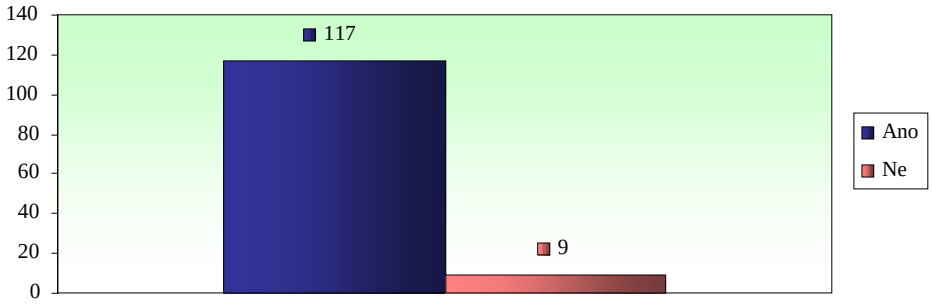
Na anketní otázku „Znáte teorii Leiningerové a její Model vycházejícího slunce?“ odpovědělo kladně 39 (24 %) respondentů a záporně 126 (76 %) respondentů.

Graf 5 Využití Modelu vycházejícího slunce v praxi



Anketní podotázka č. 1 („Pracovali jste někdy s tímto modelem ve vaší praxi?“) byla určena respondentům, kteří v anketní otázce odpovídali ano, tedy pro 39 respondentů. Z těchto respondentů na podotázku č. 1 odpovědělo ano 0 (0 %) respondentů. Odpověď ne si zvolilo všech 39 respondentů, tedy 100 %.

Graf 6 Znalost pojmu transkulturní ošetřovatelství



Anketní podotázka č. 2 („Znáte pojem transkulturní ošetřovatelství?“) byla určena respondentům, kteří v anketní otázce odpovídali ne, tedy pro 126 respondentů. Z těchto respondentů na podotázku č. 2 odpovědělo ano 117 (93 %) respondentů. Odpověď ne si zvolilo 9 respondentů, tedy 7 %.

4.2 Polostandardizovaný rozhovor se sestrami

Tabulka 1 Sumární výsledky k otázce „Jak často se při své práci setkáváte s dětmi z vietnamského etnika?“

S = sestra	**Součet**	**S1**	**S2**	**S3**	**S4**	**S5**	**S6**	**S7**	**S8**	**S9**	**S10**
Často (i několikrát měsíčně)	1	1									
Pravidelně (tak jednou za měsíc)	3		1	1	1						
Občas (několikrát ročně)	6					1	1	1	1	1	1
Celkový výskyt	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Na první otázku (tabulka 1) odpověděla 1 sestra, že se s dětmi z vietnamského etnika setkává několikrát měsíčně, 3 sestry odpověděly, že pravidelně, tak jednou za měsíc a 6 sester odpovědělo občas, jen několikrát ročně.

Tabulka 2 Sumární výsledky k otázce „Zahrnujete kulturu dětí do ošetřovatelské anamnézy?“

S = sestra	**Součet**	**S1**	**S2**	**S3**	**S4**	**S5**	**S6**	**S7**	**S8**	**S9**	**S10**
Ano	3	1	1		1						
Ne	7			1		1	1	1	1	1	1
Celkový výskyt	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

V tabulce 2 najdeme odpověď sester na otázku „Zahrnujete kulturu dětí do ošetřovatelské anamnézy?“. Na otázku odpověděly 3 sestry ano a 7 sester ne.

Tabulka 3 Sumární výsledky k otázce „Zahrnujete kulturu dětí do plánování ošetřovatelské péče?“

S = sestra	**Součet**	**S1**	**S2**	**S3**	**S4**	**S5**	**S6**	**S7**	**S8**	**S9**	**S10**
Ano	1	1									
Ano, pokud je to třeba	2		1		1						
Ne	7			1		1	1	1	1	1	1
Celkový výskyt	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Z 10 dotazovaných sester na položenou otázku 1 odpověděla ano, 2 sestry odpověděly ano, pokud je to třeba a 7 sester odpovědělo ne.

Tabulka 4 Sumární výsledky k otázce „Při péči o děti z vietnamského etnika vidíte nějaké rozdíly ve srovnání s péčí o děti z majority?“

S = sestra	Součet	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
Ano	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Celkový výskyt	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Tabulka 4 ukazuje, že na položenou otázku všechny sestry odpověděly ano.

Tabulka 5 Sumární výsledky k otázce „Jaké rozdíly byste uvedla?“

S = sestra	Součet	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
Nevyžadují takovou pozornost	7	1	1	1			1	1	1	1	
Tišší	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Méně pláčou	4		1			1		1		1	
Méně komunikují	5			1	1			1		1	1
Celkový výskyt	26	2	3	3	2	2	2	4	2	4	2

V tabulce 5 jsou zaznamenány konkrétní rozdíly, které sestry vidí při péči o děti z vietnamského etnika ve srovnání s péčí o děti z majority. Na tuto otázku odpovídaly sestry, které v předešlé otázce odpovídaly ano. Bylo to všech 10 sester. 7 sester uvedlo, že vietnamské děti na rozdíl od dětí z majority nevyžadují takovou pozornost, 10 sester uvedlo, že jsou tišší, 4 setry, že méně pláčou a 5 sester uvedlo, že vietnamské děti méně komunikují.

Tabulka 6 Sumární výsledky k otázce „Měla jste někdy problém při uspokojování potřeb dětí z vietnamského etnika (jiné než u dětí z majority)?“

S = sestra	Součet	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
Ano	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Celkový výskyt	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

V tabulce 6 najdeme odpověď sester na otázku „Měla jste někdy problém při uspokojování potřeb dětí z vietnamského etnika (jiné než u dětí z majority)?“ Všechny sestry odpověděly na tuto otázku ano.

Tabulka 7 Sumární výsledky k otázce „Jaké problémy to byly?“

S = sestra	**Součet**	**S1**	**S2**	**S3**	**S4**	**S5**	**S6**	**S7**	**S8**	**S9**	**S10**
Komunikace	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Spolupráce s rodiči	7				1	1	1	1	1	1	1
Zvyky dětí	4		1			1		1			1
Řešení bolesti	6		1	1			1	1	1	1	
Řešení výživy	4			1			1	1			1
Celkový výskyt	31	1	3	3	2	3	4	5	3	3	4

V tabulce 7 jsou zaznamenány konkrétní problémy, které sestry vidí při péči o děti z vietnamského etnika ve srovnání s péčí o děti z majority. Na tuto otázku odpovídaly sestry, které v předešlé otázce odpovídaly ano. Bylo to všech 10 sester. 10 sester uvedlo jako problém při uspokojování potřeb komunikaci, 7 sester spolupráci s rodiči, 4 setry zvyky dětí, 6 sester řešení bolesti a 4 sestry řešení výživy.

Tabulka 8 Sumární výsledky k otázce „Jaké problémy se objevily při péči o děti z vietnamského etnika?“

S = sestra	**Součet**	**S1**	**S2**	**S3**	**S4**	**S5**	**S6**	**S7**	**S8**	**S9**	**S10**
Komunikace	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Pojištění	3					1		1		1	
Prevence (očkování)	5			1		1	1	1		1	
Specifická péče	3							1	1		1
Alternativní medicína	4		1	1			1			1	
Dodržování předepsaných nařízení	3			1			1	1			
Spolupráce s rodiči	4		1		1		1		1		
Celkový výskyt	32	1	3	4	2	3	5	5	3	4	2

V tabulce 8 najdeme problémy, se kterými se setry potýkají při péči o děti z vietnamského etnika. 10 sester uvedlo odpověď komunikace, 3 pojištění, 5 prevence, 3 specifika péče, 4 alternativní medicína, 3 dodržování předepsaných nařízení a 4 sestry uvedly jako problém spolupráci s rodiči.

4.3 Polostandardizovaný rozhovor s respondenty z řad vietnamského etnika

Tabulka 9 Sumární výsledky k otázce "Jakou máte zkušenost se zdravotní péčí v České republice?"

R = respondent z vietnamského etnika	**Součet**	**R1**	**R2**	**R3**	**R4**	**R5**
Výbornou	2	1	1			
Velmi dobrou	2			1	1	
Dobrou	1					1
Celkový výskyt	5	1	1	1	1	1

V tabulce 9 najdeme zkušenosti respondentů z řad vietnamského etnika se zdravotní péčí v ČR. 2 dotazovaní označili zdravotní péči v ČR za výbornou, 2 za velmi dobrou a 1 za dobrou.

Tabulka 10 Sumární výsledky k otázce "Jakou máte zkušenost se zdravotní péčí v České republice v oblasti prevence?"

R = respondent z vietnamského etnika	**Součet**	**R1**	**R2**	**R3**	**R4**	**R5**
Je lepší než ve Vietnamu.	2	1	1			
Na prevenci s dětmi chodíme	2			1	1	
Na prevenci nechodíme	1					1
Celkový výskyt	5	1	1	1	1	1

V tabulce 10 najdeme zkušenosti respondentů z řad vietnamského etnika se zdravotní péčí v ČR v oblasti prevence. 2 dotazovaní označili zdravotní péči v ČR v oblasti prevence za lepší než ve Vietnamu, 2 dotazovaní uvedli, že s dětmi chodí na prevenci a 1 dotazovaný uvedl, že na prevenci nechodí.

Tabulka 11 Sumární výsledky k otázce "Jakou máte zkušenost se zdravotní péčí v České republice v oblasti očkování?"

R = respondent z vietnamského etnika	**Součet**	**R1**	**R2**	**R3**	**R4**	**R5**
Děti jsou očkované, ale my ne	2			1	1	
Celá rodina chodí na očkování	2	1	1			
Na očkování nechodíme	1					1
Celkový výskyt	5	1	1	1	1	1

V tabulce 11 najdeme zkušenosti respondentů z řad vietnamského etnika se zdravotní péčí v ČR v oblasti očkování. 2 dotazovaní uvedli, že děti jsou očkované, ale ostatní členové rodiny ne, 2 dotazovaní uvedli, že očkování absolvuje celá rodina a 1 dotazovaný uvedl, že na očkování nechodí.

Tabulka 12 Sumární výsledky k otázce "Jakou máte zkušenost se zdravotní péčí v České republice v oblasti péče praktického lékaře pro děti a dorost?"

R = respondent z vietnamského etnika	**Součet**	**R1**	**R2**	**R3**	**R4**	**R5**
Jsme registrovaní, výborná péče	3	1	1	1		
Jsme registrovaní, ale nevěnuje se nám	1				1	
Máme svého lékaře	1					1
Celkový výskyt	5	1	1	1	1	1

V tabulce 12 najdeme zkušenosti respondentů z řad vietnamského etnika se zdravotní péčí v ČR v oblasti péče praktického lékaře pro děti a dorost. 3 dotazovaní uvedli, že jsou registrovaní u praktického lékaře pro děti a dorost a péči považují za výbornou, 1 dotazovaný uvedl, že jsou registrovaní, ale lékař se jim nevěnuje a 1 dotazovaný uvedl, že mají svého lékaře.

Tabulka 13 Sumární výsledky k otázce "Jakou máte zkušenost se zdravotní péčí v České republice v oblasti hospitalizace?"

R = respondent z vietnamského etnika	**Součet**	**R1**	**R2**	**R3**	**R4**	**R5**
Dobrou	5	1	1	1	1	1
Celkový výskyt	5	1	1	1	1	1

V tabulce 13 najdeme zkušenosti respondentů z řad vietnamského etnika se zdravotní péčí v ČR v oblasti hospitalizace?" Všech 5 dotazovaných odpovědělo dobrou.

Tabulka 14 Sumární výsledky k otázce "Jakou máte zkušenost se zdravotní péčí v České republice v oblasti pojištění?"

R = respondent z vietnamského etnika	**Součet**	**R1**	**R2**	**R3**	**R4**	**R5**
Máme pojištění VZP veřejné	3	1	1	1		
Máme pojištěni VZP smluvní	2				1	1
Je to hodně drahé	2			1		1
Celkový výskyt	7	1	1	2	1	2

V tabulce 14 najdeme zkušenosti respondentů z řad vietnamského etnika se zdravotní péčí v ČR v oblasti pojištění. 3 dotazovaní odpověděli, že mají veřejné zdravotní pojištění Všeobecné zdravotní pojišťovny, 2 dotazovaní, že mají smluvní pojištění Všeobecné zdravotní pojišťovny. 2 dotazovaní navíc uvedli, že pojištění je hodně drahé (jeden dotazovaný měl veřejné a jeden smluvní pojištění).

Tabulka 15 Sumární výsledky k otázce "V čem vidíte odlišnost Vaší minority od většinové populace v České republice?"

R = respondent z vietnamského etnika	**Součet**	**R1**	**R2**	**R3**	**R4**	**R5**
Jiná kultura	4	1	1	1		1
Jiné zvyky	3		1		1	1
Náboženství	3			1	1	1
Tradice	3	1	1			1
Celkový výskyt	13	2	3	2	2	4

V tabulce 15 jsou uvedeny odlišnosti vietnamské minority od většinové populace v ČR tak, jak je vidí dotazovaní respondenti z řad vietnamského etnika. 4 dotazovaní uvedli, že rozdíl vidí v kultuře, 3 vidí rozdíl ve zvycích, 3 v náboženství a 3 v tradicích.

Tabulka 16 Sumární výsledky k otázce "V čem vidíte problémy při péči o zdraví Vašich dětí v ČR?"

R = respondent z vietnamského etnika	**Součet**	**R1**	**R2**	**R3**	**R4**	**R5**
Jiná kultura	3	1			1	1
Jiný pohled na zdraví	5	1	1	1	1	1
Jiný systém péče	4	1	1	1		1
Nedostatek informací, nejsme informovaní	1					1
Celkový výskyt	13	3	2	2	2	4

V tabulce 16 jsou uvedeny problémy při péči o zdraví o vietnamské děti v ČR tak, jak je vidí dotazovaní respondenti z řad vietnamského etnika. 3 odpovídající vidí problém v jiné kultuře, 5 v jiném pohledu na zdraví, 4 v jiném systému péče a 1 v nedostatku informací.

Tabulka 17 Sumární výsledky k otázce “Bylo Vaše dítě hospitalizováno v ČR?“

R = respondent z vietnamského etnika	**Součet**	**R1**	**R2**	**R3**	**R4**	**R5**
Ano	5	1	1	1	1	1
Celkový výskyt	5	1	1	1	1	1

V tabulce 17 najdeme odpověď respondentů z řad vietnamského etnika na otázku “Bylo Vaše dítě hospitalizováno v ČR?“ Všech 5 odpovídajících odpovědělo na otázku ano.

Tabulka 18 Sumární výsledky k otázce “Jaká byla Vaše zkušenost s hospitalizací?“

R = respondent z vietnamského etnika	**Součet**	**R1**	**R2**	**R3**	**R4**	**R5**
Výborná	3	1	1	1		
Velmi dobrá	1				1	
Dobrá	1					1
Celkový výskyt	5	1	1	1	1	1

V tabulce 18 najdeme zkušenost s hospitalizací respondentů z řad vietnamského etnika. 3 dotazovaní uvedli, že zkušenost je výborná, 1, že velmi dobrá a 1, že dobrá. Respondentům byla k hodnocení nabídnuta škála s možností výběru výborná, velmi dobrá, dobrá, dostatečná a nedostatečná.

Tabulka 19 Sumární výsledky k otázce “Měli jste problémy při hospitalizaci?“

R = respondent z vietnamského etnika	**Součet**	**R1**	**R2**	**R3**	**R4**	**R5**
Komunikace	2			1	1	
Strava	1					1
Spolupráce	3		1	1	1	
Informace o dítěti a péči	2				1	1
Se zdravotní péčí ne, jen s přístupem	1	1				
Celkový výskyt	9	1	1	2	3	2

V tabulce 19 najdeme problémy při hospitalizaci, tak, jak je vidí dotazovaní respondenti z řad vietnamského etnika. 2 odpovídající měli problém s komunikací, 1 se stravou, 3 viděli problém ve spolupráci, 2 v informovanosti o dítěti a průběhu péče a 1 odpovídající uvedl, že neměl problém v souvislosti se zdravotní péčí, ale s přístupem pečujících.

Tabulka 20 Sumární výsledky k otázce „Byli jste dotazování na kulturu a odlišnosti z ní plynoucí?“

R = respondent z vietnamského etnika	**Součet**	**R1**	**R2**	**R3**	**R4**	**R5**
Ne	5	1	1	1	1	1
Celkový výskyt	5	1	1	1	1	1

V tabulce 20 najdeme odpověď respondentů z řad vietnamského etnika na otázku „Byli jste dotazování na kulturu a odlišnosti z ní plynoucí?“ Všech 5 dotazovaných odpovědělo ne.

Tabulka 21 Sumární výsledky k otázce „Byla při péči o Vaše dítě respektována jeho/Vaše kultura?“

R = respondent z vietnamského etnika	**Součet**	**R1**	**R2**	**R3**	**R4**	**R5**
Ne	5	1	1	1	1	1
Celkový výskyt	5	1	1	1	1	1

V tabulce 21 najdeme odpověď respondentů z řad vietnamského etnika na otázku zda byla při péči o jejich dítě respektována jeho kultura. Všech 5 dotazovaných odpovědělo ne.

Tabulka 22 Sumární výsledky k otázce „Jak byste ohodnotili uspokojování potřeb dětí během hospitalizace?“

R = respondent z vietnamského etnika	**Součet**	**R1**	**R2**	**R3**	**R4**	**R5**
Velmi dobře	3	1	1	1		
Dobře	2				1	1
Celkový výskyt	5	1	1	1	1	1

V tabulce 22 najdeme hodnocení uspokojování potřeb dětí během hospitalizace z pohledu respondentů z řad vietnamského etnika. 3 dotazovaní ohodnotili uspokojování potřeb jako velmi dobré a 2 jako dobré. Respondentům byla k hodnocení nabídnuta škála s možností výběru výborně, velmi dobře, dobře, dostatečně a nedostatečně.

Tabulka 23 Sumární výsledky k otázce „Bylo uspokojování potřeb kulturně specifické?“

R = respondent z vietnamského etnika	**Součet**	**R1**	**R2**	**R3**	**R4**	**R5**
Ne	5	1	1	1	1	1
Celkový výskyt	5	1	1	1	1	1

V tabulce 23 najdeme odpověď respondentů z řad vietnamského etnika zda při uspokojování potřeb bylo přihlíženo na kulturní specifika dětí. Všech 5 dotazovaných odpovědělo ne.

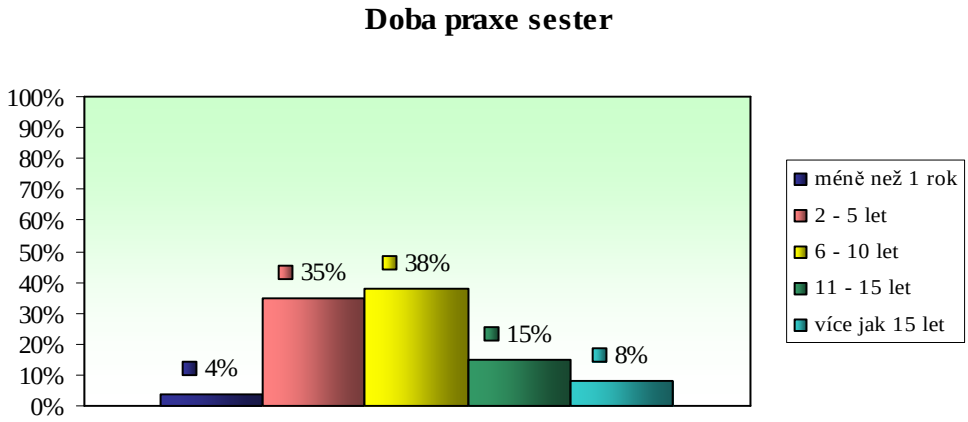
Tabulka 24 Sumární výsledky k otázce „Jak byste ohodnotili komunikaci s pečujícími?“

R = respondent z vietnamského etnika	**Součet**	**R1**	**R2**	**R3**	**R4**	**R5**
Dobrá, domluvíme se (umíme) česky	2	1	1			
Dobrá, měli jsme sebou tlumočníka	1					1
Problém, ale nějak jsme se domluvili	2			1	1	
Celkový výskyt	5	1	1	1	1	1

V tabulce 24 najdeme odpověď respondentů z řad vietnamského etnika na vzájemnou komunikaci s pečujícími. 2 dotazovaní odpověděli, že komunikace byla dobrá, protože umí česky, 1 dotazovaný, uvedl dobrá, měli jsme sebou tlumočníka a 2 uvedli byl to problém, ale nějak jsme se domluvili.

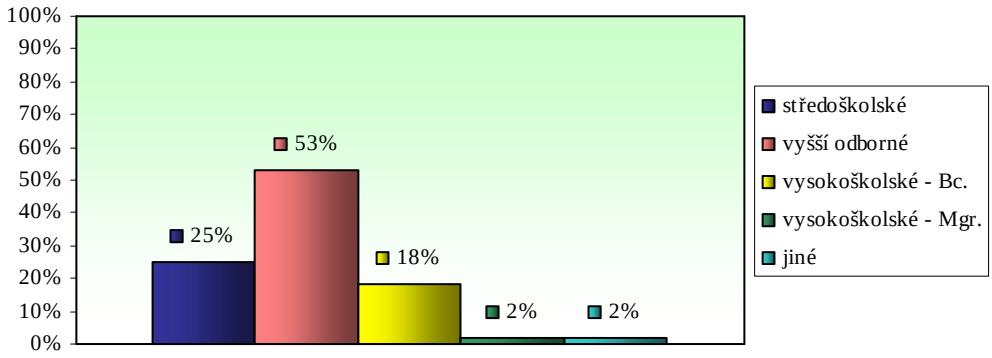
4.4 Dotazník pro sestry

Graf 7



Graf 7 znázorňuje dobu praxe sester, které se účastnily dotazníkového šetření. Praxi méně než jeden rok uvedlo 8 sester (4 %), praxi v rozmezí 2 – 5 let uvedlo 70 sester (35 %), v rozmezí 6 – 10 let uvedlo 76 sester (38 %), v rozmezí 11 – 15 let uvedlo 30 sester (15 %) a praxi více jak 15 let uvedlo 16 sester (8 %).

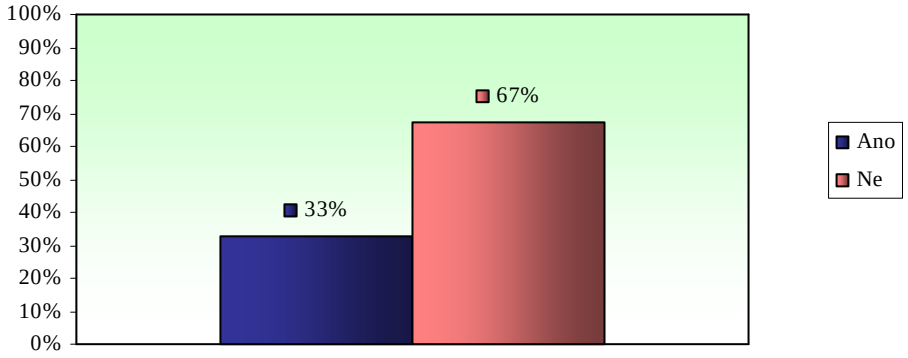
Graf 8



Graf 8 znázorňuje vzdělání sester, které se účastnily dotazníkového šetření. Středoškolské vzdělání uvedlo 50 sester (25 %), vyšší odborné vzdělání uvedlo 106 sester (53 %), vysokoškolské vzdělání bakalářského typu vedlo 36 sester (18 %), vysokoškolské vzdělání magisterské vedly 4 sestry (2 %), jiné vzdělání uvedly 4 sestry (2 %).

Graf 9

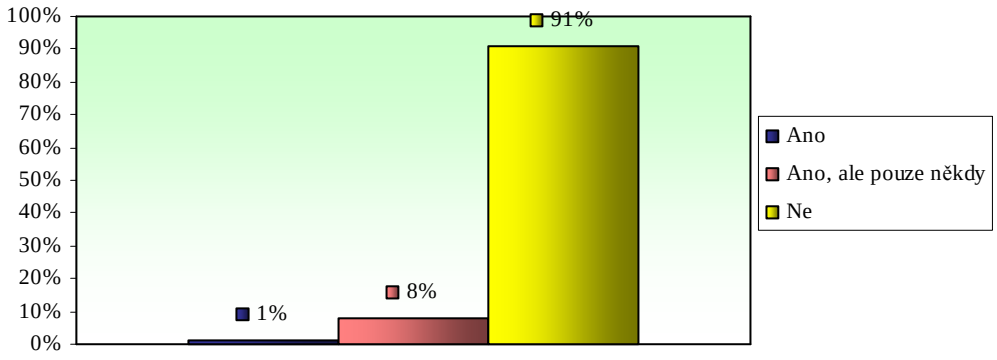
Setkání s předmětem věnujícím se minoritám



Setkání s předmětem, který se věnoval minoritám, při svém studiu uvedlo 66 sester (33 %), odpověď ne si zvolilo 134 sester (67 %).

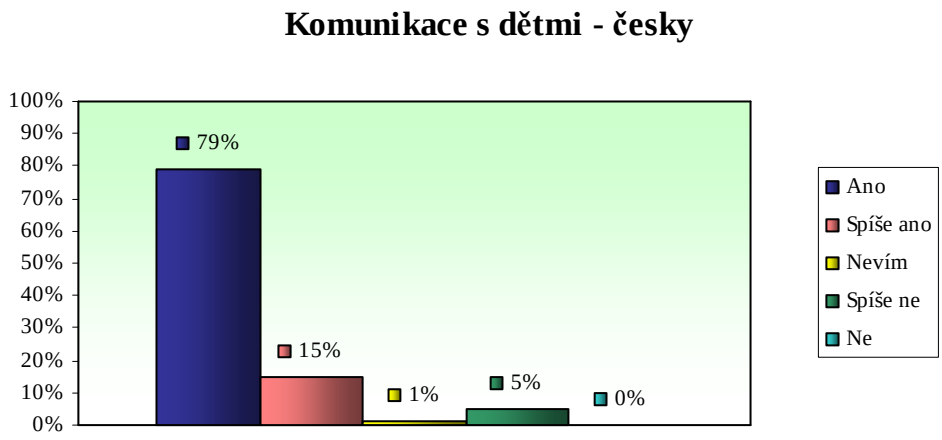
Graf 10

Využívání modelu Leiningerové



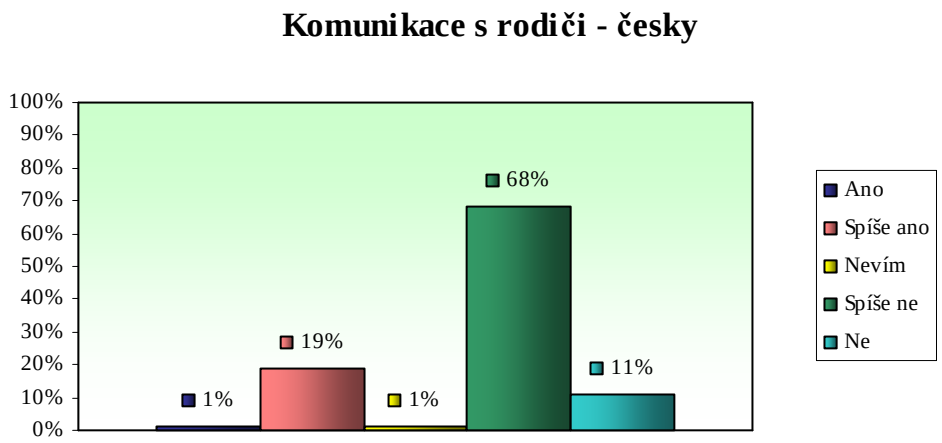
Využívání modelu Leiningerové při sběru ošetřovatelské anamnézy uvedly 2 sestry (1 %). Odpověď ano, ale pouze někdy si zvolilo 16 sester (8 %) a odpověď ne 182 sester (91 %).

Graf 11



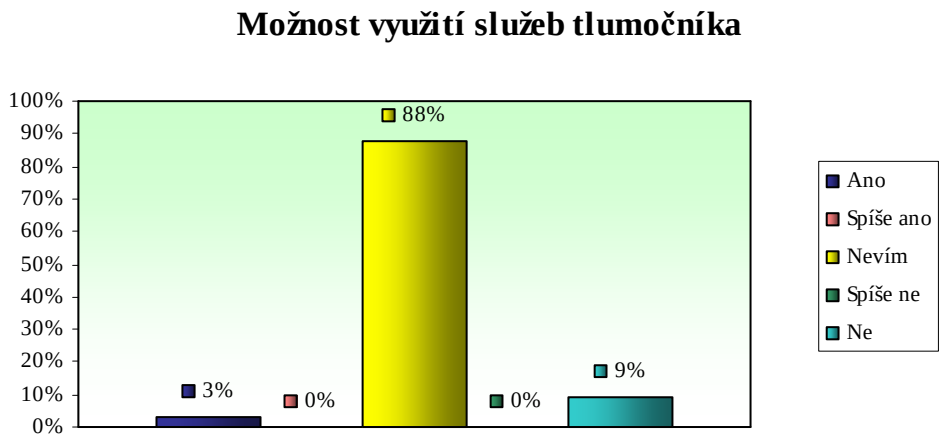
Na otázku, zda se s nimi dorozumívají hospitalizované vietnamské děti česky, graficky znázorněnou v grafu 11, odpovědělo ano 158 (79 %) sester, spíše ano 30 (15 %) sester, nevím 2 (1 %) sestry, spíše ne 10 (5 %) sester a žádná sestra nezvolila možnost ne.

Graf 12



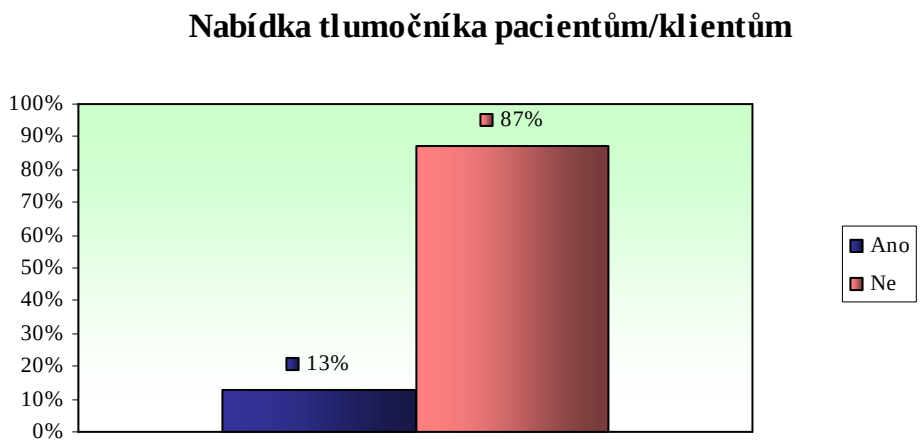
Odpovědi na otázku, zda se se sestrami dorozumívají rodiče hospitalizovaných vietnamských dětí česky, poukazuje graf 12. Odpověď ano si zvolily 2 (1 %) sestry, spíše ano 38 (19 %) sester, nevím 2 (1 %) sestry, spíše ne 136 (68%) sester a 22 (11 %) sester si zvolilo možnost ne.

Graf 13



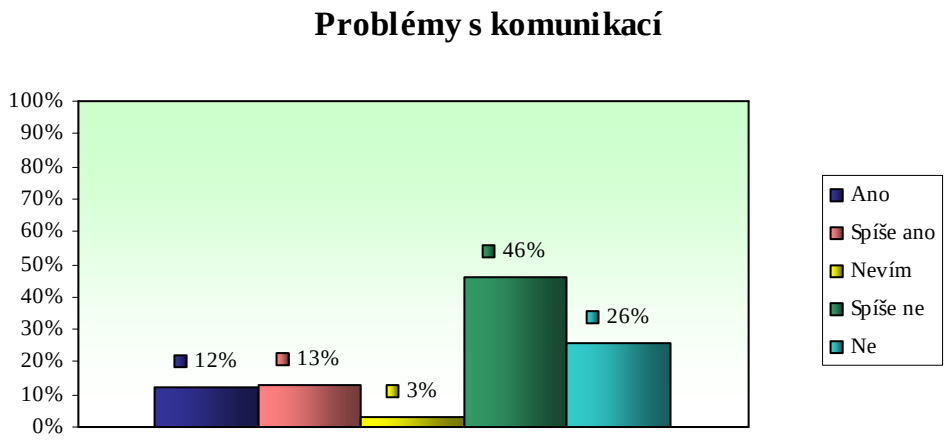
V grafu 13 jsou znázorněny odpovědi sester na otázku, zda mají možnost při péči o pacienty z vietnamského etnika využívat služeb tlumočníka. 6 sester (3 %) odpovědělo, že má možnost využívat tlumočníka, 172 sester (88 %) neví o možnosti využití tlumočníka a 18 sester (9 %) odpovědělo na otázku ne. Otázku spíše ano a spíše ne si nezvolila žádná sestra.

Graf 14



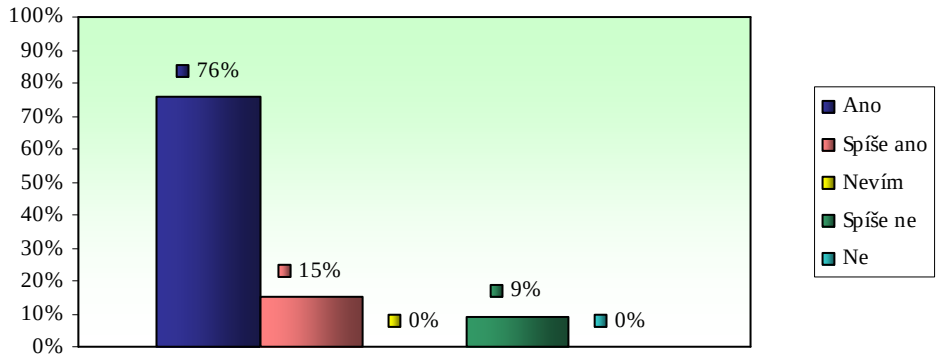
Graf 14 popisuje odpověď sester na otázku, zda nabízejí pacientům z řad vietnamského etnika možnost využít tlumočníka. Sestry odpovídaly ano, nabízíme vietnamským pacientům možnost tlumočníka, v počtu 26 (13 %), odpověď nevím si nevybrala žádná sestra a 174 (87 %) sester nenabízí vietnamským pacientům možnost tlumočníka.

Graf 15



Graf 15 znázorňuje odpovědi na otázku, zda měly sestry problémy s komunikací při péči o děti z vietnamského etnika. Ano odpovědělo 24 (12 %) sester, spíše ano 26 (13 %) sester, nevím 6 (3 %) sester, spíše ne 92 (46 %) sester a 52 (26 %) sester si zvolilo možnost ne.

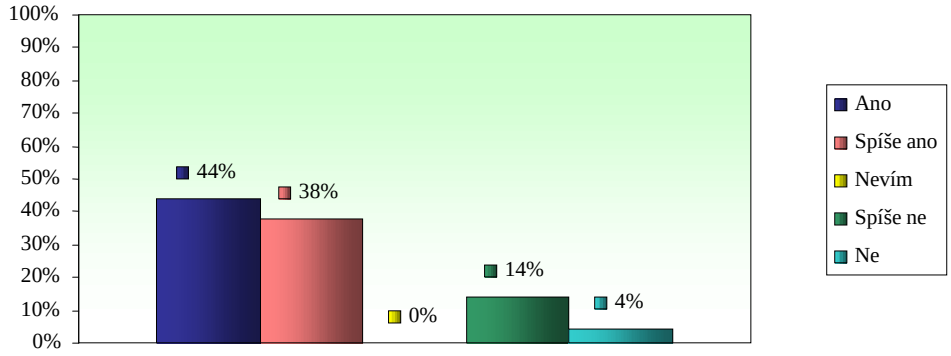
Graf 16



V grafu 16 jsou graficky znázorněny odpovědi sester na otázky týkající se ověřování pochopení pokynů, které sestra podává dětem a jejich rodičům ohledně ošetřovatelské péče. Sestry odpovídaly takto: 152 (76 %) sester si ověřuje zda dítě a jeho doprovod rozumí pokynům, které jim dává ohledně zdravotní péče, spíše ano 30 (15 %) sester, žádná ze sester nezvolila odpověď nevím, spíše ne odpovědělo 18 (9 %) sester a odpověď ne nezvolila žádná sestra.

Graf 17

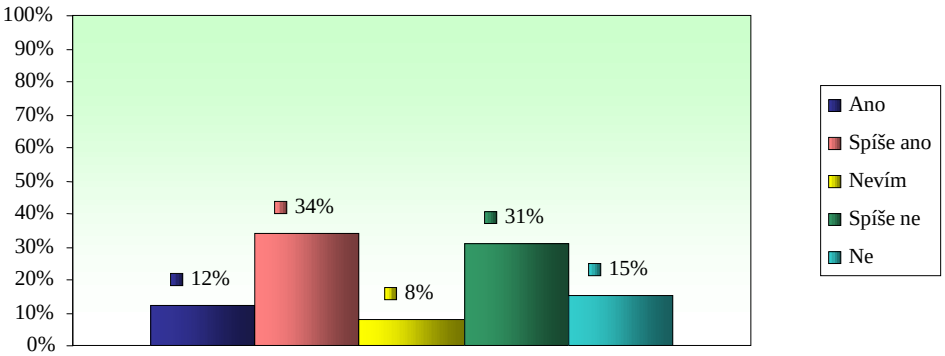
Zapojení rodičů sestrami do péče



Graf 17 znázorňuje odpovědi na otázku, zda sestry zapojují vietnamské rodiče do péče o dítě. 88 (44 %) sester odpovědělo ano, zapojujeme vietnamské rodiče do péče o jejich dítě, 72 (38 %) sester odpovědělo spíše ano, odpověď nevím si nezvolila žádná sestra, 28 (14 %) sester si zvolilo odpověď spíše ne a 8 (4 %) odpověď ne.

Graf 18

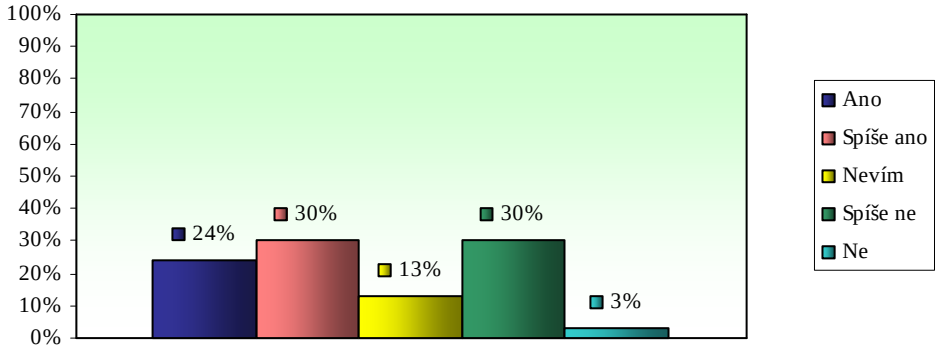
Zapojení se rodiče do péče



Graf 18 znázorňuje odpovědi na otázku, zda se vietnamští rodiče zapojují do péče o své dítě. 24 (12 %) sester uvedlo, že se vietnamští rodiče zapojují do péče o své dítě, 68 (34 %) sester odpovědělo spíše ano, 16 (8 %) sester si zvolilo odpověď nevím. Odpověď spíše ne si zvolilo 62 (31 %) sester a odpověď ne 30 (15 %) sester.

Graf 19

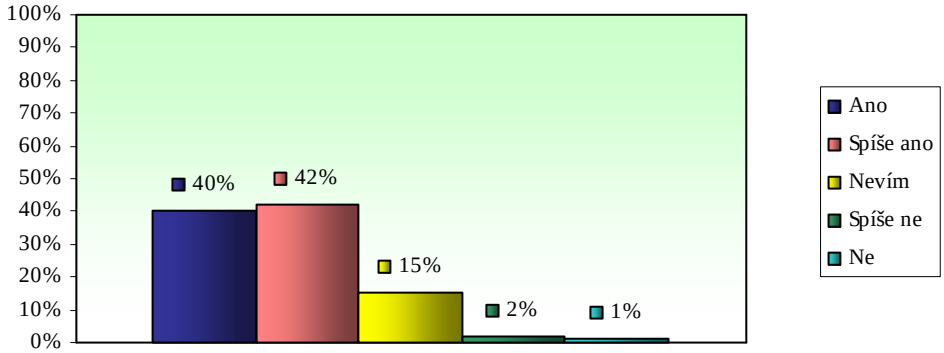
Péče vietnamského dítěte o sebe sama



Odpověď na otázku „Zapojuje se vietnamské dítě do péče o sebe sama?“ znázorňuje graf 19. 48 (24 %) sester uvedlo ano, vietnamské děti se zapojují do péče o sebe sama, 60 (30 %) sester odpovědělo spíše ano. 26 (13 %) sester odpovídalo na položenou otázku nevím. Odpověď spíše ne si zvolilo 60 (30 %) sester a odpověď ne 6 (3%) sester.

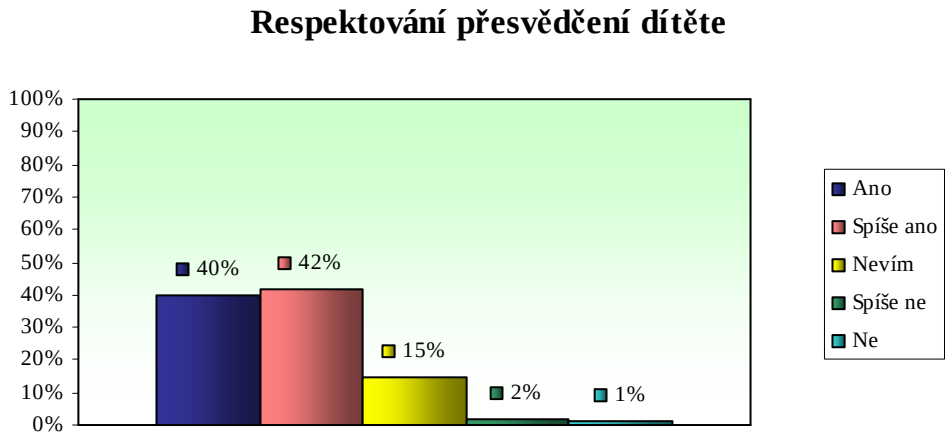
Graf 20

Respektování postoje dítěte



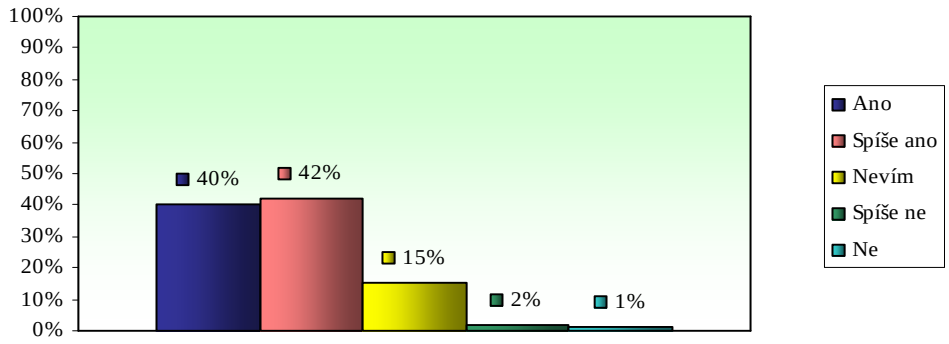
Graf 20 popisuje odpověď sester na otázku, zda při realizaci ošetřovatelské péče respektují postoje vietnamských dětí. 80 (40 %) sester uvedlo, že respektuje postoje hospitalizovaných vietnamských dětí a jejich rodičů, 84 (42 %) sester vybralo odpověď spíše ano, 30 (15 %) sester si zvolilo odpověď nevím, 4 (2 %) sestry uvedly odpověď spíše ne a 2 (1 %) sestry odpověděly ne.

Graf 21



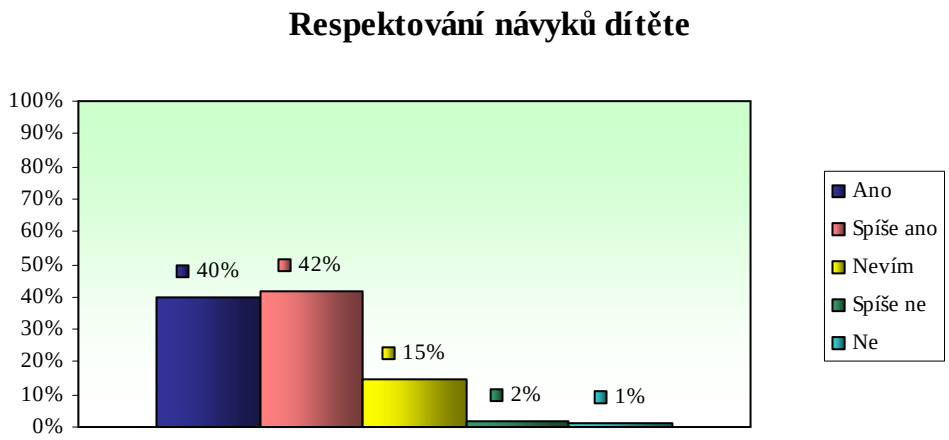
Graf 21 popisuje odpověď sester na otázku, zda při realizaci ošetřovatelské péče respektují přesvědčení vietnamských dětí. 80 (40 %) sester uvedlo, že respektuje přesvědčení hospitalizovaných vietnamských dětí a jejich rodičů, 82 (42 %) sester vybralo odpověď spíše ano, 30 (15 %) sester si zvolilo odpověď nevím, 4 (2 %) sestry uvedly odpověď spíše ne a 2 (1 %) sestry odpověděly ne.

Graf 22



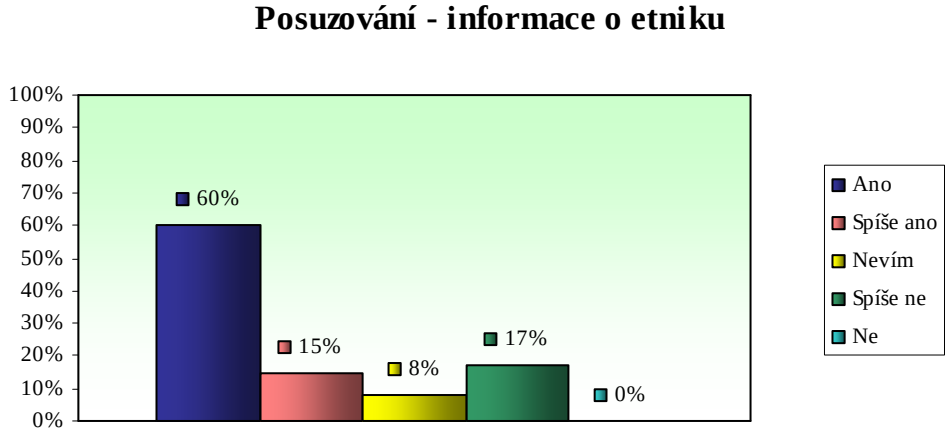
Graf 22 popisuje odpověď sester na otázku, zda při realizaci ošetřovatelské péče respektují názory vietnamských dětí. 80 (40 %) sester uvedlo, že respektuje názory hospitalizovaných vietnamských dětí a jejich rodičů, 84 (42 %) sester vybralo odpověď spíše ano, 30 (15 %) sester si zvolilo odpověď nevím, 4 (2 %) sestry uvedly odpověď spíše ne a 2 (1 %) sestry odpověděly ne.

Graf 23



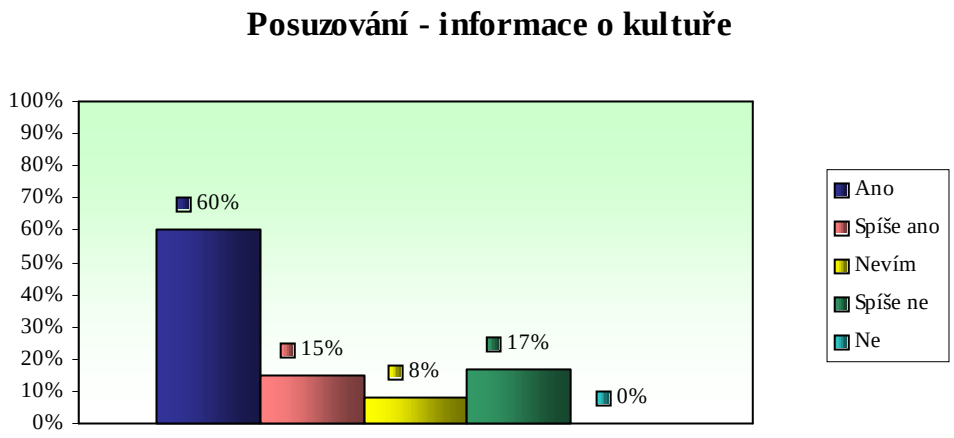
Graf 23 popisuje odpověď sester na otázku, zda při realizaci ošetřovatelské péče respektují návyky vietnamských dětí. 80 (40 %) sester uvedlo, že respektuje návyky hospitalizovaných vietnamských dětí a jejich rodičů, 84 (42 %) sester vybralo odpověď spíše ano, 30 (15 %) sester si zvolilo odpověď nevím, 4 (2 %) sestry uvedly odpověď spíše ne a 2 (1 %) sestry odpověděly ne.

Graf 24



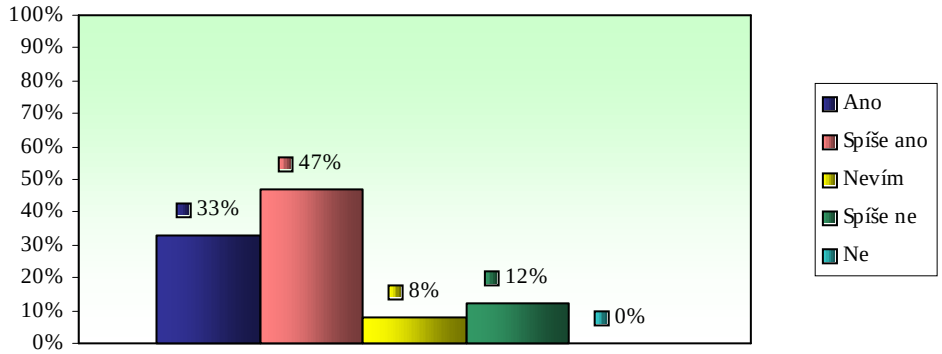
Graf 24 popisuje odpověď sester na otázku, zda při sběru anamnézy u hospitalizovaných dětí zjišťují informace o etniku. 120 (60 %) sester uvedlo, že informace o etniku zjišťují vždy, 30 (15 %) sester odpovědělo spíše ano, 16 (8 %) sester si zvolilo odpověď nevím, 34 (17 %) sester odpovědělo spíše ne a 0 (0 %) sester si zvolilo odpověď ne.

Graf 25



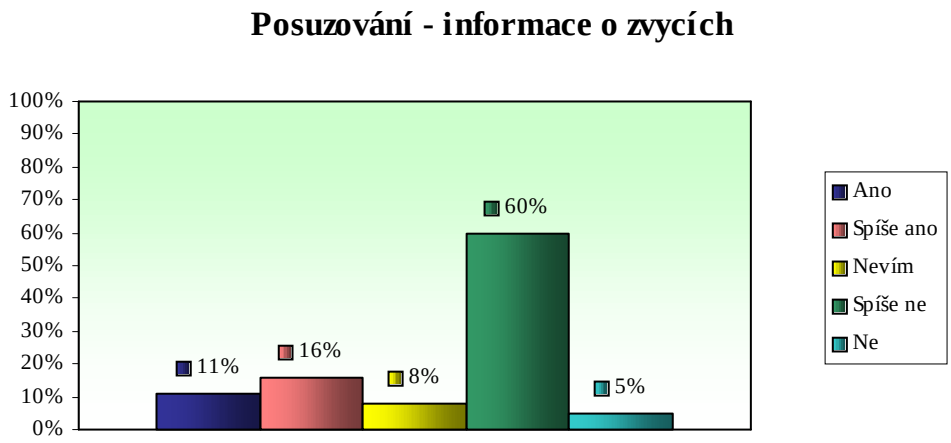
Graf 25 popisuje odpověď sester na otázku, zda při sběru anamnézy u hospitalizovaných dětí zjišťují informace o kultuře. 120 (60 %) sester uvedlo, že informace o kultuře zjišťují vždy, 30 (15 %) sester odpovědělo spíše ano, 16 (8 %) sester si zvolilo odpověď nevím, 34 (17 %) sester odpovědělo spíše ne a 0 (0 %) sester si zvolilo odpověď ne.

Graf 26



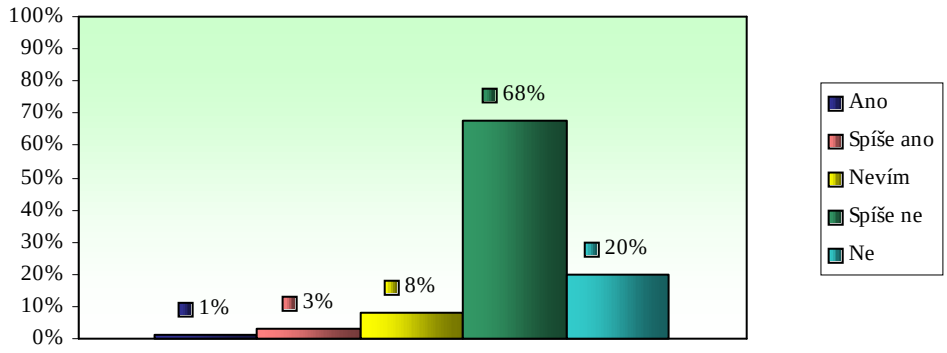
Graf 26 popisuje odpověď sester na otázku, zda při sběru anamnézy u hospitalizovaných dětí zjišťují informace o víře. 66 (33 %) sester uvedlo, že informace o víře zjišťují vždy, 94 (47 %) sester odpovědělo spíše ano, 16 (8 %) sester si zvolilo odpověď nevím, 24 (12 %) sester odpovědělo spíše ne a 0 (0 %) sester si zvolilo odpověď ne.

Graf 27



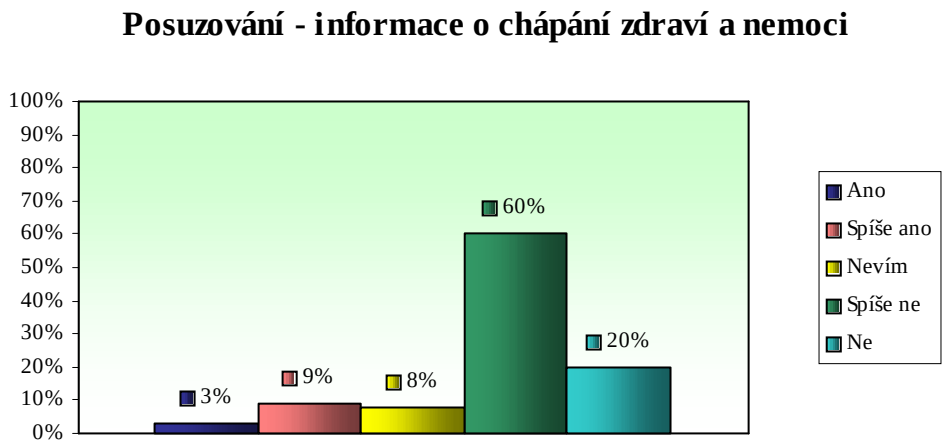
Graf 27 popisuje odpověď sester na otázku, zda při sběru anamnézy u hospitalizovaných dětí zjišťují informace o zvycích. 22 (11 %) sester uvedlo, že informace o zvycích zjišťují vždy, 32 (16 %) sester odpovědělo spíše ano, 16 (8 %) sester si zvolilo odpověď nevím, 120 (60 %) sester odpovědělo spíše ne a 10 (5 %) sester si zvolilo odpověď ne.

Graf 28



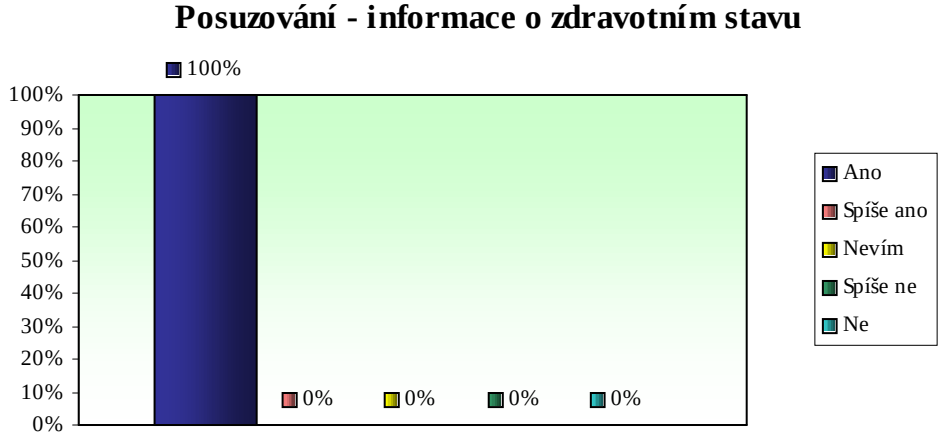
Graf 28 popisuje odpověď sester na otázku, zda při sběru anamnézy u hospitalizovaných dětí zjišťují informace o prožívání smutku. 2 (1 %) sestry uvedly, že informace o prožívání smutku zjišťují vždy, 6 (3 %) sester odpovědělo spíše ano, 16 (8 %) sester si zvolilo odpověď nevím, 136 % (68 %) sester odpovědělo spíše ne a 40 (20 %) sester si zvolilo odpověď ne.

Graf 29



Graf 29 popisuje odpověď sester na otázku, zda při sběru anamnézy u hospitalizovaných dětí zjišťují informace o chápání zdraví a nemoci. 6 (3 %) sester uvedlo, že informace o chápání zdraví a nemoci zjišťují vždy, 18 (9 %) sester odpovědělo spíše ano, 16 (8 %) sester si zvolilo odpověď nevím, 120 (60 %) sester odpovědělo spíše ne a 40 (20 %) sester si zvolilo odpověď ne.

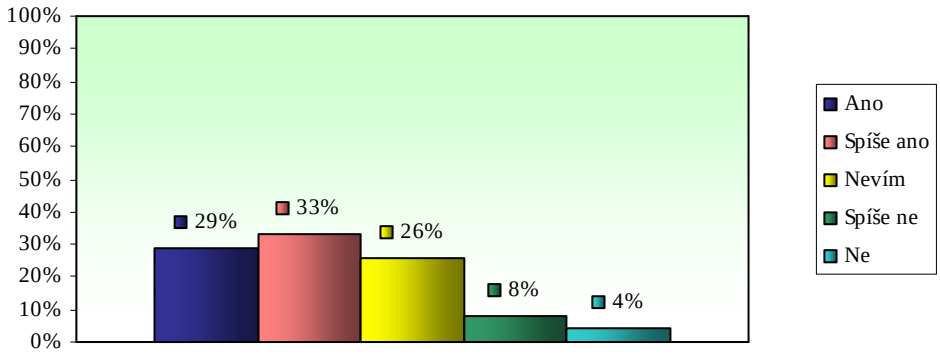
Graf 30



Graf 30 popisuje odpověď sester na otázku, zda při sběru anamnézy u hospitalizovaných dětí zjišťují informace o zdravotním stavu. 200 (100 %) sester uvedlo, že informace o zdravotním stavu zjišťují vždy. Odpověď spíše ano, nevím, spíše ne a ne si nezvolila žádná sestra.

Graf 31

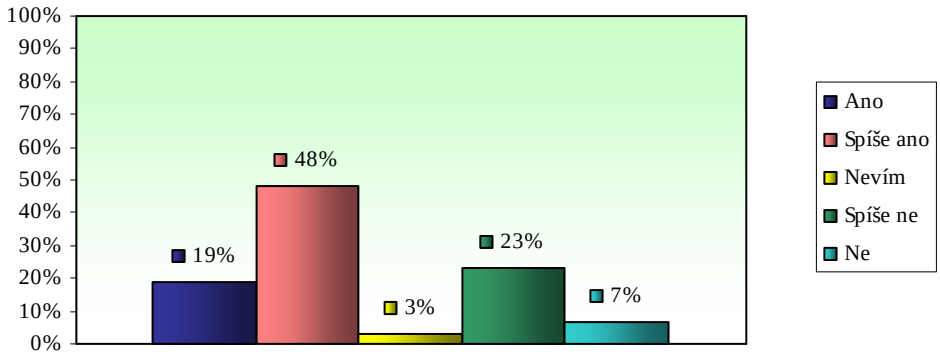
Umožnění dítěti chování dle etnika



V grafu 31 jsou znázorněny odpovědi sester na otázku, zda umožňují dítěti z vietnamské minority chování dle jeho etnika. 58 (29 %) sester uvedlo, že umožňují dítěti z vietnamské minority chování dle jeho etnika, 66 (33 %) sester vybralo odpověď spíše ano, 52 (26 %) sester si zvolilo odpověď nevím, 16 (8 %) sester uvedlo odpověď spíše ne a 8 (4 %) sester odpovědělo ne.

Graf 32

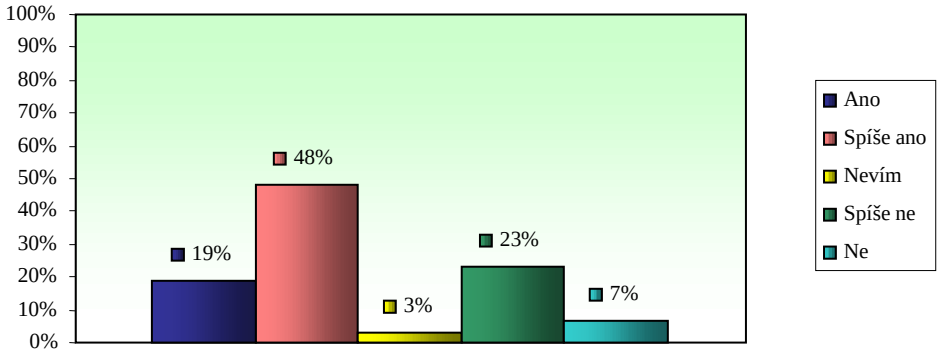
Respektování odlišností dle víry dítěte



Graf 32 popisuje odpověď sester na otázku, zda při realizaci ošetřovatelské péče respektují odlišnosti vietnamských dětí dle víry. 38 (19 %) sester uvedlo, že respektuje odlišnosti dané vírou u hospitalizovaných vietnamských dětí a jejich rodičů, 96 (48 %) sester vybralo odpověď spíše ano, 6 (3 %) sester si zvolilo odpověď nevím, 46 (23 %) sester uvedlo odpověď spíše ne a 14 (7 %) sester odpovědělo ne.

Graf 33

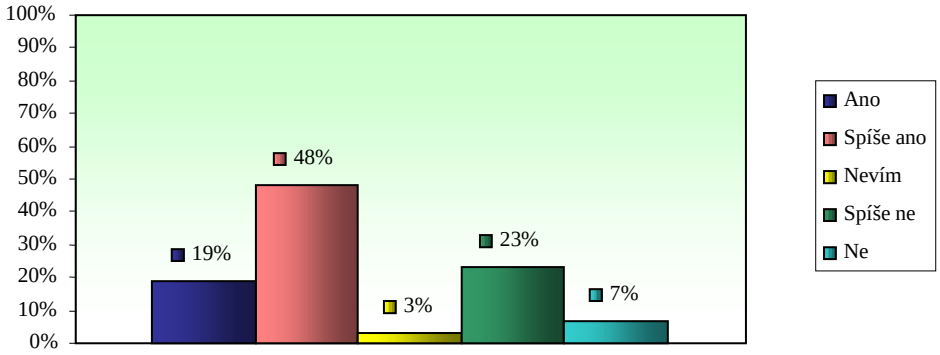
Respektování odlišností dle kultury dítěte



Graf 33 popisuje odpověď sester na otázku, zda při realizaci ošetřovatelské péče respektují odlišnosti vietnamských dětí dle kultury. 38 (19 %) sester uvedlo, že respektuje odlišnosti dané kulturou u hospitalizovaných vietnamských dětí a jejich rodičů, 96 (48 %) sester vybralo odpověď spíše ano, 6 (3 %) sester si zvolilo odpověď nevím, 46 (23 %) sester uvedlo odpověď spíše ne a 14 (7 %) sester odpovědělo ne.

Graf 34

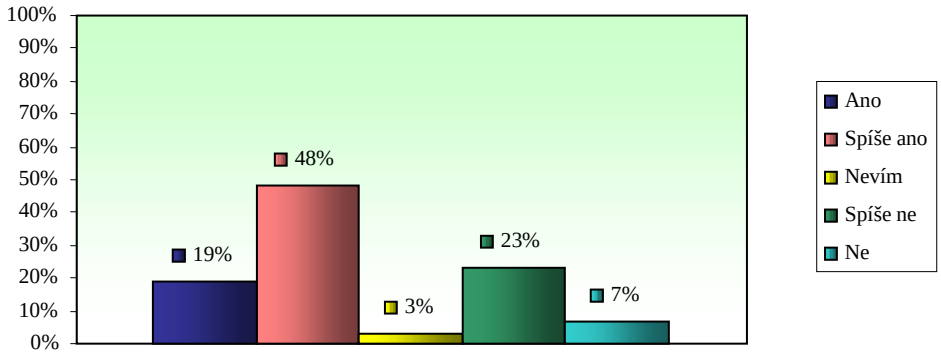
Respektování odlišností dle náboženství dítěte



Graf 34 popisuje odpověď sester na otázku, zda při realizaci ošetřovatelské péče respektují odlišnosti vietnamských dětí dle náboženství. 38 (19 %) sester uvedlo, že respektuje odlišnosti dané náboženstvím u hospitalizovaných vietnamských dětí a jejich rodičů, 96 (48 %) sester vybralo odpověď spíše ano, 6 (3 %) sester si zvolilo odpověď nevím, 46 (23 %) sester uvedlo odpověď spíše ne a 14 (7 %) sester odpovědělo ne.

Graf 35

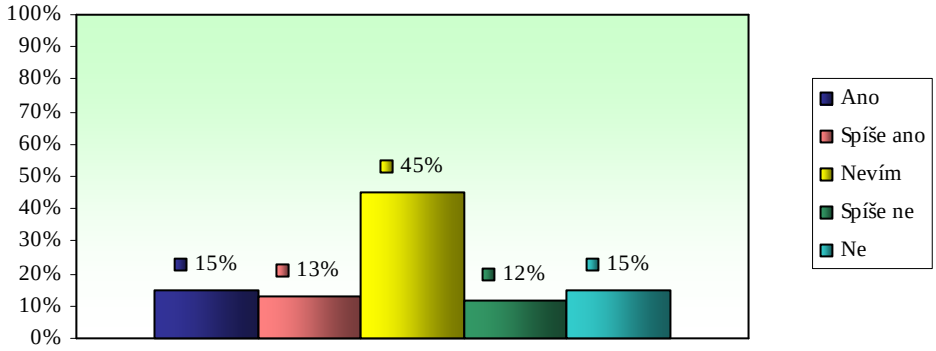
Respektování odlišností dle tradic dítěte



Graf 35 popisuje odpověď sester na otázku, zda při realizaci ošetřovatelské péče respektují odlišnosti vietnamských dětí dle tradic. 38 (19 %) sester uvedlo, že respektuje odlišnosti dané tradicemi u hospitalizovaných vietnamských dětí a jejich rodičů, 96 (48 %) sester vybralo odpověď spíše ano, 6 (3 %) sester si zvolilo odpověď nevím, 46 (23 %) sester uvedlo odpověď spíše ne a 14 (7 %) sester odpovědělo ne.

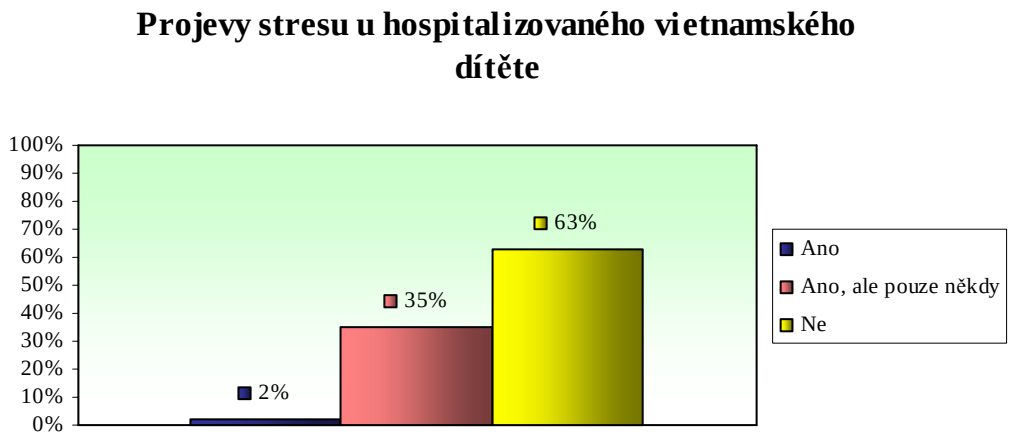
Graf 36

Odlišné vnímání hospitalizace vietnamským dítětem



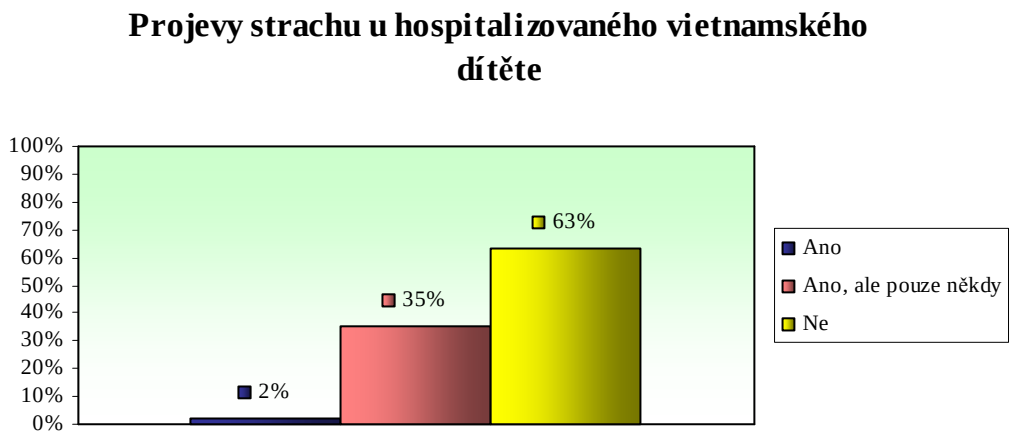
V grafu 36 jsou uvedeny názory sester na vnímání hospitalizace vietnamským dítětem ve srovnání s dítětem z většinové populace. 30 (15 %) vidí rozdíl ve vnímání hospitalizace vietnamským dítětem ve srovnání s dítětem z většinové populace, 26 (13 %) sester uvedlo odpověď spíše ano, 90 (45 %) sester zvolilo odpověď nevím. 24 (12 %) odpovědělo spíše ne a 30 (15 %) sester si zvolilo odpověď ne.

Graf 37



Otázka „Pozorovala jste na dítěti z vietnamského etnika projevy stresu?“ je zpracována v grafu 37. 4 (2 %) sestry odpověděly na položenou otázku ano, 70 (35 %) odpovědělo ano, ale pouze někdy a 126 (63 %) sester odpovědělo ne.

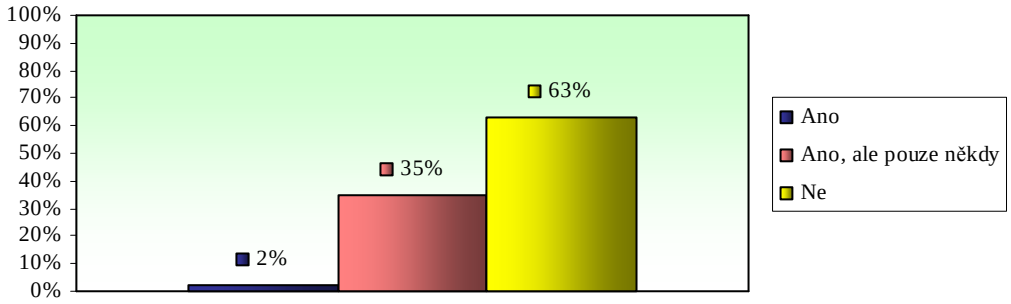
Graf 38



Otázka „Pozorovala jste na dítěti z vietnamského etnika projevy strachu?“ je zpracována v grafu 38. 4 (2 %) sestry odpověděly na položenou otázku ano, 70 (35 %) odpovědělo ano, ale pouze někdy a 126 (63 %) sester odpovědělo ne.

Graf 39

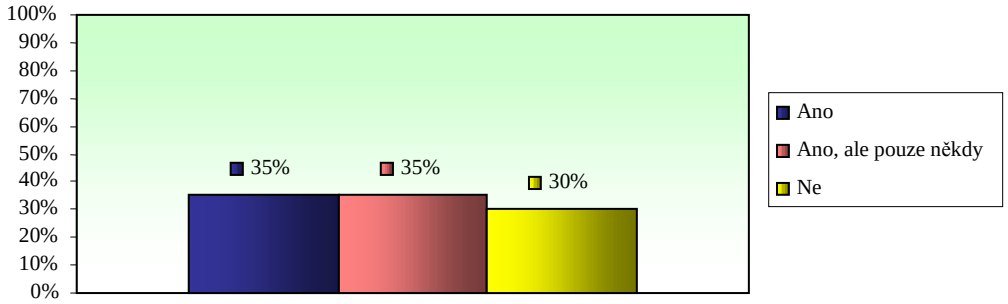
Projevy deprese u hospitalizovaného vietnamského dítěte



Otázka „Pozorovala jste na dítěti z vietnamského etnika projevy deprese?“ je zpracována v grafu 39. 4 (2 %) sestry odpověděly na položenou otázku ano, 70 (35 %) odpovědělo ano, ale pouze někdy a 126 (63 %) sester odpovědělo ne.

Graf 40

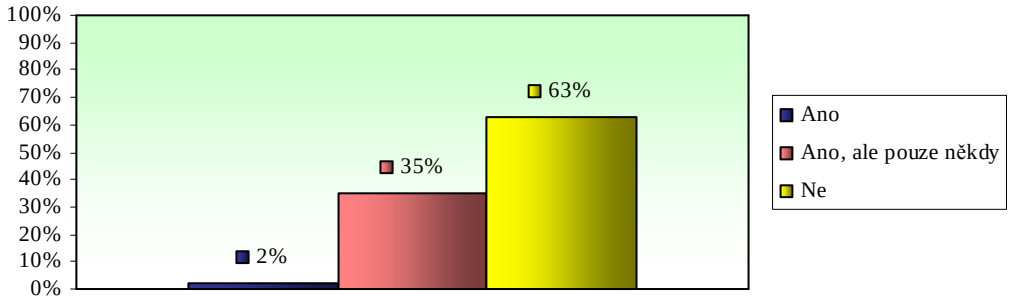
Projevy úzkosti u hospitalizovaného vietnamského dítěte



Otázka „Pozorovala jste na dítěti z vietnamského etnika projevy stresu?“ je zpracována v grafu 40. 70 (35 %) sester odpovědělo na položenou otázku ano, 70 (35 %) odpovědělo ano, ale pouze někdy a 60 (30 %) sester odpovědělo ne.

Graf 41

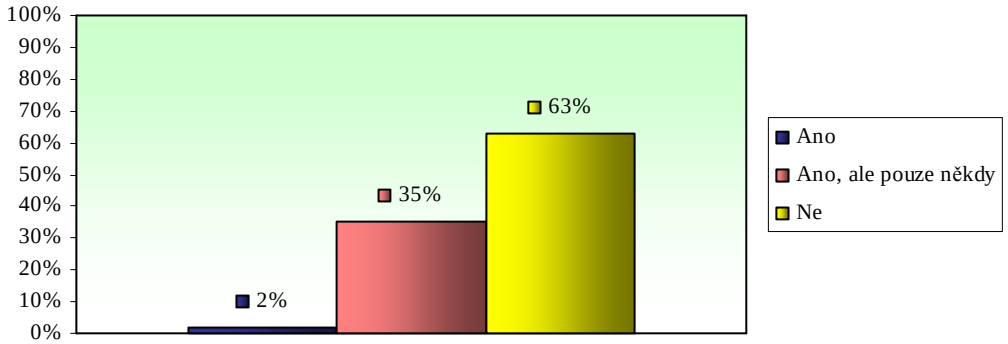
Projevy frustrace u hospitalizovaného vietnamského dítěte



Otázka „Pozorovala jste na dítěti z vietnamského etnika projevy frustrace?“ je zpracována v grafu 41. 4 (2 %) sestry odpověděly na položenou otázku ano, 70 (35 %) odpovědělo ano, ale pouze někdy a 126 (63 %) sester odpovědělo ne.

Graf 42

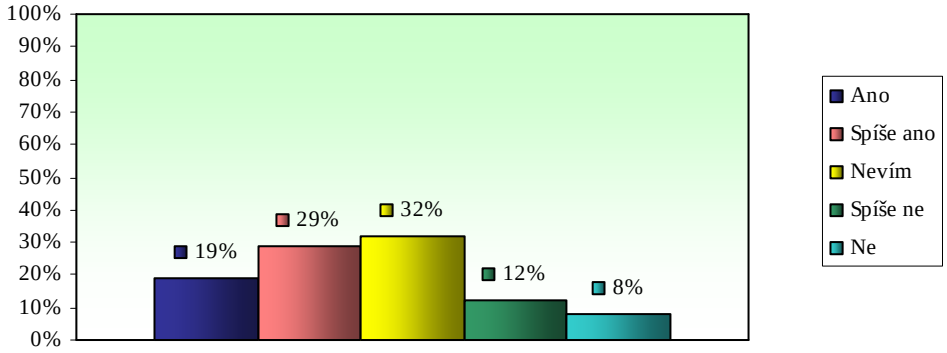
Projevy zlosti u hospitalizovaného vietnamského dítěte



Otázka „Pozorovala jste na dítěti z vietnamského etnika projevy zlosti?“ je zpracována v grafu 42. 4 (2 %) sestry odpověděly na položenou otázku ano, 70 (35 %) odpovědělo ano, ale pouze někdy a 126 (63 %) sester odpovědělo ne.

Graf 43

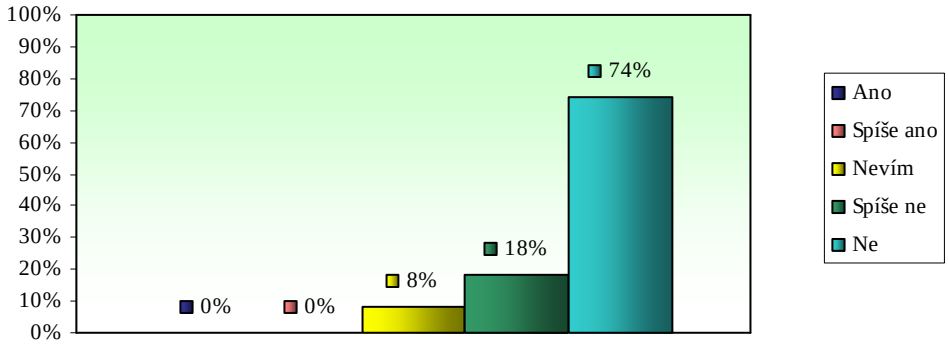
Reakce vietnamských dětí v porovnání s majoritou



V grafu 43 je popsán názor sester na reakce vietnamských dětí ve srovnání s dětmi z majority. 38 (19 %) sester se domnívá, že reakce vietnamských dětí jsou rozdílné od reakcí dětí z majority. 58 (29 %) sester odpovídalo spíše ano, 64 (32 %) sester neví, jestli jsou reakce odlišné. 24 (12 %) sester si zvolilo odpověď spíše ne a 16 (8 %) se domnívá, že děti z vietnamského etnika i většinové populace reagují stejně.

Graf 44

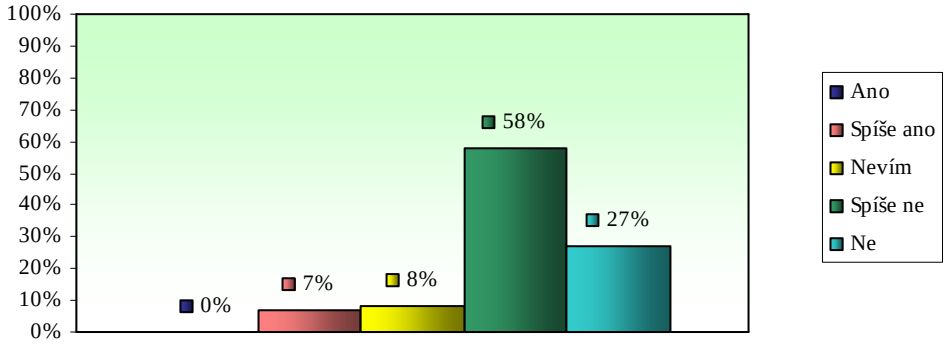
Potíže při uspokojování potřeby výživy



Graf znázorňuje odpovědi sester na otázku „Měla jste problémy při uspokojování potřeb vietnamského dítěte v oblasti výživy?“. Z 200 dotázaných sester odpovědělo 0 (0 %) sester ano, 0 (0 %) sester spíše ano, 16 (8 %) sester nevím, 36 (18 %) sester spíše ne a 148 (74 %) sester odpovědělo ne.

Graf 45

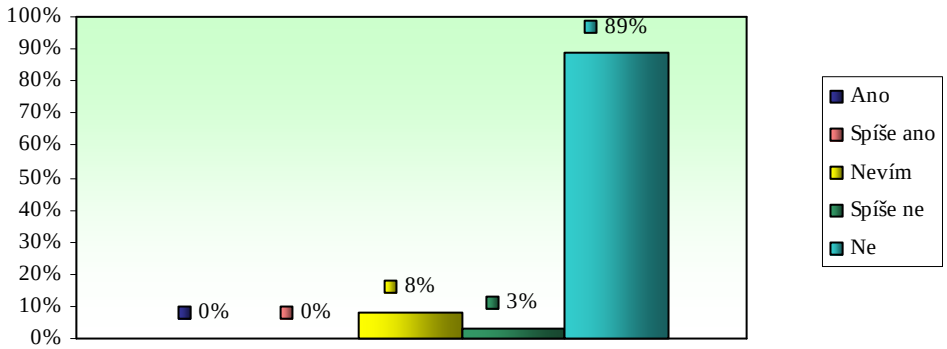
Potíže při uspokojování potřeby vylučování



Graf znázorňuje odpovědi sester na otázku „Měla jste problémy při uspokojování potřeb vietnamského dítěte v oblasti vylučování?“. Z 200 dotázaných sester odpovědělo 0 (0 %) sester ano, 14 (7 %) sester spíše ano, 16 (8 %) sester nevím, 116 (58 %) sester spíše ne a 54 (27 %) sester odpovědělo ne.

Graf 46

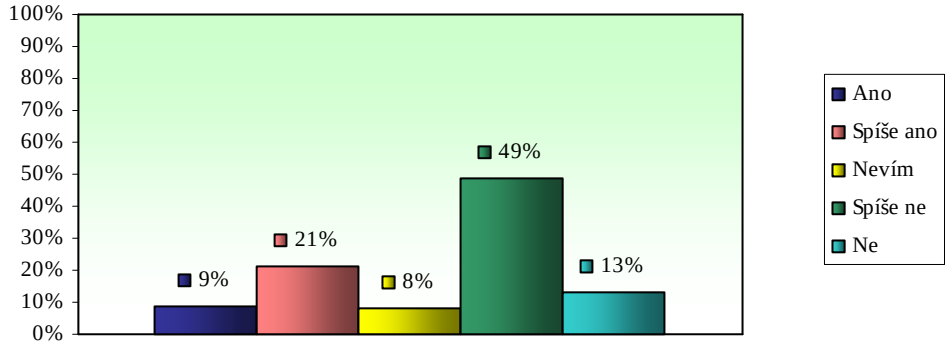
Potíže při uspokojování potřeby aktivity



Graf znázorňuje odpovědi sester na otázku „Měla jste problémy při uspokojování potřeb vietnamského dítěte v oblasti aktivity?“. Z 200 dotázaných sester odpovědělo 0 (0 %) sester ano, 0 (0 %) sester spíše ano, 16 (8 %) sester nevím, 6 (3 %) sester spíše ne a 178 (89 %) sester odpovědělo ne.

Graf 47

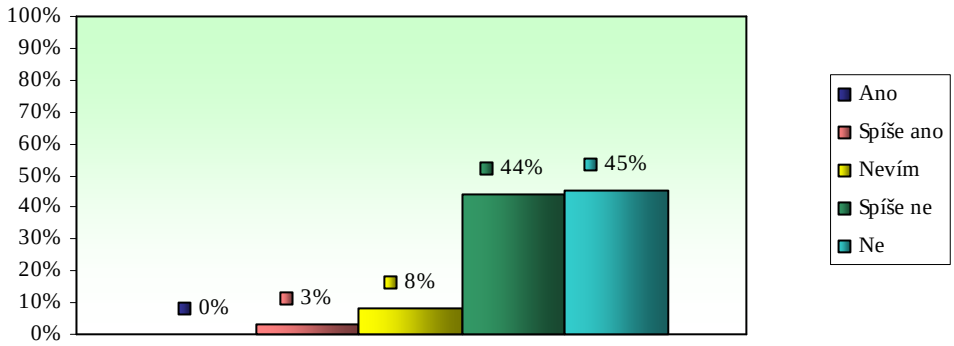
Potíže při uspokojování potřeby péče o sebe sama



Graf znázorňuje odpovědi sester na otázku „Měla jste problémy při uspokojování potřeb vietnamského dítěte v oblasti péče o sebe sama?“. Z 200 dotázaných sester odpovědělo 18 (9 %) sester ano, 42 (21 %) sester spíše ano, 16 (8 %) sester nevím, 98 (49 %) sester spíše ne a 26 (13 %) sester odpovědělo ne.

Graf 48

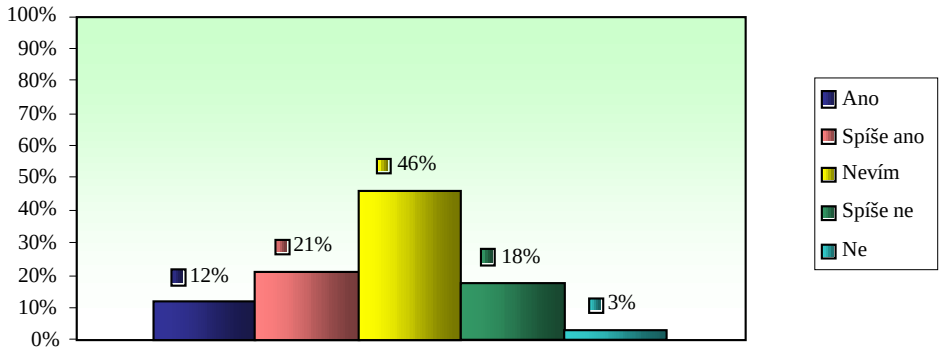
Potíže při uspokojování potřeby spánku



Graf znázorňuje odpovědi sester na otázku „Měla jste problémy při uspokojování potřeb vietnamského dítěte v oblasti spánku?“. Z 200 dotázaných sester odpovědělo 0 (0 %) sester ano, 6 (3 %) sester spíše ano, 16 (8 %) sester nevím, 88 (44 %) sester spíše ne a 90 (45 %) sester odpovědělo ne.

Graf 49

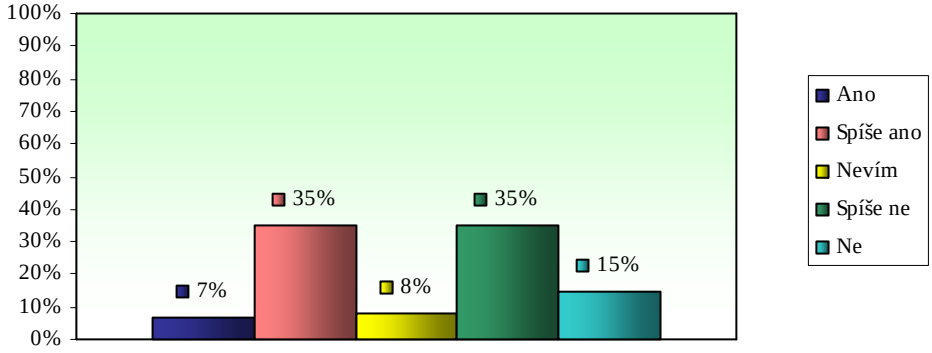
Potíže při uspokojování potřeby sebepojetí, sebeúcty



Graf znázorňuje odpovědi sester na otázku „Měla jste problémy při uspokojování potřeb vietnamského dítěte v oblasti sebepojetí, sebeúcty?“. Z 200 dotázaných sester odpovědělo 24 (12 %) sester ano, 42 (21 %) sester spíše ano, 92 (46 %) sester nevím, 36 (18 %) sester spíše ne a 6 (3 %) sester odpovědělo ne.

Graf 50

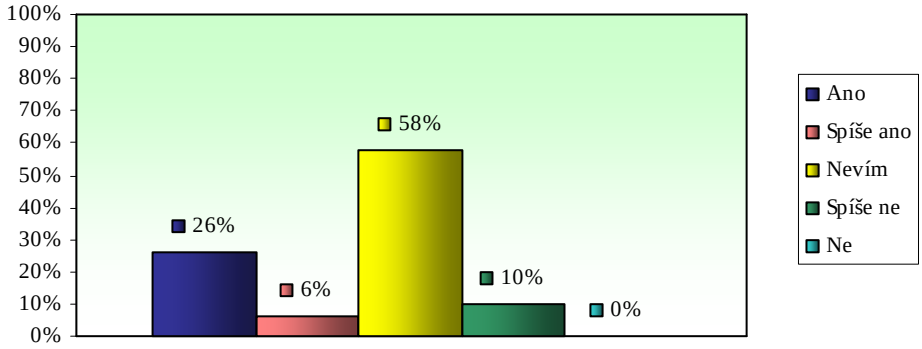
Potíže při uspokojování potřeby mezilidských vztahů



Graf znázorňuje odpovědi sester na otázku „Měla jste problémy při uspokojování potřeb vietnamského dítěte v oblasti mezilidských vztahů?“. Z 200 dotázaných sester odpovědělo 14 (7 %) sester ano, 70 (35 %) sester spíše ano, 16 (8 %) sester nevím, 70 (35 %) sester spíše ne a 30 (15 %) sester odpovědělo ne.

Graf 51

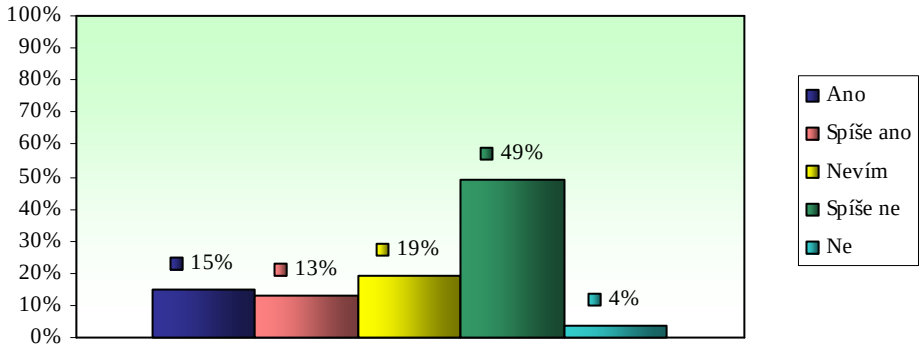
Potíže při uspokojování potřeby sexuality (lásky)



Graf znázorňuje odpovědi sester na otázku „Měla jste problémy při uspokojování potřeb vietnamského dítěte v oblasti sexuality (lásky) ?“. Z 200 dotázaných sester odpovědělo 52 (26 %) sester ano, 12 (6 %) sester spíše ano, 116 (58 %) sester nevím, 20 (10 %) sester spíše ne a 0 (0 %) sester odpovědělo ne.

Graf 52

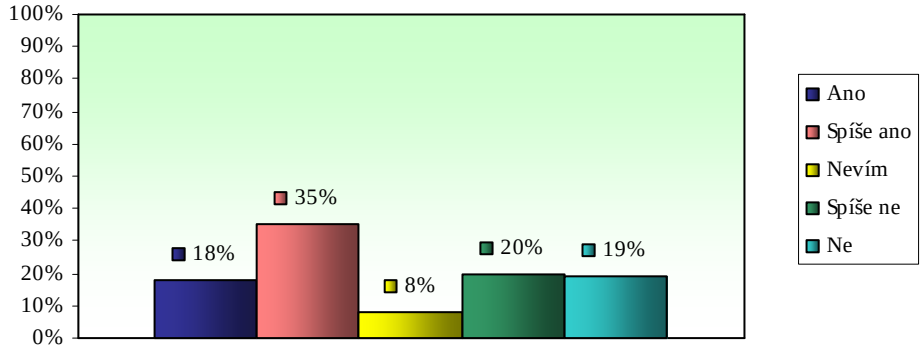
Potíže při uspokojování potřeby být bez stresu



Graf znázorňuje odpovědi sester na otázku „Měla jste problémy při uspokojování potřeb vietnamského dítěte v oblasti stresu?“. Z 200 dotázaných sester odpovědělo 30 (15 %) sester ano, 26 (13 %) sester spíše ano, 38 (19 %) sester nevím, 98 (49 %) sester spíše ne a 8 (4 %) sester odpovědělo ne.

Graf 53

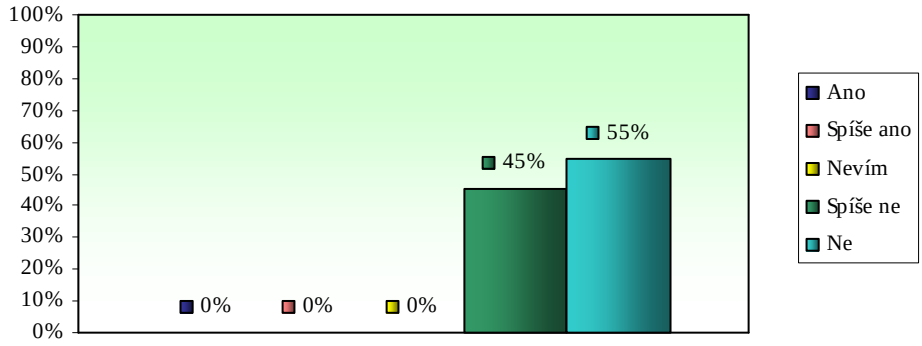
Potíže při uspokojování potřeby víry



Graf znázorňuje odpovědi sester na otázku „Měla jste problémy při uspokojování potřeb vietnamského dítěte v oblasti víry?“. Z 200 dotázaných sester odpovědělo 36 (18 %) sester ano, 70 (35 %) sester spíše ano, 16 (8 %) sester nevím, 40 (20 %) sester spíše ne a 38 (19 %) sester odpovědělo ne.

Graf 54

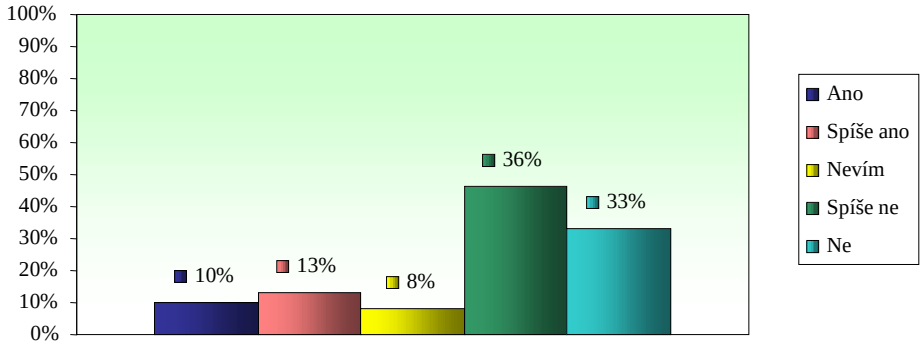
Potíže při uspokojování potřeby informací



Graf znázorňuje odpovědi sester na otázku „Měla jste problémy při uspokojování potřeb vietnamského dítěte v oblasti informací?“. Z 200 dotázaných sester odpovědělo 0 (0 %) sester ano, 0 (0 %) sester spíše ano, 0 (0 %) sester nevím, 90 (45 %) sester spíše ne a 110 (55 %) sester odpovědělo ne.

Graf 55

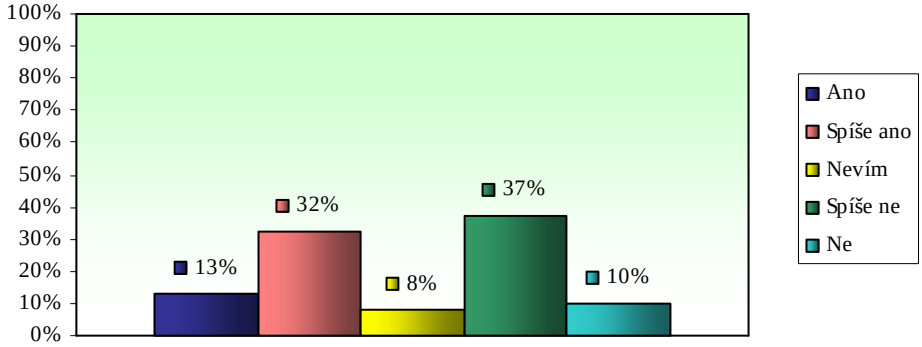
Potíže při uspokojování potřeby komunikace



Graf znázorňuje odpovědi sester na otázku „Měla jste problémy při uspokojování potřeb vietnamského dítěte v oblasti komunikace?“. Z 200 dotázaných sester odpovědělo 20 (10 %) sester ano, 26 (13 %) sester spíše ano, 16 (8 %) sester nevím, 72 (36 %) sester spíše ne a 66 (33 %) sester odpovědělo ne.

Graf 56

Potíže při uspokojování potřeby být bez bolesti



Graf znázorňuje odpovědi sester na otázku „Měla jste problémy při uspokojování potřeb vietnamského dítěte v oblasti bolesti?“. Z 200 dotázaných sester odpovědělo 26 (13 %) sester ano, 64 (32 %) sester spíše ano, 16 (8 %) sester nevím, 74 (37 %) sester spíše ne a 20 (10 %) sester odpovědělo ne.

4.5 Dotazník pro rodiče

Tabulka 25 Pohlaví vietnamských dětí

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	dívka	409	61,2	61,2	61,2
	chlapec	259	38,8	38,8	100,0
	Total	668	100,0	100,0	

V tabulce 25 vidíme rozvrstvení dětí, kterých se dotazníky týkaly, dle pohlaví. Výzkumu se zúčastnilo 409 dívek (61,2%) a 259 chlapců (38,8).

Tabulka 26 Znalost českého jazyka vietnamských dětí

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	výborně	192	28,7	28,7	28,7
	velmi dobře	312	46,7	46,7	75,4
	dobře	143	21,4	21,4	96,9
	málo	20	3,0	3,0	99,9
	vůbec	1	,1	,1	100,0
	Total	668	100,0	100,0	

Tabulka 26 popisuje znalost vietnamských dětí českého jazyka. 192 (28,7%) respondentů uvedlo, že jejich děti umějí česky výborně, 312 (46,7 %) uvedlo znalost na úrovni velmi dobře, 143 (21,4 %) ohodnotilo znalost svých dětí jako dobrou, 20 (3,0 %) uvedlo, že jejich dětí umí česky málo a 1 (0,1 %) respondent, že neumí vůbec.

Tabulka 27 Místo narození

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ČR	332	49,7	49,7	49,7
	Vietnam	250	37,4	37,4	87,1
	Jiné	86	12,9	12,9	100,0
	Total	668	100,0	100,0	

Tabulka 27 znázorňuje místo narození dětí respondentů. 332 dětí (49,7 %) se narodilo v České republice, 250 dětí (37,4 %) se narodilo ve Vietnamské socialistické republice a 86 dětí (12,9 %) se narodilo jinde.

Tabulka 28 Registrace u Praktického lékaře pro děti a dorost

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	479	71,7	71,7	71,7
	ne	189	28,3	28,3	100,0
	Total	668	100,0	100,0	

Tabulka 28 znázorňuje registraci dětí respondentů u Praktického lékaře pro děti a dorost (PLPDD). 479 dětí (71,7 %) je registrováno u PLPDD a 189 (28,3 %) není.

Tabulka 29 Služby Praktického lékaře pro děti a dorost

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	454	68,0	68,0	68,0
	ano, ale nedostatečně	168	25,1	25,1	93,1
	ne	46	6,9	6,9	100,0
	Total	668	100,0	100,0	

Tabulka 29 popisuje informovanost respondentů z řad vietnamského etnika o službách PLPDD. 454 dětí (68 %) využívá služeb PLPDD, 168 dětí (25,1 %) využívá, ale nedostatečně a 46 dětí (6,9 %) nevyužívá služeb PLPDD vůbec.

Tabulka 30 Informace o péči

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	511	76,5	76,5	76,5
	ano, ale nedostatečně	126	18,9	18,9	95,4
	ne	31	4,6	4,6	100,0
	Total	668	100,0	100,0	

Tabulka 30 znázorňuje odpovědi na otázku, zda lékař informuje respondenty z řad vietnamského etnika o péči o zdraví dětí. 511 (76,5%) je informováno, 126 (18,9%) je informováno, ale nedostatečně a 31 (4,6%) informováno nebylo.

Tabulka 31 Porozumění informacím lékaře

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	440	65,9	65,9	65,9
	ano, ale nedostatečně	210	31,4	31,4	97,3
	ne	18	2,7	2,7	100,0
	Total	668	100,0	100,0	

Tabulka 31 popisuje porozumění respondentů informacím, které jim podává lékař. 440 (65,9 %) respondentů informacím porozumělo, 210 (31,4 %) porozumělo informacím, ale nedostatečně a 18 (2,7 %) respondentů informacím neporozumělo.

Tabulka 32 Porozumění informacím sestry

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	400	59,9	59,9	59,9
	ano, ale nedostatečně	260	38,9	38,9	98,8
	ne	8	1,2	1,2	100,0
	Total	668	100,0	100,0	

Tabulka 32 popisuje porozumění respondentů informacím, které jim podává sestra. 400 (59,9 %) respondentů informacím porozumělo, 260 (38,9 %) porozumělo informacím, ale nedostatečně a 8 (1,2 %) respondentů informacím neporozumělo.

Tabulka 33 Prevence u Praktického lékaře pro děti a dorost

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	564	84,4	84,4	84,4
	ne	104	15,6	15,6	100,0
	Total	668	100,0	100,0	

Tabulka 33 popisuje odpovědi respondentů na otázku, zda jsou dětským lékařem zváni na preventivní prohlídky dětí. 564 (84,4 %) respondentů odpovědělo, že jsou zváni na preventivní prohlídky a 104 (15,6 %) respondentů odpovědělo, že nejsou zváni na preventivní prohlídky

Tabulka 34 Informace o preventivních prohlídkách

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	467	69,9	69,9	69,9
	ano, ale nedostatečně	193	28,9	28,9	98,8
	ne	8	1,2	1,2	100,0
	Total	668	100,0	100,0	

Tabulka 34 popisuje odpovědi respondentů na otázku, zda mají informace o preventivních prohlídkách dětí. 467 (69,9 %) respondentů se domnívá, že je informováno, 193 (28,9 %) je informováno, ale nedostatečně a 8 (1,2 %) respondentů informováno není.

Tabulka 35 Absolvování preventivních prohlídek

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	518	77,5	77,5	77,5
	ne	150	22,5	22,5	100,0
	Total	668	100,0	100,0	

Tabulka 35 znázorňuje odpovědi respondentů, na otázku, zda s dětmi absolvují preventivní prohlídky. 518 (77,5 %) respondentů odpovědělo, že absolvuje s dětmi preventivní prohlídky a 150 (22,5 %) respondentů odpovědělo, že preventivní prohlídky neabsolvuje.

Tabulka 36 Informace o očkování

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	490	73,4	73,4	73,4
	ano, ale nedostatečně	161	24,1	24,1	97,5
	ne	17	2,5	2,5	100,0
	Total	668	100,0	100,0	

Tabulka 36 popisuje informovanost respondentů o očkování. 490 (73,4 %) respondentů je informováno, 161 (24,1 %) uvádí, že je informováno, ale nedostatečně a 17 (2,5 %) informace o očkování nemá.

Tabulka 37 Absolvování očkování

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	596	89,2	89,2	89,2
	ne	72	10,8	10,8	100,0
	Total	668	100,0	100,0	

Tabulka 37 ukazuje, zda respondenti absolvují se svými dětmi očkování. 596 dětí (89,2 %) absolvovalo očkování a 72 dětí (10,8 %) očkování neabsolvovalo.

Tabulka 38 Péče výhradně na doporučení lékařů

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	513	76,8	76,8	76,8
	spíše ano	123	18,4	18,4	95,2
	nevím	21	3,1	3,1	98,4
	spíše ne	11	1,6	1,6	100,0
	Total	668	100,0	100,0	

Tabulka 38 popisuje péči výhradně na doporučení lékařů. 513 respondentů (76,8 %) využívá péči na doporučení lékařů, 123 (18,4 %) spíše ano, 21 (3,1 %) neví a 11 (1,6 %) respondentů péči na doporučení lékařů spíše nevyužívá.

Tabulka 39 Nevíra ve všechny lékařské praktiky

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	470	70,4	70,4	70,4
	spíše ano	138	20,7	20,7	91,0
	nevím	49	7,3	7,3	98,4
	spíše ne	11	1,6	1,6	100,0
	Total	668	100,0	100,0	

Tabulka 39 popisuje víru respondentů ve všechny lékařské praktiky. 470 (70,4 %) respondentů věří ve všechny lékařské praktiky, 138 (20,7 %) spíše věří, 49 (7,3 %) respondentů odpovědělo, že neví a 11 (1,6 %) respondentů spíše nevěří ve všechny lékařské praktiky. Žádný respondent si nezvolil odpověď ne.

Tabulka 40 Využití tradiční medicíny

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	246	36,8	36,8	36,8
	spíše ano	268	40,1	40,1	76,9
	nevím	69	10,3	10,3	87,3
	spíše ne	39	5,8	5,8	93,1
	ne	46	6,9	6,9	100,0
	Total	668	100,0	100,0	

Tabulka 40 popisuje využití tradiční medicíny u respondentů. 246 (36,8 %) využívá tradiční medicínu, 268 (40,1 %) spíše využívá, 69 (10,3 %) neví, 39 (5,8 %) spíše nevyužívá a 46 (6,9 %) nevyužívá tradiční medicínu.

Tabulka 41 Počet hospitalizací

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1x	451	67,6	67,6	67,6
	2x	126	18,9	18,9	86,5
	3x	48	7,3	7,3	93,8
	opakovaně	41	6,2	6,2	100,0
	Total	668	100,0	100,0	

Tabulka 41 uvádí počet hospitalizací ve zdravotnických zařízeních.. 451 (67,6 %) dětí bylo 1x hospitalizováno, 126 (18,9 %) dětí bylo hospitalizováno 2x, 48 (7,3 %) dětí bylo hospitalizováno 3x a 41 (6,2 %) dětí bylo hospitalizováno opakovaně.

Tabulka 42 Komunikace s lékaři česky

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	437	65,4	65,4	65,4
	spíše ano	175	26,2	26,2	91,6
	nevím	36	5,4	5,4	97,0
	spíše ne	11	1,6	1,6	98,7
	ne	9	1,3	1,3	100,0
	Total	668	100,0	100,0	

Tabulka 42 znázorňuje komunikaci respondentů s lékaři v českém jazyce. 437 (65,4 %) respondentů komunikuje s lékaři česky, 175 (26,2 %) uvedlo, že spíše ano, 36 (5,4 %) respondentů neví, 11 (1,6 %) respondentů odpovědělo spíše ne a 9 (1,3 %) respondentů nekomunikuje česky.

Tabulka 43 Komunikace se sestrami česky

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	465	69,6	69,6	69,6
	spíše ano	137	20,5	20,5	90,1
	nevím	44	6,6	6,6	96,7
	spíše ne	11	1,6	1,6	98,4
	ne	11	1,6	1,6	100,0
	Total	668	100,0	100,0	

Tabulka 43 znázorňuje komunikaci respondentů se sestrami v českém jazyce. 465 (69,6 %) respondentů komunikuje česky, 137 (20,5 %) respondentů odpovědělo spíše ano, 44 (6,6 %) respondentů odpovědělo, že neví, 11 (1,6 %) respondentů odpovědělo spíše ne a 11 (1,6 %) nekomunikuje česky.

Tabulka 44 Potřeba tlumočníka při komunikaci s lékaři

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	345	51,6	51,6	51,6
	spíše ano	163	24,4	24,4	76,0
	nevím	64	9,6	9,6	85,6
	spíše ne	14	2,1	2,1	87,7
	ne	82	12,3	12,3	100,0
	Total	668	100,0	100,0	

Tabulka 44 znázorňuje potřebu tlumočníka při komunikaci s lékaři. 345 (51,6 %) respondentů potřebuje při komunikaci s lékaři tlumočníka, 163 (24,4 %) respondentů odpovědělo spíše ano, 64 (9,6 %) respondentů odpovědělo, že neví, 14 (2,1 %) respondentů odpovědělo spíše ne a 82 (12,3 %) respondentů tlumočníka nepotřebuje.

Tabulka 45 Potřeba tlumočníka při komunikaci se sestrami

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	299	44,8	44,8	44,8
	spíše ano	159	23,8	23,8	68,6
	nevím	82	12,3	12,3	80,8
	spíše ne	61	9,1	9,1	90,0
	ne	67	10,0	10,0	100,0
	Total	668	100,0	100,0	

Tabulka 45 znázorňuje potřebu tlumočníka při komunikaci se sestrami. 299 (44,8 %) respondentů potřebuje tlumočníka při komunikaci se sestrami, 159 (23,8 %) respondentů odpovědělo spíše ano, 82 (12,3 %) respondentů odpovědělo, že neví, 61 (9,1 %) respondentů odpovědělo spíše ne a 67 (10,0 %) respondentů tlumočníka nepotřebuje.

Tabulka 46 Potřeba tlumočníka u dítěte

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	63	9,4	9,4	9,4
	spíše ano	79	11,8	11,8	21,3
	nevím	95	14,2	14,2	35,5
	spíše ne	248	37,1	37,1	72,6
	ne	183	27,4	27,4	100,0
	Total	668	100,0	100,0	

Tabulka 46 znázorňuje potřebu tlumočníka u dítěte. 63 (9,4 %) dětí potřebuje tlumočníka, 79 (11,8 %) spíše ano, 95 (14,2 %) respondentů neví, zda dítě potřebuje tlumočníka, 248 (37,1 %) dětí tlumočníka spíše nepotřebuje a 183 (27,4 %) dětí tlumočníka nepotřebuje.

Tabulka 47 Nabídka tlumočníka

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	286	42,8	42,8	42,8
	nevím	150	22,5	22,5	65,3
	ne	232	34,7	34,7	100,0
	Total	668	100,0	100,0	

Tabulka 47 znázorňuje, zda respondentům byla nabídnuta možnost tlumočníka. 286 (42,8 %) respondentům byla nabídnuta možnost využít tlumočníka, 150 (22,5 %) nevědělo a 232 (34,7 %) respondentům nebyla nabídnuta možnost využít tlumočníka.

Tabulka 48 Porozumění pokynům lékaře

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	390	58,4	58,4	58,4
	spíše ano	183	27,4	27,4	85,8
	nevím	89	13,3	13,3	99,1
	ne	6	,9	,9	100,0
	Total	668	100,0	100,0	

Tabulka 48 popisuje porozumění pokynům lékaře. 390 (58,4 %) respondentů odpovědělo, že porozumělo pokynům lékaře, 183 (27,4 %) respondentů odpovědělo spíše ano, 89 (13,3 %) respondentů odpovědělo nevím, 0 (0 %) respondentů odpovědělo spíše ne a 6 (0,9 %) respondentů si zvolilo odpověď ne.

Tabulka 49 Porozumění pokynům sestry

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	339	50,7	50,7	50,7
	spíše ano	221	33,1	33,1	83,8
	nevím	87	13,0	13,0	96,9
	spíše ne	1	,1	,1	97,0
	ne	20	3,0	3,0	100,0
	Total	668	100,0	100,0	

Tabulka 49 popisuje porozumění pokynům sestry. 339 (50,7 %) respondentů odpovědělo, že porozumělo pokynům sestry, 221 (33,1 %) respondentů odpovědělo spíše ano, 87 (13,0 %) respondentů odpovědělo nevím, 1 (0,1 %) respondentů odpovědělo spíše ne, a 20 (3 %) respondentů si zvolilo odpověď ne.

Tabulka 50 Ověřování porozumění lékaři

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	323	48,4	48,4	48,4
	spíše ano	250	37,4	37,4	85,8
	nevím	75	11,2	11,2	97,0
	spíše ne	12	1,8	1,8	98,8
	ne	8	1,2	1,2	100,0
	Total	668	100,0	100,0	

Tabulka 50 znázorňuje odpověď na otázku, zda si lékaři ověřovali, zda dítě rozumí pokynům, které jim dávali. 323 (48,4 %) respondentů odpovědělo ano, 250 (37,4 %) respondentů odpovědělo spíše ano, 75 (11,2 %) respondentů odpovědělo nevím, 12 (1,8 %) respondentů odpovědělo spíše ne, 8 (1,2 %) respondentů odpovědělo ne.

Tabulka 51 Ověřování porozumění sestrami

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	300	44,9	44,9	44,9
	spíše ano	269	40,3	40,3	85,2
	nevím	90	13,5	13,5	98,7
	spíše ne	1	,1	,1	98,8
	ne	8	1,2	1,2	100,0
	Total	668	100,0	100,0	

Tabulka 51 znázorňuje odpověď na otázku, zda si sestry ověřovaly, zda dítě rozumí pokynům, které jim dávaly. 300 (44,9 %) respondentů odpovědělo ano, 269 (40,3 %) respondentů odpovědělo spíše ano, 90 (13,5 %) respondentů odpovědělo nevím, 1 (0,1 %) respondent odpověděl spíše ne, 8 (1,2 %) respondentů odpovědělo ne.

Tabulka 52 Umožnění hospitalizace s dítětem

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	517	77,4	77,4	77,4
	ne	151	22,6	22,6	100,0
	Total	668	100,0	100,0	

Tabulka 52 znázorňuje, zda byla vietnamským rodičům umožněna hospitalizace spolu s dítětem. 517 (77,4 %) respondentům byla umožněna hospitalizace s dítětem a 151 (22,6 %) respondentům uvedlo, že jim umožněna nebyla.

Tabulka 53 Využití hospitalizace

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	459	68,7	68,7	68,7
	ne	209	31,3	31,3	100,0
	Total	668	100,0	100,0	

V tabulce 53 jsou odpovědi na otázku, zda respondenti využili nabídky hospitalizace spolu s dítětem. 459 (68,7 %) respondentů uvedlo, že využilo možnost hospitalizace spolu s dítětem, 209 (31,3 %) tuto možnost nevyužilo.

Tabulka 54 Umožnění zapojení do péče

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	388	58,1	58,1	58,1
	spíše ano	204	30,5	30,5	88,6
	ne	1	,1	,1	88,8
	nevím	75	11,2	11,2	100,0
	Total	668	100,0	100,0	

Tabulka 54 popisuje, zda respondentům bylo umožněno zapojení do péče o jejich dítě. 388 (58,1 %) respondentů uvedlo, že jim bylo umožněno zapojení do péče, 204 (30,5 %) respondentů odpovědělo spíše ano, 75 (11,2 %) respondentů odpovědělo nevím, žádný respondent si nezvolil možnost odpovědi spíše ne a 1 (0,1 %) respondent odpověděl ne.

Tabulka 55 Zapojení do péče

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	394	59,0	59,0	59,0
	spíše ano	186	27,8	27,8	86,8
	nevím	74	11,1	11,1	97,9
	spíše ne	6	,9	,9	98,8
	ne	8	1,2	1,2	100,0
	Total	668	100,0	100,0	

Tabulka 55 znázorňuje odpovědi respondentů, zda se zapojili do péče o dítě. 394 (59 %) uvedlo, že se zapojilo do péče, 186 (27,8 %) respondentů odpovědělo spíše ano, 74 (11,1 %) respondentů odpovědělo nevím, 6 (0,9 %) respondentů odpovědělo spíše ne, 8 (1,2 %) respondentů odpovědělo ne.

Tabulka 56 Zapojení dítěte do péče o sebe sama

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	273	40,9	40,9	40,9
	spíše ano	220	32,9	32,9	73,8
	nevím	125	18,7	18,7	92,5
	spíše ne	14	2,1	2,1	94,6
	Ne	36	5,4	5,4	100,0
	Total	668	100,0	100,0	

Zda ošetřovatelský personál zapojil dítě do péče o sebe sama ukazuje tabulka 56. 273 (40,9 %) respondentů odpovědělo, že děti byly zapojeny, 220 (32,9 %) respondentů odpovědělo spíše ano, 125 (18,7 %) respondentů odpovědělo nevím, 14 (2,1 %) respondentů odpovědělo spíše ne, 36 (5,4 %) respondentů odpovědělo, že děti zapojeny nebyly.

Tabulka 57 Zapojilo se dítě do péče o sebe sama

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	221	33,1	33,1	33,1
	spíše ano	324	48,5	48,5	81,6
	nevím	94	14,1	14,1	95,7
	spíše ne	14	2,1	2,1	97,8
	ne	15	2,2	2,2	100,0
	Total	668	100,0	100,0	

Tabulka 57 popisuje zda se dítě zapojilo do péče o sebe sama. 221 (33,1 %) respondentů odpovědělo, že se děti zapojily do péče o sebe sama, 324 (48,5 %) respondentů odpovědělo spíše ano, 94 (14,1 %) nevědělo, 14 (2,1 %) respondentů odpovědělo spíše ne, 15 (2,2 %) respondentů odpovědělo ne.

Tabulka 58 Respektování postojů

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	233	34,9	34,9	34,9
	spíše ano	254	38,0	38,0	72,9
	nevím	179	26,8	26,8	99,7
	spíše ne	1	,1	,1	99,9
	ne	1	,1	,1	100,0
	Total	668	100,0	100,0	

V tabulce 58 najdeme odpověď respondentů na otázku, zda ošetřovatelský personál respektoval jejich postoje. 233 (34,9 %) respondentů odpovědělo ano, 254 (38,0 %) respondentů odpovědělo spíše ano, 179 (26,8 %) nevědělo, 1 (0,1 %) respondent odpovědělo spíše ne, 1 (0,1 %) respondent odpovědělo ne.

Tabulka 59 Respektování přesvědčení

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	233	34,9	34,9	34,9
	spíše ano	254	38,0	38,0	72,9
	nevím	179	26,8	26,8	99,7
	spíše ne	1	,1	,1	99,9
	ne	1	,1	,1	100,0
	Total	668	100,0	100,0	

V tabulce 59 najdeme odpověď respondentů na otázku, zda ošetřovatelský personál respektoval jejich přesvědčení. 233 (34,9 %) respondentů odpovědělo ano, 254 (38,0 %) respondentů odpovědělo spíše ano, 179 (26,8 %) respondentů odpovědělo nevím, 1 (0,1 %) respondent odpověděl spíše ne a 1 (0,1 %) respondent odpověděl ne.

Tabulka 60 Respektování názorů

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	233	34,9	34,9	34,9
	spíše ano	254	38,0	38,0	72,9
	nevím	179	26,8	26,8	99,7
	spíše ne	1	,1	,1	99,9
	ne	1	,1	,1	100,0
	Total	668	100,0	100,0	

V tabulce 60 najdeme odpověď respondentů na otázku, zda ošetřovatelský personál respektoval jejich názory. 233 (34,9 %) respondentů odpovědělo ano, 254 (38,0 %) respondentů odpovědělo spíše ano, 179 (26,8 %) neví, 1 (0,1 %) respondent odpověděl spíše ne a 1 (0,1 %) respondent odpověděl ne.

Tabulka 61 Respektování zvyků

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	233	34,9	34,9	34,9
	spíše ano	254	38,0	38,0	72,9
	nevím	179	26,8	26,8	99,7
	spíše ne	1	,1	,1	99,9
	ne	1	,1	,1	100,0
	Total	668	100,0	100,0	

V tabulce 61 najdeme odpověď respondentů na otázku, zda ošetřovatelský personál respektoval jejich zvyky. 233 (34,9 %) respondentů odpovědělo ano, 254 (38,0 %) respondentů odpovědělo spíše ano, 179 (26,8 %) neví, 1 (0,1 %) respondent odpověděl spíše ne a 1 (0,1 %) respondent odpověděl ne.

Tabulka 62 Použití kulturních symbolů v ošetřovatelské péči

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	159	23,8	23,8	23,8
	spíše ano	185	27,7	27,7	51,5
	nevím	254	38,0	38,0	89,5
	spíše ne	39	5,8	5,8	95,4
	ne	31	4,6	4,6	100,0
	Total	668	100,0	100,0	

Tabulka 62 popisuje, zda respondentům bylo umožněno použití kulturních symbolů. 159 (23,8 %) respondentů odpovědělo ano, 185 (27,7 %) respondentů odpovědělo spíše ano, 254 (38,0 %) respondentů odpovědělo, že neví, 39 (5,8 %) respondentů odpovědělo spíše ne, 31 (4,6 %) respondentů odpovědělo ne.

Tabulka 63 Použití kulturních praktik v ošetřovatelské péči

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	136	20,4	20,4	20,4
	spíše ano	185	27,7	27,7	48,1
	nevím	260	38,9	38,9	87,0
	spíše ne	56	8,4	8,4	95,4
	ne	31	4,6	4,6	100,0
	Total	668	100,0	100,0	

Tabulka 63 popisuje, zda respondentům bylo umožněno použití kulturních praktik. 136 (20,4 %) respondentů odpovědělo ano, 185 (27,7 %) respondentů odpovědělo spíše ano, 260 (38,9 %) respondentů odpovědělo nevím, 56 (8,4 %) respondentů odpovědělo spíše ne, 31 (4,6 %) respondentů odpovědělo ne.

Tabulka 64 Podpora návyků ze strany sester

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	200	29,9	29,9	29,9
	spíše ano	173	25,9	25,9	55,8
	nevím	249	37,3	37,3	93,1
	spíše ne	21	3,1	3,1	96,3
	ne	25	3,7	3,7	100,0
	Total	668	100,0	100,0	

Odpověď na otázku „Podporovaly sestry návyky Vaše a Vašich dětí?“ ukazuje tabulka 64. 200 (29,9 %) respondentů odpovědělo ano, 173 (25,9 %) respondentů odpovědělo spíše ano, 249 (37,3 %) respondentů odpovědělo nevím, 21 (3,1 %) respondentů odpovědělo spíše ne, 25 (3,7 %) respondentů odpovědělo ne.

Tabulka 65 Dotazy na víru

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	168	25,1	25,1	25,1
	spíše ano	160	24,0	24,0	49,1
	nevím	215	32,2	32,2	81,3
	spíše ne	52	7,8	7,8	89,1
	ne	73	10,9	10,9	100,0
	Total	668	100,0	100,0	

Tabulka 65 znázorňuje odpovědi respondentů, zda se jich sestry dotazovaly na jejich víru. 168 (25,1 %) respondentů odpovědělo ano, 160 (24,0 %) respondentů odpovědělo spíše ano, 215 (32,2 %) respondentů odpovědělo nevím, 52 (7,8 %) respondentů odpovědělo spíše ne, 73 (10,9 %) respondentů odpovědělo ne.

Tabulka 66 Předsudky

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	51	7,6	7,6	7,6
	spíše ano	145	21,7	21,7	29,3
	nevím	276	41,3	41,3	70,7
	spíše ne	57	8,5	8,5	79,2
	ne	139	20,8	20,8	100,0
	Total	668	100,0	100,0	

„Měli jste pocit, že ošetřovatelský personál má vůči Vám předsudky?“ - odpověď respondentů z řad vietnamského etnika je uvedena v tabulce 66. 51 (7,6 %) respondentů odpovědělo, že měli pocit, že ošetřovatelský personál má vůči nim předsudky, 145 (21,7 %) respondentů odpovědělo spíše ano, 276 (41,3 %) respondentů odpovědělo nevím, 57 (8,5 %) respondentů odpovědělo spíše ne, 139 (20,8 %) respondentů odpovědělo ne.

Tabulka 67 Zanedbání péče v souvislosti s minoritou

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	59	8,8	8,8	8,8
	spíše ano	155	23,2	23,2	32,0
	nevím	249	37,3	37,3	69,3
	spíše ne	86	12,9	12,9	82,2
	ne	119	17,8	17,8	100,0
	Total	668	100,0	100,0	

„Měli jste pocit, že Vašemu dítěti není věnována dostatečná péče na základě jeho etnika?“ - odpověď respondentů z řad vietnamského etnika je uvedena v tabulce 67. 59 (8,8 %) respondentů má pocit, že jejich dítěti nebyla věnována dostatečná pozornost a to na základě jejich příslušnosti k vietnamskému etniku, 155 (23,2 %) respondentů odpovědělo spíše ano, 249 (37,3 %) respondentů si zvolilo odpověď nevím, 86 (12,9 %) respondentů odpovědělo spíše ne, 119 (17,8 %) respondentů odpovědělo ne.

Tabulka 68 Problém ve výživě

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	111	16,6	16,6	16,6
	spíše ano	173	25,9	25,9	42,5
	nevím	228	34,1	34,1	76,6
	spíše ne	64	9,6	9,6	86,2
	ne	92	13,8	13,8	100,0
	Total	668	100,0	100,0	

Tabulka 68 se věnuje problémům dítěte v oblasti výživy. 111 (16,6 %) respondentů odpovědělo ano, jejich dítě má problém v oblasti výživy, 173 (25,9 %) respondentů odpovědělo spíše ano, 228 (34,1 %) respondentů neví, 64 (9,6 %) respondentů odpovědělo spíše ne, 92 (13,8 %) respondentů si zvolilo odpověď ne.

Tabulka 69 Posouzení stravovacích návyků

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	196	29,3	29,3	29,3
	spíše ano	170	25,4	25,4	54,8
	nevím	224	33,5	33,5	88,3
	spíše ne	32	4,8	4,8	93,1
	ne	46	6,9	6,9	100,0
	Total	668	100,0	100,0	

Tabulka 69 uvádí, zda se ošetřovatelský personál zajímal o stravovací návyky vietnamského dítěte. 196 (29,3 %) respondentů odpovědělo, že ano, 170 (25,4 %) respondentů odpovědělo, že spíše ano, 224 (33,5 %) neví, zda se stravovací návyky ošetřovatelský personál zajímal, 32 (4,8 %) respondentů si zvolilo odpověď spíše ne, 46 (6,9 %) respondentů odpovědělo ne.

Tabulka 70 Uplatnění zvyků v oblasti výživy

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	211	31,6	31,6	31,6
	spíše ano	170	25,4	25,4	57,0
	nevím	220	32,9	32,9	90,0
	spíše ne	38	5,7	5,7	95,7
	ne	29	4,3	4,3	100,0
	Total	668	100,0	100,0	

V tabulce 70 najdeme odpovědi respondentů na možnost uplatnit při hospitalizaci dítěte zvyky v oblasti výživy. 211 (31,6 %) respondentů odpovědělo ano, 170 (25,4 %) respondentů odpovědělo spíše ano, 220 (32,9 %) respondentů odpovědělo, že neví, 38 (5,7 %) respondentů odpovědělo spíše ne, 29 (4,3 %) respondentů odpovědělo ne.

Tabulka 71 Respektování připomínek ohledně výživy

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	328	49,1	49,1	49,1
	spíše ano	103	15,4	15,4	64,5
	nevím	208	31,1	31,1	95,7
	spíše ne	15	2,2	2,2	97,9
	ne	14	2,1	2,1	100,0
	Total	668	100,0	100,0	

Na otázku, zda byly respektovány, ošetřovatelským personálem, připomínky ohledně stravy vietnamského dítěte nalezneme odpověď v tabulce 71. 328 (49,1 %) respondentů odpovědělo ano, 103 (15,4 %) respondentů odpovědělo spíše ano, 208 (31,1 %) respondentů odpovědělo, že neví, 15 (2,2 %) respondentů odpovědělo spíše ne a 14 (2,1 %) respondentů odpovědělo ne.

Tabulka 72 Problém ve spánku

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	178	26,6	26,6	26,6
	spíše ano	128	19,2	19,2	45,8
	nevím	243	36,4	36,4	82,2
	spíše ne	56	8,4	8,4	90,6
	ne	63	9,4	9,4	100,0
	Total	668	100,0	100,0	

Tabulka 72 se věnuje problémům dítěte v oblasti spánku. 178 (26,6 %) respondentů odpovědělo ano, jejich dítě má problém v oblasti spánku, 128 (19,2 %) respondentů odpovědělo spíše ano, 243 (36,4 %) respondentů neví, 56 (8,4 %) respondentů odpovědělo spíše ne, 63 (9,4 %) respondentů si zvolilo odpověď ne.

Tabulka 73 Posouzení spánkových návyků

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	250	37,4	37,4	37,4
	spíše ano	193	28,9	28,9	66,3
	nevím	197	29,5	29,5	95,8
	spíše ne	12	1,8	1,8	97,6
	ne	16	2,4	2,4	100,0
	Total	668	100,0	100,0	

Tabulka 73 uvádí, zda se ošetřovatelský personál zajímal o spánkové návyky vietnamského dítěte. 250 (37,4 %) respondentů odpovědělo, že ano, 193 (28,9 %) respondentů odpovědělo, že spíše ano, 197 (29,5 %) neví, zda se o spánkové návyky ošetřovatelský personál zajímal, 12 (1,8 %) respondentů si zvolilo odpověď spíše ne, 16 (2,4 %) respondentů odpovědělo ne.

Tabulka 74 Uplatnění zvyků v oblasti spánku

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	181	27,1	27,1	27,1
	spíše ano	178	26,6	26,6	53,7
	nevím	237	35,5	35,5	89,2
	spíše ne	41	6,1	6,1	95,4
	ne	31	4,6	4,6	100,0
	Total	668	100,0	100,0	

V tabulce 74 najdeme odpovědi respondentů na možnost uplatnit při hospitalizaci dítěte zvyky v oblasti spánku. 181 (27,1 %) respondentů odpovědělo ano, 178 (26,6 %) respondentů odpovědělo spíše ano, 237 (35,5 %) respondentů odpovědělo, že neví, 41 (6,1 %) respondentů odpovědělo spíše ne, 31 (4,6 %) respondentů odpovědělo ne.

Tabulka 75 Respektování připomínek ohledně spánku

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	262	39,2	39,2	39,2
	spíše ano	180	26,9	26,9	66,2
	nevím	208	31,1	31,1	97,3
	spíše ne	4	,6	,6	97,9
	ne	14	2,1	2,1	100,0
	Total	668	100,0	100,0	

Na otázku, zda byly respektovány, ošetřovatelským personálem, připomínky ohledně spánku vietnamského dítěte nalezneme odpověď v tabulce 75. 262 (39,2 %) respondentů odpovědělo ano, 180 (26,9 %) respondentů odpovědělo spíše ano, 208 (31,1 %) respondentů odpovědělo, že neví, 4 (0,6 %) respondentů odpovědělo spíše ne a 14 (2,1 %) respondentů odpovědělo ne.

Tabulka 76 Problém ve vyprazdňování

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	141	21,1	21,1	21,1
	spíše ano	151	22,6	22,6	43,7
	nevím	205	30,7	30,7	74,4
	spíše ne	70	10,5	10,5	84,9
	ne	101	15,1	15,1	100,0
	Total	668	100,0	100,0	

Tabulka 76 se věnuje problémům dítěte v oblasti vyprazdňování. 141 (21,1 %) respondentů odpovědělo ano, jejich dítě má problém v oblasti vyprazdňování, 151 (22,6 %) respondentů odpovědělo spíše ano, 205 (30,7 %) respondentů neví, 70 (10,5 %) respondentů odpovědělo spíše ne, 101 (15,1 %) respondentů si zvolilo odpověď ne.

Tabulka 77 Posouzení vyprazdňovacích návyků

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	223	33,4	33,4	33,4
	spíše ano	165	24,7	24,7	58,1
	nevím	233	34,9	34,9	93,0
	spíše ne	23	3,4	3,4	96,4
	ne	24	3,6	3,6	100,0
	Total	668	100,0	100,0	

Tabulka 77 uvádí, zda se ošetřovatelský personál zajímal o vyprazdňovací návyky vietnamského dítěte. 223 (33,4 %) respondentů odpovědělo, že ano, 165 (24,7 %) respondentů odpovědělo, že spíše ano, 233 (34,9 %) neví, zda se o vyprazdňovací návyky ošetřovatelský personál zajímal, 23 (3,4 %) respondentů si zvolilo odpověď spíše ne, 24 (3,6 %) respondentů odpovědělo ne.

Tabulka 78 Uplatnění zvyků v oblasti vyprazdňování

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	181	27,1	27,1	27,1
	spíše ano	155	23,2	23,2	50,3
	nevím	239	35,8	35,8	86,1
	spíše ne	70	10,5	10,5	96,6
	ne	23	3,4	3,4	100,0
	Total	668	100,0	100,0	

V tabulce 78 najdeme odpovědi respondentů na možnost uplatnit při hospitalizaci dítěte zvyky v oblasti vyprazdňování. 181 (27,1 %) respondentů odpovědělo ano, 155 (23,2 %) respondentů odpovědělo spíše ano, 239 (35,8 %) respondentů odpovědělo, že neví, 70 (10,5 %) respondentů odpovědělo spíše ne, 23 (3,4 %) respondentů odpovědělo ne.

Tabulka 79 Respektování připomínek ohledně vyprazdňování

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	203	30,4	30,4	30,4
	spíše ano	236	35,3	35,3	65,7
	nevím	171	25,6	25,6	91,3
	spíše ne	40	6,0	6,0	97,3
	ne	18	2,7	2,7	100,0
	Total	668	100,0	100,0	

Na otázku, zda byly respektovány, ošetřovatelským personálem, připomínky ohledně vyprazdňování vietnamského dítěte nalezneme odpověď v tabulce 79. 203 (30,4 %) respondentů odpovědělo ano, 236 (35,3 %) respondentů odpovědělo spíše ano, 171 (25,6 %) respondentů odpovědělo, že neví, 40 (6 %) respondentů odpovědělo spíše ne a 18 (2,7 %) respondentů odpovědělo ne.

Tabulka 80 Problém v péči o sebe sama

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	121	18,1	18,1	18,1
	spíše ano	230	34,4	34,4	52,5
	nevím	178	26,6	26,6	79,2
	spíše ne	90	13,5	13,5	92,7
	ne	49	7,3	7,3	100,0
	Total	668	100,0	100,0	

Tabulka 80 se věnuje problémům dítěte v oblasti péče o sebe sama. 121 (18,1 %) respondentů odpovědělo ano, jejich dítě má problém v péče o sebe sama, 230 (34,4 %) respondentů odpovědělo spíše ano, 178 (26,6 %) respondentů neví, 90 (13,5 %) respondentů odpovědělo spíše ne, 49 (7,3 %) respondentů si zvolilo odpověď ne.

Tabulka 81 Posouzení návyků v péči o sebe sama

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	216	32,3	32,3	32,3
	spíše ano	232	34,7	34,7	67,1
	nevím	187	28,0	28,0	95,1
	spíše ne	20	3,0	3,0	98,1
	ne	13	1,9	1,9	100,0
	Total	668	100,0	100,0	

Tabulka 81 uvádí, zda se ošetřovatelský personál zajímal o návyky vietnamského dítěte v péči o sebe sama. 216 (32,3 %) respondentů odpovědělo, že ano, 232 (34,7 %) respondentů odpovědělo, že spíše ano, 187 (28,0 %) neví, zda se ošetřovatelský personál zajímal o návyky dítěte v péči o sebe sama, 20 (3,0 %) respondentů si zvolilo odpověď spíše ne, 13 (1,9 %) respondentů odpovědělo ne.

Tabulka 82 Uplatnění zvyků v oblasti péče o sebe sama

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	163	24,4	24,4	24,4
	spíše ano	212	31,7	31,7	56,1
	nevím	237	35,5	35,5	91,6
	spíše ne	28	4,2	4,2	95,8
	ne	28	4,2	4,2	100,0
	Total	668	100,0	100,0	

V tabulce 82 najdeme odpovědi respondentů na možnost uplatnit při hospitalizaci dítěte zvyky v oblasti péče o sebe sama. 163 (24,4 %) respondentů odpovědělo ano, 212 (31,7 %) respondentů odpovědělo spíše ano, 237 (35,5 %) respondentů odpovědělo, že neví, 28 (4,2 %) respondentů odpovědělo spíše ne, 28 (4,2 %) respondentů odpovědělo ne.

Tabulka 83 Respektování připomínek ohledně péče o sebe sama

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	249	37,3	37,3	37,3
	spíše ano	189	28,3	28,3	65,6
	nevím	169	25,3	25,3	90,9
	spíše ne	44	6,6	6,6	97,5
	ne	17	2,5	2,5	100,0
	Total	668	100,0	100,0	

Na otázku, zda byly respektovány, ošetřovatelským personálem, připomínky ohledně péče o sebe sama vietnamského dítěte nalezneme odpověď v tabulce 83. 249 (37,3 %) respondentů odpovědělo ano, 189 (28,3 %) respondentů odpovědělo spíše ano, 169 (25,3 %) respondentů odpovědělo, že neví, 44 (6,6 %) respondentů odpovědělo spíše ne a 17 (2,5 %) respondentů odpovědělo ne.

Tabulka 84 Reakce na hospitalizaci

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	pozitivně	236	35,3	35,3	35,3
	spíše pozitivně	217	32,5	32,5	67,8
	nevím	185	27,7	27,7	95,5
	spíše negativně	23	3,4	3,4	99,0
	negativně	7	1,0	1,0	100,0
	Total	668	100,0	100,0	

V tabulce 84 najdeme odpověď na otázku „Jak vaše dítě reagovalo na hospitalizaci?“. 236 (35,3 % respondentů uvedlo, že dítě reagovalo positivně, 217 (32,5 %) respondentů uvedlo odpověď spíše positivně, 185 (27,7 %) si zvolilo odpověď nevím. Že dítě reagovalo spíše negativně, si myslí 23 (3,4 %) respondentů a odpověď negativně si zvolilo 7 (1,0 %) respondentů.

Tabulka 85 Potřeba výživy

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	327	49,0	49,0	49,0
	spíše ano	203	30,4	30,4	79,3
	nevím	137	20,5	20,5	99,9
	spíše ne	1	,1	,1	100,0
	Total	668	100,0	100,0	

V tabulce 85 jsou uvedeny odpovědi rodičů na otázku o spokojenosti s péčí poskytovanou dítěti v oblasti výživy. 327 (49 %) respondentů odpovídalo ano, tedy, že je s péčí o výživu dětí spokojeno, 203 (30,4 %) odpovídalo spíše ano, 137 (20,5 %) nevím, 1 (0,1 %) respondent si zvolil odpověď spíše ne a žádný respondent si nezvolil odpověď ne, tedy, že je s péči v této oblasti nespokojen.

Tabulka 86 Potřeba vylučování

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	295	44,2	44,2	44,2
	spíše ano	248	37,1	37,1	81,3
	nevím	125	18,7	18,7	100,0
	Total	668	100,0	100,0	

V tabulce 86 jsou uvedeny odpovědi rodičů na otázku o spokojenosti s péčí poskytovanou dítěti v oblasti vylučování. 295 (44,2 %) respondentů odpovídalo ano, tedy, že je s péčí o v oblasti vylučování spokojeno, 248 (37,1 %) odpovídalo spíše ano, 125 (18,7 %) nevím, 0 (0 %) respondentů si zvolilo odpověď spíše ne a 0 (0 %) respondentů si zvolil odpověď ne, tedy, že je s péči v této oblasti nespokojen.

Tabulka 87 Potřeba aktivity

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	258	38,6	38,6	38,6
	spíše ano	273	40,9	40,9	79,5
	nevím	125	18,7	18,7	98,2
	spíše ne	7	1,0	1,0	99,3
	ne	5	,7	,7	100,0
	Total	668	100,0	100,0	

V tabulce 87 jsou uvedeny odpovědi rodičů na otázku o spokojenosti s péčí poskytovanou dítěti v oblasti aktivity. 258 (38,6 %) respondentů odpovídalo ano, tedy, že je s péčí spokojeno, 273 (40,9 %) odpovídalo spíše ano, 125 (18,7 %) respondentů zvolilo odpověď nevím, 7 (1,0 %) respondentů si zvolilo odpověď spíše ne a 5 (0,7 %) respondentů si zvolilo odpověď ne, tedy, že je s péči v této oblasti nespokojeno.

Tabulka 88 Potřeba spánku

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	309	46,3	46,3	46,3
	spíše ano	221	33,1	33,1	79,3
	nevím	137	20,5	20,5	99,9
	spíše ne	1	,1	,1	100,0
	Total	668	100,0	100,0	

V tabulce 88 jsou uvedeny odpovědi rodičů na otázku o spokojenosti s péčí poskytovanou dítěti v oblasti spánku. 309 (46,3 %) respondentů odpovídalo ano, tedy, že je s péčí spokojeno, 221 (33,1 %) odpovídalo spíše ano, 137 (20,5 %) respondentů si zvolilo odpověď nevím, 1 (0,1 %) respondent si zvolil odpověď spíše ne a žádný respondent si nezvolil odpověď ne, tedy, že je s péči v této oblasti nespokojen.

Tabulka 89 Potřeba poznávání

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	271	40,6	40,6	40,6
	spíše ano	239	35,8	35,8	76,3
	nevím	150	22,5	22,5	98,8
	spíše ne	8	1,2	1,2	100,0
	Total	668	100,0	100,0	

V tabulce 89 jsou uvedeny odpovědi rodičů na otázku o spokojenosti s péčí poskytovanou dítěti v oblasti poznávání. 271 (40,6 %) respondentů odpovídalo ano, tedy, že je s péčí spokojeno, 239 (35,8 %) odpovídalo spíše ano, 150 (22,5 %) respondentů si zvolilo odpověď nevím, 8 (1,2 %) respondentů si zvolilo odpověď spíše ne a žádný respondent si nezvolil odpověď ne, tedy, že je s péči v této oblasti nespokojen.

Tabulka 90 Potřeba sebepojetí

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	236	35,3	35,3	35,3
	spíše ano	284	42,5	42,5	77,8
	nevím	140	21,0	21,0	98,8
	spíše ne	8	1,2	1,2	100,0
	Total	668	100,0	100,0	

V tabulce 90 jsou uvedeny odpovědi rodičů na otázku o spokojenosti s péčí poskytovanou dítěti v oblasti sebepojetí. 236 (35,3 %) respondentů odpovídalo ano, tedy, že je s péčí spokojeno, 284 (42,5 %) odpovídalo spíše ano, 140 (21,0 %) respondentů si zvolilo odpověď nevím, 8 (1,2 %) respondentů si zvolilo odpověď spíše ne a žádný respondent si nezvolil odpověď ne, tedy, že je s péči v této oblasti nespokojen.

Tabulka 91 Potřeba vztahů

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	175	26,2	26,2	26,2
	spíše ano	323	48,4	48,4	74,6
	nevím	162	24,3	24,3	98,8
	spíše ne	8	1,2	1,2	100,0
	Total	668	100,0	100,0	

V tabulce 91 jsou uvedeny odpovědi rodičů na otázku o spokojenosti s péčí poskytovanou dítěti v oblasti vztahů. 175 (26,2 %) respondentů odpovídalo ano, tedy, že je s péčí spokojeno, 323 (48,4 %) odpovídalo spíše ano, 162 (24,3 %) respondentů si zvolilo odpověď nevím, 8 (1,2 %) respondentů si zvolilo odpověď spíše ne a žádný respondent si nezvolil odpověď ne, tedy, že je s péči v této oblasti nespokojen.

Tabulka 92 Potřeba sexuality

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	179	26,8	26,8	26,8
	spíše ano	228	34,1	34,1	60,9
	nevím	189	28,3	28,3	89,2
	spíše ne	57	8,5	8,5	97,8
	ne	15	2,2	2,2	100,0
	Total	668	100,0	100,0	

V tabulce 92 jsou uvedeny odpovědi rodičů na otázku o spokojenosti s péčí poskytovanou dítěti v oblasti sexuality. 179 (26,8 %) respondentů odpovídalo ano, tedy, že je s péčí spokojeno, 228 (34,1 %) odpovídalo spíše ano, 189 (28,3 %) respondentů si zvolilo odpověď nevím, 57 (8,5 %) respondentů si zvolilo odpověď spíše ne a 15 (2,2 %) respondentů si zvolilo odpověď ne, tedy, že je s péči v této oblasti nespokojeno.

Tabulka 93 Potřeba být bez stresu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	149	22,3	22,3	22,3
	spíše ano	224	33,5	33,5	55,8
	nevím	238	35,6	35,6	91,5
	spíše ne	35	5,2	5,2	96,7
	ne	22	3,3	3,3	100,0
	Total	668	100,0	100,0	

V tabulce 93 jsou uvedeny odpovědi rodičů na otázku o spokojenosti s péčí poskytovanou dítěti v oblasti stresu. 149 (22,3 %) respondentů odpovídalo ano, tedy, že je s péčí spokojeno, 224 (33,5 %) odpovídalo spíše ano, 238 (35,6 %) respondentů si zvolilo odpověď nevím, 35 (5,2 %) respondentů si zvolilo odpověď spíše ne a 22 (3,3 %) respondentů si zvolilo odpověď ne, tedy, že je s péči v této oblasti nespokojeno.

Tabulka 94 Potřeba víry

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	180	26,9	26,9	26,9
	spíše ano	206	30,8	30,8	57,8
	nevím	256	38,3	38,3	96,1
	spíše ne	16	2,4	2,4	98,5
	ne	10	1,5	1,5	100,0
	Total	668	100,0	100,0	

V tabulce 94 jsou uvedeny odpovědi rodičů na otázku o spokojenosti s péčí poskytovanou dítěti v oblasti víry. 180 (26,9 %) respondentů odpovídalo ano, tedy, že je s péčí spokojeno, 206 (30,8 %) odpovídalo spíše ano, 256 (38,3 %) respondentů si zvolilo odpověď nevím, 16 (2,4 %) respondentů si zvolilo odpověď spíše ne a 10 (1,5 %) respondentů si zvolilo odpověď ne, tedy, že je s péči v této oblasti nespokojeno.

Tabulka 95 Potřeba informací

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	266	39,8	39,8	39,8
	spíše ano	196	29,3	29,3	69,2
	nevím	198	29,6	29,6	98,8
	spíše ne	8	1,2	1,2	100,0
	Total	668	100,0	100,0	

V tabulce 95 jsou uvedeny odpovědi rodičů na otázku o spokojenosti s péčí poskytovanou dítěti v oblasti informací. 266 (39,8 %) respondentů odpovídalo ano, tedy, že je s péčí spokojeno, 196 (29,3 %) odpovídalo spíše ano, 198 (29,6 %) nevím, 8 (1,2 %) respondentů si zvolilo odpověď spíše ne a žádný respondent si nezvolil odpověď ne, tedy, že je s péči v této oblasti nespokojen.

Tabulka 96 Potřeba komunikace

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	252	37,7	37,7	37,7
	spíše ano	224	33,5	33,5	71,3
	nevím	185	27,7	27,7	99,0
	spíše ne	7	1,0	1,0	100,0
	Total	668	100,0	100,0	

V tabulce 96 jsou uvedeny odpovědi rodičů na otázku o spokojenosti s péčí poskytovanou dítěti v oblasti komunikace. 252 (37,7 %) respondentů odpovídalo ano, tedy, že je s péčí spokojeno, 224 (33,5 %) odpovídalo spíše ano, 185 (27,7 %) nevím, 7 (1 %) respondentů si zvolilo odpověď spíše ne a žádný respondent si nezvolil odpověď ne, tedy, že je s péči v této oblasti nespokojen.

Tabulka 97 Spokojenost s ošetřovatelskou péčí

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	266	39,8	39,8	39,8
	spíše ano	225	33,7	33,7	73,5
	nevím	171	25,6	25,6	99,1
	ne	6	,9	,9	100,0
	Total	668	100,0	100,0	

V tabulce 97 jsou uvedeny odpovědi rodičů na otázku o spokojenosti s péčí poskytovanou dítěti v oblasti ošetřovatelské péče. 266 (39,8 %) respondentů odpovídalo ano, tedy, že je s ošetřovatelskou péčí spokojeno, 225 (33,7 %) odpovídalo spíše ano, 171 (25,6 %) nevím, 0 (0 %) respondentů si zvolilo odpověď spíše ne a 6 (0,9 %) respondentů si zvolilo odpověď ne, tedy, že je s péči v této oblasti nespokojeno.

Tabulka 98 Potřeba být bez bolesti

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	198	29,6	29,6	29,6
	spíše ano	181	27,1	27,1	56,7
	nevím	240	35,9	35,9	92,7
	spíše ne	8	1,2	1,2	93,9
	ne	41	6,1	6,1	100,0
	Total	668	100,0	100,0	

V tabulce 98 jsou uvedeny odpovědi rodičů na otázku o spokojenosti s péčí poskytovanou dítěti v oblasti bolesti. 198 (29,6 %) respondentů odpovídalo ano, tedy, že je s péčí spokojeno, 181 (27,1 %) odpovídalo spíše ano, 240 (35,9 %) nevím, 8 (1,2 %) respondent si zvolil odpověď spíše ne a 41 (6,1 %) respondentů si zvolilo odpověď ne, tedy, že je s péči v této oblasti nespokojeno.

Tabulka 99 Délka pobytu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0-5 let	179	26,8	26,8	26,8
	6-10 let	261	39,1	39,1	65,9
	11-15 let	61	9,1	9,1	75,0
	16-20 let	7	1,0	1,0	76,0
	21-25 let	69	10,3	10,3	86,4
	25-30 let	51	7,6	7,6	94,0
	31-35 let	18	2,7	2,7	96,7
	36 a více let	22	3,3	3,3	100,0
	Total	668	100,0	100,0	

V tabulce 99 je uvedena doba pobytu respondentů na území ČR. Délku pobytu 0 – 5 let uvedlo 179 (26,8 %) respondentů, 6 – 10 let uvedlo 261 (39,1 %) respondentů, 11 – 15 let uvedlo 61 (9,1 %) respondentů. Délku pobytu 16 – 20 let uvedlo 7 (1,0 %) respondentů, 21 – 25 let 69 (10,3 %), 25 – 30 let uvedlo 51 (7,6 %) respondentů, 31 – 35 let uvedlo 18 (2,7 %) respondentů a 22 (3,3 %) respondentů si zvolilo možnost 36 a více let.

Tabulka 100 Kraj

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Praha	252	37,7	37,7	37,7
	Středočeský	28	4,2	4,2	41,9
	Jihočeský	27	4,0	4,0	46,0
	Plzeňský	72	10,8	10,8	56,7
	Liberecký	40	6,0	6,0	62,7
	Ústecký	25	3,7	3,7	66,5
	Karlovarský	30	4,5	4,5	71,0
	Královehradecký	35	5,2	5,2	76,2
	Pardubický	15	2,2	2,2	78,4
	Vysočina	14	2,1	2,1	80,5
	Jihomoravský	73	10,9	10,9	91,5
	Olomoucký	24	3,6	3,6	95,1
	Moravskoslezký	14	2,1	2,1	97,2
	Zlínský	19	2,8	2,8	100,0
	Total	668	100,0	100,0	

V tabulce 100 najdeme rozmístění respondentů v krajích ČR. Respondenti byli ze všech 14 krajů ČR. Z Prahy bylo 252 (37,7 %) respondentů, ze Středočeského kraje 28 (4,2 %) respondentů, z Jihočeského 27 (4,0 %) respondentů, z Plzeňského 72 (10,8 %) respondentů, z Libereckého 40 (6,0 %) respondentů, z Ústeckého kraje bylo 25 (3,7 %) respondentů, v Karlovarském kraji se výzkumu zúčastnilo 30 (4,5 %) respondentů, v Královehradeckém 35 (5,2 %) respondentů, v Pardubickém 15 (2,2 %) respondentů. V Kraji Vysočina a Moravskoslezském se výzkumu zúčastnilo 14 (2,1 %) respondentů. V Jihomoravském kraji se do výzkumu zapojilo 73 (10,9 %) respondentů, v Olomouckém 24 (3,6 %) respondentů a ve Zlínském to bylo 19 (2,8 %) respondentů.

Tabulka 101 Počet dětí

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 dítě	188	28,1	28,1	28,1
	2 děti	317	47,5	47,5	75,6
	3 děti	135	20,2	20,2	95,8
	4 a více dětí	28	4,2	4,2	100,0
	Total	668	100,0	100,0	

V tabulce 101 najdeme počet dětí respondentů. 188 (28,1 %) respondentů uvedlo, že má 1 dítě, 317 (47,5 %) respondentů, že má 2 děti, 135 (20,2 %) uvedlo, že má 3 děti a 4 a více dětí má 28 (4,2 %) respondentů.

4.6 Polostandardizovaný rozhovor – 3. fáze výzkumu

- *Jaké důvody mohou vést k situaci, kdy vietnamští rodiče neabsolvují se svými dětmi povinné očkování?*

  R1 – nedostatečná informovanost

  R2 – nedostatečná informovanost, vzdělání respondentů, oblast odkud pocházejí

  R3 – nízké vzdělání a neinformovanost, tradiční medicína

- *Jaké důvody mohou vést k situaci, kdy vietnamští rodiče neabsolvují se svými dětmi preventivní prohlídky?*

  R1 – nedostatečná informovanost

  R2 – nedostatečná informovanost, vzdělání respondentů, oblast odkud pocházejí

  R3 – neinformovanost, tradiční medicína

- *V odpovědích týkajících se komunikace a především znalosti jazyka, porozumění zdravotnickým pracovníkům a využívání služeb tlumočníka došlo k rozporům jednotlivých odpovědí?* (90% respondentů z řad vietnamského etnika si zvolilo odpověď ano či spíše ano a uvedlo, že se sestrami komunikují česky. Ovšem při dotazování na nutnost tlumočníka při komunikaci si odpověď ano zvolilo 45% a spíše ano 24% respondentů. Také uvedli, že 10% dětí potřebuje tlumočníka při komunikaci s ošetřovatelským personálem a 12% spíše ano).

  R1 - tlumočení ze strany dětí či rodinných příslušníku a přátel je často bráno jako komunikace v českém jazyce

  R2 – pokud se česky dorozumí kdokoli z rodiny, který je přítomen jedná se o komunikaci v českém jazyce

  R3 – otázka tlumočení mohla být vztažená na respondenta, přestože se někdo z rodiny dorozumí česky a může tlumočit, čímž je komunikace vedena v českém jazyce

- *Přestože Vaše etnikum má zcela jiné kulturní dědictví a vychází z jiných tradic, přesto je většina odpovědí na uspokojování potřeb dětí positivní a to i přes nedodržování nerespektování odlišností dětí. Jak si vysvětlujete tuto skutečnost?*

  R1 – jsme velmi přizpůsobiví, naše děti jsou většinou chodí do škol v ČR a tak přejímají se chovají více jako české děti, tradice dodržují spíše starší generace, které tu jsou, takže děti nepotřebují zvláštní péči. Většinou jen, co se týká jídla, protože doma vaříme vietnamskou kuchyni.

  R2 – nechceme se lišit. Pokud máme možnost dodržovat naše zvyky, pokud je nám to třeba právě při hospitalizaci umožněno, tak toho využijeme. Jinak chceme stejnou péči jako máte vy Češi. Nejdůležitější je, aby nebyla diskriminace a děti dostaly tu nejlepší péči stejnou jako Vaše děti.

  R3 – nějaké odlišnosti jsou, ale děti tady narozené se neliší, tedy mají stejné potřeby jako ostatní děti. Děti, které se zde nenarodily se přizpůsobí. Dodržování naší kultury stačí v domácím prostředí. Děti se nechtějí lišit, chtějí zapadnout.

4.7 Třídění druhého stupně – testování pomocí Pearson Chi-Square testu

Pro testování nezávislosti dvou proměnných jsme vždy stanovili nulovou a alternativní hypotézu.

4.6.1 Vztah vzdělání sester a odpovědi na anketní otázku

H_0 Znalost teorie Leiningerové a jejího Modelu vycházejícího slunce (kladná odpověď na anketní otázku) je nezávislá na vzdělání sester.
H_A Znalost teorie Leiningerové a jejího Modelu vycházejícího slunce (kladná odpověď na anketní otázku) je závislá na vzdělání sester.

Tabulka 102 Data využitá pro hodnocení vztahu vzdělání sester a odpovědi na anketní otázku

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Anketní ot. * Vzdělání	165	,3%	65368	99,7%	65533	100,0%

Tabulka 103 Crosstest odpovědí hodnocených pro vztah vzdělání sester a odpovědi na anketní otázku

Count					
		Vzdělání			
		SZŠ	VOŠ	VŠ	Total
Anketní otázka	ano	3	18	18	39
	ne	70	56	0	126
	Total	73	74	18	165

Tabulka 104 Testování závislosti vzdělání sester a odpovědi na anketní otázku pomocí Pearson Chi-Square testu

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	73,594[a]	2	,000
Likelihood Ratio	73,326	2	,000
Linear-by-Linear Association	59,412	1	,000
N of Valid Cases	165		

a. 1 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,25.

Na základě hodnoty signifikance Pearson Chi-Square testu 0,000, která je menší než 5 % zamítáme na 95 % hladině spolehlivosti nulovou hypotézu H_0 Znalost teorie Leiningerové a jejího Modelu vycházejícího slunce (kladná odpověď na anketní otázku) je nezávislá na vzdělání sester. Lze tedy prohlásit, že zkoumané proměnné jsou na sobě závislé.

4.6.2 Vztah vzdělání sester a odpovědi na anketní podotázku otázku č. 2

H_0 Znalost pojmu transkulturní ošetřovatelství (kladná odpověď na anketní podotázku č. 2) je nezávislá na vzdělání sester.
H_A Znalost pojmu transkulturní ošetřovatelství (kladná odpověď na anketní podotázku č. 2) je závislá na vzdělání sester.

Tabulka 105 Data využitá pro hodnocení vztahu vzdělání sester a odpovědi na anketní podotázku č. 2

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Podotázka č. 2 * Vzdělání	126	,2%	65407	99,8%	65533	100,0%

Tabulka 106 Crosstest odpovědí hodnocených pro vztah vzdělání sester a odpovědi na anketní podotázku č. 2				
Count				
		Vzdělání		
		SZŠ	VOŠ	Total
Podotázka č. 2	ano	61	56	117
	ne	9	0	9
	Total	70	56	126

Tabulka 107 Testování závislosti vzdělání sester a odpovědi na anketní podotázku č. 2 pomocí Pearson Chi-Square testu					
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7,754[a]	1	,005		
Continuity Correction[b]	5,937	1	,015		
Likelihood Ratio	11,132	1	,001		
Fisher's Exact Test				,004	,004
Linear-by-Linear Association	7,692	1	,006		
N of Valid Cases	126				
a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,00.					

Na základě hodnoty signifikance Pearson Chi-Square testu 0,005, která není větší než 5 % zamítáme na 95 % hladině spolehlivosti nulovou hypotézu H_0 Znalost pojmu transkulturní ošetřovatelství (kladná odpověď na anketní podotázku č. 2) je nezávislá na vzdělání sester. Lze tedy prohlásit, že zkoumané proměnné jsou na sobě závislé.

4.6.3 Vztah délky pobytu vietnamských respondentů na území ČR a absolvování preventivních prohlídek jejich dětmi

H_0 Absolvování preventivních prohlídek vietnamskými dětmi je nezávislé na délce pobytu vietnamských respondentů na území ČR.

H_A Absolvování preventivních prohlídek vietnamskými dětmi je závislé na délce pobytu vietnamských respondentů na území ČR.

Tabulka 108 Data využitá pro hodnocení vztahu délky pobytu vietnamských respondentů na území ČR a absolvování preventivních prohlídek jejich dětmi

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Délka pobytu * Absolvování preventivních prohlídek	668	100,0%	0	,0%	668	100,0%

Tabulka 109 Crosstest odpovědí hodnocených pro vztah délky pobytu vietnamských respondentů na území ČR a absolvování preventivních prohlídek jejich dětmi

Count				
		Absolvování preventivních prohlídek		
		ano	ne	Total
Délka pobytu	0-5 let	141	38	179
	6-10 let	202	59	261
	11-15 let	51	10	61
	16-20 let	6	1	7
	21-25 let	51	18	69
	25-30 let	40	11	51
	31-35 let	9	9	18
	36 a více let	18	4	22
	Total	518	150	668

Tabulka 110 Testování závislosti délky pobytu vietnamských respondentů na území ČR a absolvování preventivních prohlídek jejich dětmi pomocí Pearson Chi-Square testu

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,333[a]	7	,170
Likelihood Ratio	9,122	7	,244
Linear-by-Linear Association	1,119	1	,290
N of Valid Cases	668		

a. 3 cells (18,8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,57.

Na základě hodnoty signifikance Pearson Chi-Square testu 0,170, která je větší něž 5 % nezamítáme na 95 % hladině spolehlivosti nulovou hypotézu H_0 Absolvování preventivních prohlídek vietnamskými dětmi je nezávislé na délce pobytu vietnamských respondentů na území ČR. Lze tedy prohlásit, že zkoumané proměnné jsou na sobě nezávislé.

4.6.4 *Vztah délky pobytu vietnamských respondentů na území ČR a absolvování očkování jejich dětmi*

H_0 Absolvování očkování vietnamskými dětmi je nezávislé na délce pobytu vietnamských respondentů na území ČR.

H_A Absolvování očkování vietnamskými dětmi je závislé na délce pobytu vietnamských respondentů na území ČR.

Tabulka 111 Data využitá pro hodnocení vztahu délky pobytu vietnamských respondentů na území ČR a absolvování očkování jejich dětmi

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Délka pobytu * Absolvování očkování	668	100,0%	0	,0%	668	100,0%

Tabulka 112 Crosstest odpovědí hodnocených pro vztah délky pobytu vietnamských respondentů na území ČR a absolvování očkování jejich dětmi

Count				
		Absolvování očkování		
		ano	ne	Total
Délka pobytu	0-5 let	167	12	179
	6-10 let	234	27	261
	11-15 let	54	7	61
	16-20 let	7	0	7
	21-25 let	55	14	69
	25-30 let	43	8	51
	31-35 let	15	3	18
	36 a více let	21	1	22
	Total	596	72	668

Tabulka 113 Testování závislosti délky pobytu vietnamských respondentů na území ČR a absolvování očkování jejich dětmi pomocí Pearson Chi-Square testu

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	13,324[a]	7	,065
Likelihood Ratio	13,323	7	,065
Linear-by-Linear Association	4,468	1	,035
N of Valid Cases	668		

a. 3 cells (18,8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,75.

Na základě hodnoty signifikance Pearson Chi-Square testu 0,065, která je větší něž 5 % nezamítáme na 95 % hladině spolehlivosti nulovou hypotézu H_0 Absolvování očkování vietnamskými dětmi je nezávislé na délce pobytu vietnamských respondentů na území ČR. Lze tedy prohlásit, že zkoumané proměnné jsou na sobě nezávislé.

4.6.5 Vztah délky pobytu vietnamských respondentů na území ČR a registrace jejich dětí u PLPDD

H_0 Registrace vietnamských dětí u praktického lékaře pro děti a dorost je nezávislá na délce pobytu vietnamských respondentů na území ČR.
H_A Registrace vietnamských dětí u praktického lékaře pro děti a dorost je závislá na délce pobytu vietnamských respondentů na území ČR.

Tabulka 114 Data využitá pro hodnocení vztahu délky pobytu vietnamských respondentů na území ČR a registrace jejich dětí u PLPDD

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Délka pobytu * Registrace u PLPDD	668	100,0%	0	,0%	668	100,0%

Tabulka 115 Crosstest odpovědí hodnocených pro vztah délky pobytu vietnamských respondentů na území ČR a registrace jejich dětí u PLPDD				
Count				
		Registrace u PLPDD		
		ano	ne	Total
Délka pobytu	0-5 let	137	42	179
	6-10 let	196	65	261
	11-15 let	40	21	61
	16-20 let	6	1	7
	21-25 let	41	28	69
	25-30 let	35	16	51
	31-35 let	8	10	18
	36 a více let	16	6	22
	Total	479	189	668

Tabulka 116 Testování závislosti délky pobytu vietnamských respondentů na území ČR a registrace jejich dětí u PLPDD pomocí Pearson Chi-Square testu			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	17,321[a]	7	,015
Likelihood Ratio	16,386	7	,022
Linear-by-Linear Association	8,308	1	,004
N of Valid Cases	668		
a. 1 cells (6,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,98.			

Na základě hodnoty signifikance Pearson Chi-Square testu 0,015, která je větší něž 5 % nezamítáme na 95 % hladině spolehlivosti nulovou hypotézu H_0 Registrace vietnamských dětí u praktického lékaře pro děti a dorost je nezávislá na délce pobytu vietnamských respondentů na území ČR. Lze tedy prohlásit, že zkoumané proměnné jsou na sobě nezávislé.

5. Diskuse

Ke zpracování disertační práce byly využity metody kvalitativního i kvantitativního výzkumu. Výzkum probíhal ve třech fázích v průběhu roku 2005 až 2008. K získání dat byla využita metoda ankety, polostandardizovaného rozhovoru, dotazníku a sekundární analýza dat. Výzkum zahrnoval respondenty z celé České republiky. Do výzkumu byli zahrnuti respondenti z řad vietnamského etnika a sestry pracující na dětských odděleních.

Výzkumu se zúčastnilo 370 sester (165 bylo osloveno v anketě, 200 v dotazníkovém šetření, s 5 sestrami byl veden polostandardizovaný rozhovor) a 681 respondentů z řad vietnamského etnika (s 13 respondenty byl veden polostandardizovaný rozhovor, 668 respondentů se zúčastnilo dotazníkového šetření).

Pro potvrzení hypotéz byla vyhodnocována každá odpověď zvlášť, v sumárních výsledcích byly u vybraných otázek odpovědi shrnuty na kladné (součet odpovědí ano a spíše ano), neutrální (nevím) a záporné (součet odpovědí spíše ne a ne).

Výsledky byly zpracovány popisnou statistikou v programu Microsoft Excel. U vyhodnocování výsledků dotazníku pro vietnamskou minoritu byly výsledky zpracovány v SPSS programu verze 16.0. Rozhovory v kvalitativním výzkumu byly zpracovány pomocí modifikovaného přístupu rámcové analýzy Ritchie-Spencer.

5.1 Diskuse - první fáze výzkumu

První fáze výzkumu byla zahájena anketou, která zjišťovala znalosti sester, v oblasti transkulturního ošetřovatelství. V rámci ní bylo telefonicky osloveno 165 sester (98 dětských a 67 všeobecných sester). Doba praxe sester byla rozdělena do 3 kategorií. Dobu praxe 0 – 15 let uvedlo 80 sester, 16 – 30 let uvedlo 69 sester a 31 let a více uvedlo 16 sester. Z dotazovaných 165 sester mělo 73 sester středoškolské vzdělání, 74 sester vyšší odborné vzdělání a 18 sester vysokoškolské vzdělání (graf 1, 2, 3).

Z výzkumu vyplývá, že pojem transkulturní ošetřovatelství zná 92% dotazovaných, a přesto zásady práce dle této teorie ovládá jen 40% z nich a v praxi se jimi řídí jen 10% dotazovaných. Dále z výsledků vyplývá, že nejvíce znalostí v oblasti transkulturního a multikulturního ošetřovatelství mají sestry s vysokoškolským vzděláním a s praxí do 15 let a nejméně se v otázkách trankulturního ošetřovatelství orientují sestry s praxí více jak 31 let a se středoškolským vzděláním. Je tu tedy závislost mezi vzděláním sester a jejich znalostmi transkulturního a multikulturního ošetřovatelství. Tato skutečnost byla ověřena i testováním pomocí Pearson Chi-Square testu (tabulka 104 a 107). Znalost teorie Leiningerové a jejího Modelu vycházejícího slunce (kladná odpověď na anketní otázku) je závislá na vzdělání sester a stejně tak je na vzdělání sester závislá znalost pojmu transkulturní ošetřovatelství (kladná odpověď na anketní podotázku č. 2).

5. Na základě výsledků ankety byla stanovena hypotéza **H_1: Ošetřovatelská péče o děti z vietnamské minority neodpovídá zásadám tanskulturního ošetřovatelství.**

Pouze 24 % sester (graf 4) dotazovaných v anketě odpovědělo správně na otázky týkající se znalosti modelu M. Leiningerové. Ošetřovatelský model M. Leiningerové („Model vycházejícího slunce“) patří spolu s Modelem kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče (Joyce Gigerová, Ruth Davighizarová) a Blochovým průvodcem etnicko kulturním posuzováním mezi nejznámější teorie a modely transkulturního ošetřovatelství. Patří mezi humanistické, holistické modely, které uznávají hodnotu člověka jako osobnosti, jeho právo na svobodu, štěstí, na rozvoj sil a schopností, které považují rovnost, spravedlnost a lidskost za normy vztahů mezi lidmi, které vycházejí z respektování lidských práv a práv pacientů a jejichž charakteristickými rysy jsou empatie, soucit, úcta k člověku, akceptace autonomie a svobody jedince (3). Neznalost tohoto modelu u sester pracujících s cizinci nás vedla ke stanovení hypotézy *H_2: Při hospitalizaci dětí z vietnamské minority není prováděna ošetřovatelská péče dle principů holismu.*

Přesto, že z výzkumu vyplynulo, že vzdělání sester a jejich znalosti multikulturního/transkulturního ošetřovatelství jsou ve vzájemné závislosti a 24 %

sester znalo jméno M. Leiningerová neznamen to, že sestry s vyšším vzdělání a znalostí multikulturních/transkulturních modelů, umí pracovat či využívají zmíněné modely v praxi.. Z výsledku vyplývá, že sestry, přestože vědí, jaká by péče o cizince měla být, žádná z 24 % procent sester odpovídajících na anketní otázku, že znají model Leiningerové neudala, že tento model používá v praxi (Graf 5). Tyto výsledky korespondují s australských výzkumem, jehož část byla opublikovaná v roce 1999. Sestry jejichž odpovědi najdeme ve zmiňovaném výzkumu mají vysokoškolské vzdělání, kdy v rámci jeho studia absolvovali předmět se zaměřením na multikulturní výchovu a přestože jsou sestry v Austrálii zvyklé pracovat s celou rodinou, nejen s dětmi, tak v případě mezinárodních rodin, neví, co dělat a uvedly, že potřebují jednak změny ve vnitřních stanovách nemocnic a zdrojích a potřebují prohloubit i vzdělání, které by je naučilo chápat, jaké jsou rodinné vazby v jednotlivých etnikách (6).

Ve věkovém a vzdělanostním rozvrstvení respondentů ankety jsou velké rozdíly. V rozmezí doby praxe 0 – 15 let není ani jedna sestra se středoškolským vzděláním, v rozmezí doby praxe 16 – 30 let a 31 a více let se nevyskytuje ani jeden respondent s vysokoškolským vzděláním. Tyto výsledky, dle našeho názoru, ovlivňují závěry ankety. Výsledky lze dát do souvislosti s prostředím, kde byla anketa prováděna a s typem respondentů. Výsledky mohou být dále ovlivněny vzdělávacím systémem ČR a její legislativou. Specializaci k výkonu povolání dětské sestry bylo možné získat od roku 1997 do roku 2004 pouze na úrovni vyššího odborného vzdělání (zákon 96/2004 Sb. neuvádí dětskou sestru jako samostatné ošetřovatelské povolání, dnem 1. září 2004 pozbývají platnosti učební dokumenty studijních oborů diplomovaná dětská sestra (a dalších citovaných oborů), a to s účinností od prvního ročníku (101, § 97 odst. 3). Absolventky oboru dětská sestra, kterých bylo v anketě 59 %, byly přednostně přijímány na dětská oddělení nemocnic i na dětské kliniky. V době kdy anketa probíhala (druhá polovina roku 2005) proto bylo na dětských odděleních velké procento sester s vyšším odborným vzděláním v oboru diplomovaná dětská sestra, což se projevilo i v našem vzorku respondentů.

Druhou možností, proč se v anketě objevilo stávající rozvrstvení respondentů, je výběr respondentů, kdy v první linii dotazovaných byly sestry s vyšším odborným

vzděláním (účelový výběr). Od těchto sester byl získáván pomocí techniky sněhové koule kontakt na další možné respondenty a tím mohlo dojít k nezáměrnému ovlivnění vzdělanostního rozvrstvení dotazovaných.

Z výsledků získaných v anketě můžeme vyvodit závěr, že přestože se v dnešní společnosti multikulturní pohledy na různé aspekty života stávají běžnou a nepostradatelnou nutností, tak ošetřovatelský personál není kvalitně proškolen a připraven na nové nároky, které jsou na ně při poskytování ošetřovatelské péče kladeny. Náš výzkum také upozorňuje na nedostatky v systému doškolování zdravotnických pracovníků (malá pružnost osnov v závislosti na měnící se situaci ve společnosti), vede k zamyšlení se nad situací minoritních skupin v naší společnosti a je námětem pro diskusi v rámci příprav programů celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků.

Součástí první fáze výzkumu byly, vedle ankety, polostandardizované rozhovory vedené se sestrami pracujícími na dětských odděleních nemocnic a s respondenty z řad vietnamského etnika. Rozhovorů se zúčastnilo 10 dětských sester a 5 respondentů z řad vietnamského etnika. Rozhovory měly ukázat na systém péče o vietnamské děti a problémy, které se objevují při péči o děti z vietnamského etnika a to jak z pohledu sester, tak i z pohledu respondentů z řad vietnamského etnika. Na základě vyhodnocení rozhovorů bylo stanoveno pro kvantitativní část výzkumu devět hypotéz. Rozhovory spolu s odbornou literaturou byly dále podkladem pro vytvoření dotazníků pro sestry i pro respondenty z řad vietnamského etnika.

Z rozhovorů vyplynulo, že za největší problém považují sestry i respondenti z řad vietnamského etnika komunikaci. Komunikaci jako největší problém při uspokojování potřeb dětí z vietnamského etnika uvedlo všech 10 dotazovaných sester a také všech 10 sester uvedlo, že komunikace je nejčastější problém, který řeší při péči o děti z vietnamského etnika. Problém s komunikací zmínili i 2 z dotazovaných z řad vietnamského etnika. Jednalo se o respondenty, kteří v následující otázce, zabývající se konkrétně komunikací, uvedli, že komunikace je problém, ale nějak se domluvili. Zbylí

2 dotazovaní uvedli, že umí česky a 1 dotazovaný při jednání se zdravotníky využívá služeb tlumočníka (tabulka 7, 8, 19).

Problém s komunikací může být dán naprostou odlišností vietnamštiny, která je úředním jazykem ve Vietnamu, a českého jazyka. Pro Vietnamce je velmi obtížné se jazyk naučit a často neuspějí ani se znalostí světového jazyka. Ve Vietnamu patří mezi nejrozšířenější znalost angličtiny, čínštiny, ruštiny a francouzštiny. Starší generace často mluví dobře francouzsky. Znalost francouzského jazyka však v ČR není příliš rozšířena a nelze ji tedy využít při komunikaci s majoritním obyvatelstvem. Většina vietnamských státních úředníků umí rusky, u mladé generace dominuje angličtina. Tyto dva jazyky jsou v českých podmínkách více rozšířeny než francouzština, ale přesto jazyková vybavenost nelékařských profesí ve zdravotnictví není často na takové úrovni, aby mohla komunikace mezi sestrami a pacienty z řad vietnamského etnika probíhat bez problémů. Pro kvalitnější péči lze využít služeb tlumočníka, jak udává jeden z dotazovaných.

Z výsledků dotazování lze stanovit dvě hypotézy, které budou následně ověřeny kvantitativním výzkumem. *H_3: Při komunikaci mezi zdravotníky, dětskými pacienty z vietnamské minority a jejich rodiči je problémem jazyková bariéra.* *H_4: U hospitalizovaných dětí z řad vietnamského etnika není uspokojována potřeba komunikace.*

Další oblastí otázek, na které byly zaměřeny rozhovory, se týkaly péče o děti z vietnamského etnika z hlediska filosofie holismu. Holistické chápání zdraví zahrnuje celého jedince a dále jeho životní styl, tělesnou zdatnost, primární prevenci tělesných a emocionálních stavů, zvládání stresu, reakce na prostředí, sebekoncepci a duchovno, tedy bio-psycho-sociálně-spirituální chápání jedince. Otázky směřovaly ke sběru ošetřovatelské anamnézy, k ošetřovatelským intervencím a uspokojování potřeb. Všech 5 dotazovaných z Vietnamského etnika uvedlo, že se sestry při sběru ošetřovatelské anamnézy neptají na kulturní odlišnosti a ani odlišnosti nerespektují při provádění ošetřovatelských intervencí a zároveň uváděli, že právě v odlišnostech vyplývajících z jiné kultury, jiného chápání zdraví, jiných zvycích a tradicích vidí největší problémy, které se vyskytují při péči o děti z vietnamského etnika v ČR. 7 z dotazovaných 10

sester uvedlo (tabulka 2), že otázky na kulturu dětí nezahrnuje do ošetřovatelské anamnézy a stejný počet uvedl, že kulturní odlišnosti nezahrnuje ani do plánování ošetřovatelských intervencí. 2 sestry uvedly, že kulturní odlišnosti zahrnují, jen pokud je to třeba. Pouze jedna sestra uvedla, že do plánování ošetřovatelských činností zahrnuje i kulturní specifika vietnamských dětí (tabulka 3)..

Tyto skutečnosti jsou daleko od trendu současné doby, která preferuje transkulturní ošetřovatelství, které se dá definovat „jako (komparativní) praktický a teoretický obor zaměřený na podobnosti a rozdíly v péči o různé kultury s jejich souborem hodnot, životních zvyklostí a přesvědčení, a to s cílem poskytnout vhodnou, smysluplnou, účinnou a individualizovanou podporu ve zdraví a nemoci“ (53, str. 6). Lze se tedy domnívat, že ošetřovatelská péče neprobíhá dle zásad transkuturního ošetřovatelství (viz. H_1) a není prováděna dle zásad holismu,

Model transkulturního ošetřovatelství („Model vycházejícího slunce“) je model ukazující možné vlivy vysvětlující vztahy mezi péčí a kulturou, náboženstvím, sociálním prostředím atd., které pomocí jazyka a prostředí ovlivňují péči i zdraví jedince, rodiny, komunity. Do modelu jsou zahrnuty systémy a subsystémy tradiční i moderní ošetřovatelské péče a jevy ovlivňující kvalitu péče jsou posuzovány jak na mikroúrovni, tak na makroúrovni. Tato metoda sběru informací je první výzkumnou metodu sestavenou k systematickému studiu ošetřovatelských fenoménů, nazvanou jako etnoošetřovatelství. Na získávání informací o klientovi přímo ve zdravotnickém zařízení sestavila dva druhy odhadu. V obou vychází z „modelu vycházejícího slunce“, jehož část představuje rozměr kulturní a sociální struktury a tvoří základ ošetřovatelského odhadu. Takto získané informace jsou důležitou součástí ošetřovatelské anamnézy (3, 4). *H_5: Sestry při ošetřovatelské péči o hospitalizované děti z vietnamského etnika nezařazují do ošetřovatelské anamnézy informace vyplývající z příslušnosti dětí k minoritní skupině.*

Pokud sestry nezahrnují do ošetřovatelské anamnézy dotazy na kulturu dětí, nebude tato zahrnuta ani v plánu ošetřovatelské péče, jak ukazují dříve popsané výsledky dotazování. *H_6: Sestry při ošetřovatelské péči o hospitalizované děti*

z vietnamského etnika nerespektují odlišnosti vyplývající z příslušnosti dětí k minoritní skupině.

Poslední oblastí, která byla zahrnuta do rozhovorů, byla oblast péče zkušeností dotazovaných z řad vietnamského etnika se zdravotní péčí v ČR. Mimo hospitalizace se otázky týkaly prevence a s tím souvisejícího očkování, registrace u praktického lékaře pro děti a dorost a pojištění. Otázky pojištění (3 sestry z 10 dotazovaných) a prevence (5 sester z 10 dotazovaných) uváděly v rozhovorech také sestry, které tyto dvě oblasti, spolu s komunikací, alternativní medicínou, specifiky péče, dodržováním nařízení a spoluprácí, zařadily mezi problémy, které řeší nejčastěji při péči o děti z řad vietnamského etnika (tabulka 8).

Rodiče celkově hodnotili zdravotní péči v ČR kladně. 2 respondenti uvedli, že preventivní péče je v ČR lepší než ve Vietnamu a 4 z 5 dotazovaných uvedlo, že s dětmi absolvují preventivní prohlídky a to včetně očkování dětí. Registraci dítěte u praktického lékaře pro děti a dorost (PLPDD) uvedli 4 dotazovaní a zdravotní pojištění všech 5 dotazovaných (3 dotazovaní odpověděli, že mají veřejné zdravotní pojištění VZP, 2 dotazovaní, že mají smluvní pojištění VZP). Lze tedy konstatovat, že příslušníci Vietnamské minority žijící v ČR splňují podmínky dané legislativou, že každý cizinec s povolením pobytu na území ČR nad 90 dnů, má být řádně pojištěn. Je také velmi positivní zjištění, že 4 z 5 dotazovaných má děti registrované u PLPDD a stejný počet absolvuje preventivní prohlídky a očkování (tabulka 10, 11, 12).
Ze zjištěných výsledků byla stanovena hypotéza H_7*: Vietnamští rodiče jsou informováni o péči poskytované v ordinacích praktického lékaře pro děti a dorost* a H_8*: Vietnamští rodiče využívají péče poskytované v ordinacích praktického lékaře pro děti a dorost v oblasti primární prevence.*

Poslední stanovenou hypotézou je hypotéza H_9*: Dětští pacienti/klienti z vietnamské minority vyžadují kulturně specifickou péči.* K této hypotéze jsme dospěli na základě výsledků dotazovaní jak u sester, tak u respondentů z řad vietnamského etnika. Všech 10 sester uvedlo, že existují rozdíly v péči o děti z vietnamského etnika a to především díky jejich chování. Označují děti (tabulka 5) za tišší (10 odpovědí), méně plačtivé (4 odpovědi), nevyžadující takovou pozornost (7 odpovědí) a méně komunikativní

(5 odpovědí). Dále uvedly odlišnosti v oblasti potřeb a to především v oblasti výživy (uvedli ji 4 sestry) a bolesti (uvedlo ji 6 sester). Vietnamští respondenti (tabulka 15) vidí odlišnost především v jiné kultuře (4 dotazovaní), jiných zvycích (3 dotazovaní), náboženství (3 dotazovaní) a tradici (3 dotazovaní). Tato skutečnost by se měla odrazit v ošetřovatelské péči o děti z minorit, ale jak bylo popsáno již dříve, sestry ani do ošetřovatelské anamnézy ani do ošetřovatelských intervencí nezařazují informace týkající se odlišností vietnamského etnika a tak nemohou poskytovat kulturně shodnou ošetřovatelskou péči. Takto uzpůsobená péče by se zákonitě lišila od péče poskytované dětem z majority.

5.2 Diskuse - druhá fáze výzkumu - kvantitativní výzkum

Diskuse v této podkapitole je sestavena k jednotlivým hypotézám, které vyplynuly z předchozího výzkumu. Hypotézy byly ověřovány pomocí dotazníků určených respondentům z řad Vietnamského etnika a sestrám.

5.2.1 Diskuse k hypotéze H_3 a H_4

H_3 U hospitalizovaných dětí z řad vietnamského etnika není uspokojována potřeba komunikace.

H_4 Při komunikaci mezi ošetřovatelským personálem a dětskými pacienty z řad vietnamské minority a jejich rodiči je problémem jazyková bariéra.

Potřeba komunikace spolu s potřebou informací patří mezi psychosociální potřeby a jejich uspokojení je jednou z podmínek pro poskytování kvalitní ošetřovatelské péče. Cílem je, aby byl pacient z vietnamského etnika schopen buď osobně nebo za pomoci tlumočníka či jiných dostupných komunikačních prostředků vyjádřit své pocity, zájmy, požadavky a tím se plně zapojil do probíhající ošetřovatelské péče, zúčastňoval se rozhodování o sobě samém a navázal všestrannou spolupráci se zdravotnickými pracovníky. Při komunikaci s vietnamskými dětmi a jejich rodinami je třeba přistupovat k jednotlivým rozhovorům zcela individuálně. Základní otázkou,

kterou si musíme položit, vedle vývojového stádia dítěte, je doba pobytu dítěte na území České republiky. U dětí narozených na území ČR nenacházíme v komunikaci téměř žádné rozdíly mezi majoritou a minoritou. U dětí, které se narodily ve Vietnamu, záleží na délce pobytu, věku příchodu na území ČR a stupni integrace do české společnosti. U rodičů hospitalizovaných dětí jsou rozdíly v komunikačních schopnostech postaveny na podobných základech jako u jejich dětí. Mezi hlavní faktory pro znalost českého jazyka patří délka pobytu, míra integrace a také pracovní začlenění.

V prezentovaném výzkumu jsme se nezabývali jednotlivými faktory ovlivňujícími komunikační schopnosti dětských pacientů z řad vietnamského etnika a jejich rodičů v interakci s ošetřovatelským personálem, ale zaměřily jsme se na subjektivní pocity respondentů a jejich hodnocení spokojenosti s uspokojováním potřeby komunikace a informací sestrami při poskytování ošetřovatelské péče. Naopak u sester jsme zjišťovaly, zda měly problémy při komunikaci a poskytování informací vietnamským dětem a jejich rodičům. Při zhodnocení výsledků jsme došli k velmi positivní skutečnosti. V odpovědích respondentů z vietnamského etnika dosáhly hodnoty kladných odpovědí (za kladné odpovědi považujeme odpověď ano a spíše ano) u obou potřeb více jak 69 %. S uspokojením potřeby komunikace při poskytování zdravotní péče je spokojeno 71,3 % respondentů z řad vietnamského etnika (tabulka 96), s uspokojením potřeby informací je spokojeno 69,2 % respondentů (tabulka 95). Odpovědi sester potvrzují výsledky vycházející z řad vietnamských respondentů. 69 % sester uvádí, že nemá problémy (součet odpovědí ne a spíše ne) při uspokojování potřeby komunikace u vietnamských dětí (graf 55) a 100 % sester zvolilo odpověď ne nebo odpověď spíše ne u dotazu na problémy při uspokojování potřeby informací (graf 54). Z prezentovaných výsledků bychom mohli usuzovat, že při komunikaci mezi ošetřovatelským personálem a vietnamskými dětmi nejsou téměř žádná úskalí a není tudíž třeba se o tyto otázky dále podrobněji zajímat.

Ovšem otázky týkající se uspokojení potřeby informací v sobě nezahrnovaly dotazy na porozumění informacím. Tyto otázky byly respondentům kladeny zvlášť. I tyto výsledky však potvrdily, že sestry poskytují informace v takové míře a takovým způsobem, že 50,7 % respondentů z vietnamského etnika uvedlo, že rozuměli pokynům,

které jim sestry dávaly, 33,1 % respondentů spíše rozumělo (kladné odpovědi tedy dosáhly 83,8 %), 13,0 % respondentů si nebylo jistých, zda rozumělo poskytovaných informacím a pouze 3,0 % respondentů informacím nerozuměla (tabulka 49). S otázkami porozumění poskytovaným informacím a pokynům úzce souvisí i otázky, které zjišťovaly, zda si ošetřovatelský personál ověřuje, zda vietnamské děti a jejich rodiče rozumí pokynům, které jsou jim dávány v souvislosti s ošetřovatelskou péčí. Na tuto otázku odpovídali sestry i respondenti z řad vietnamského etnika a i tady byly výsledky velmi positivní. 76 % sester uvedlo (graf 16), že si vždy ověřuje, zda vietnamské dítě a jeho doprovod rozumí pokynům, které jim dává ohledně ošetřovatelské péče, spíše ano odpovědělo 15 % sester a 9 % sester odpovědělo spíše ne. Odpovědi sester potvrzují i výsledky dotazování u respondentů z vietnamského etnika, kdy 44,9 % respondentů uvedlo (tabulka 51), že si sestry ověřovaly, zda rozumí pokynům, které jim byly dávány v souvislosti s ošetřovatelskou péčí a 40,3 % respondentů odpovědělo spíše ano (kladné odpovědi tedy dosáhly 85,2 %).

Pro české ošetřovatelství jsou tyto výsledy velmi positivním hodnocením a lze konstatovat, že české sestry, přestože jsou pro ně otázky multikulturní péče stále ještě novinkou, poskytují ošetřovatelskou péči s využitím poznatků multikulturního ošetřovatelství. Na základě předchozích výsledků lze také konstatovat, že u hospitalizovaných dětí z řad vietnamského etnika je uspokojována jak potřeba informací, tak i potřeba komunikace a tím náš výzkum vyvrátil čtvrtou hypotézu (H_4), že u hospitalizovaných dětí z řad vietnamského etnika není uspokojována potřeba komunikace.

V předchozích odstavcích jsme diskutovali o uspokojování potřeby informací, komunikace, porozumění pokynům sester, ověřování pochopení informací, ale otázky jaké komunikační prostředky využívají respondenti k tomu, aby si vzájemně porozuměli, jsme nezmínili. Náš výzkum nezjišťovat využívání pomůcek (jako jsou např. komunikační karty) usnadňujících komunikaci s hospitalizovanými cizinci. Zaměřili jsme se na využívání služeb tlumočníka.

„Zdravotní pojišťovny nezohledňují práva pacienta na informace do důsledků, což znamená, že náklady spojené s nasazením tlumočníka nehradí“ (76, str. 78). Tato

skutečnost nutí zdravotnická zařízení k vyvíjení strategií, aby mohla pacientovi – cizinci být poskytnuta kvalitní péče i přes možnou jazykovou bariéru. Na mysl přichází využití tlumočníků i bez finančního přispění zdravotních pojišťoven. Ovšem tlumočení ve zdravotnickém zařízení má svá úskalí. Vedle velké jazykové rozmanitosti přicházejících cizinců, je nutné řešit také otázku ochrany osobních dat, mlčenlivost a soukromí pacientů. Zajímavý projekt v této oblasti zrealizovali již v roce 1996 v nemocnici v Mnichově. Vytvořili vlastní tlumočnickou službu, která využívá k tlumočení ve velké míře zaměstnance nemocnice, kteří mají cizí státní příslušnost a vedle německého jazyka ovládají rodný jazyk a vyznají se v kultuře daného etnika, což je přínosem pro poskytování kulturně diferencované péče. Ve Velké Británii zase existují jazykoví interpreti na telefonu. V ČR nemocnice problematiku tlumočení cizinců řeší každá individuálně. Např. Nemocnice Na Homolce pro cizince zřídila samostatnou recepci s personálem hovořícím světovými jazyky, který zajišťuje veškerou administrativní agendu včetně kontaktu se zahraničními pojišťovnam a pomáhá pacientům v běžném kontaktu se zdravotnickým zařízením. Na stránkách Nemocnice České Budějovice zase najdeme oznámení: „Nemocnice nedisponuje tlumočníky. Pokud pacienti nehovoří německy nebo anglicky, doporučujeme pacientům doprovod hovořící jak mateřským jazykem pacienta, tak aspoň částečně česky“ (nem. ČB). Další možností pro cizince je obrátit se na smluvní zdravotnické zařízení nebo na lékaře, kde se lze dohovořit cizími jazyky. Kontakty na tyto lékaře může cizinec získat při sjednávání pojistné smlouvy smluvního zdravotního pojištění nebo v informačním systému H.E.L.P. (Hlavní evidence léčby a prevence), kde je vedle jiných údajů uveden rovněž jazyk, kterým se lze u daného lékaře domluvit. Tlumočnické a překladatelské služby cizincům při jednání se zaměstnavateli, úřady (Cizinecká policie, zdravotnická zařízení aj.) či pomoc při vyplňování formulářů poskytuje i Charita jako součást sociálně-psychologické pomoci (26, 61, 62, 69, 80,92).

Pacient mluvící pouze vietnamsky však v českých zdravotnických zařízeních často nemá jinou možnost než přijít k lékaři již s tlumočníkem, protože vietnamština nepatří mezi jazyky, které by se v ČR běžně vyučovaly nebo používaly. A naopak pro Vietnamce je nesmírně obtížné ovládnout češtinu (podle odhadů s tím mají velký

problém minimálně dvě třetiny Vietnamců, kteří přišli na území ČR v dospělém věku; tato situace se netýká dětí, které se narodily na území ČR nebo absolvovaly vzdělání na českých školách). Skutečnost, že sestry nemají k dispozici tlumočníky z řad vietnamského etnika, potvrzuje i náš výzkum, kde pouze 3 % sester uvedla (graf 13), že mají možnost při práci s klienty z vietnamského etnika využívat služeb tlumočníka. Při vyhodnocování odpovědí na tuto otázku nebylo zarážející, že sestry nemají možnost využívat služeb tlumočníka, ale odpověď nevím, kterou si zvolilo 88 % dotázaných. Protože jsme neměli možnost srovnat naše výsledky s jiným obdobným výzkumem, můžeme se pouze domnívat, že sestry při komunikaci s dětskými pacienty z řad vietnamského etnika nemají komunikační problémy a tudíž se o využití služeb tlumočníka nezajímají. Výsledky týkající se možnosti využití tlumočníků při komunikaci s dětskými vietnamskými pacienty ovšem nekorespondují s dalšími výsledky výzkumu, kdy 13 % sester uvedlo (graf 14), že nabízí pacientům z řad vietnamského etnika možnost využít tlumočníka a dokonce 42,8 % respondentů z řad vietnamského etnika uvedlo, že jim byla nabídnuta možnost využít tlumočníka (tabulka 48). Rozdíly ve výsledcích mohou být zapříčiněny určitým alibismem, ze strany sester – nenabízíme tlumočníka (tuto odpověď uvedlo 87% sester), protože nevíme, že máme možnost ho vietnamským klientům nabídnout. Jak je potom možné, že vietnamští respondenti odpověděli v tak vysokém procentu, že jim byla nabídnuta možnost tlumočníka? Protože otázka v dotazníku zněla: „Byla Vám nabídnuta možnost tlumočníka při komunikaci s ošetřovatelským personálem?“, tak můžeme usuzovat, že do kladných odpovědí se promítla nejen nabídka tlumočníka ze strany ošetřovatelského personálu, ale také ostatních členů multidisciplinárních týmů či jiných poskytovatelů služeb, kteří pečují o zdraví dětí nebo se zabývají prací s minoritami.

Otázky komunikace mezi dětmi a jejich rodiči z řad vietnamského etnika a zdravotnickými pracovníky dokreslují (tabulka 42, 43). I zde jsou výsledky rozporuplné. 90,1 % respondentů z řad vietnamského etnika si zvolilo odpověď ano či spíše ano a uvedlo, že se sestrami komunikují česky. Ovšem hned v další otázce, kdy jsme se dotazovali, zda potřebují tlumočníka při komunikaci se sestrami, si odpověď ano zvolilo 44,8 % a spíše ano 23,8 % respondentů (tabulka 45). Také uvedli, že 9,4 %

dětí potřebuje tlumočníka při komunikaci s ošetřovatelským personálem a 11,8 % spíše ano (tabulka 46.. Výsledky u dětí jsou daleko blíže tvrzení, že se 90,1 % respondentů z řad vietnamského etnika dorozumívá se sestrami česky. Ověřováním rozporuplných informací se zástupci vietnamské minority vyšlo najevo, že tlumočení ze strany dětí či rodinných příslušníku a přátel mohlo být vietnamskými respondenty bráno jako komunikace v českém jazyce, ale otázku zda potřebují tlumočníka, si respondenti z řad rodičů vietnamských dětí vztáhli přímo na sebe a svoji potřebu. Tuto skutečnost potvrzují i výsledky výzkumu u sester, kdy na otázku, zda se s nimi doprovod dětí dorozumíval česky, odpovědělo 68 % sester spíše ne a 11 % sester ne (graf 12). Naopak u dětí a jejich schopnosti komunikovat se sestrami česky odpovědělo kladně 94 % sester (graf 11). Celkově sestry odpovídaly, že problém při komunikaci při péči o děti z vietnamského etnika mělo 25 % sester (graf 15). V položené otevřené otázce sestry konkrétně uvádějí, že při komunikaci přímo s dětmi problémy neměly, ale celkově viděly jako problém využívání dětí jako prostředníka při komunikaci rodič – sestra, delší dobu při rozhodování (hospitalizované matky často čekaly na návštěvu rodiny než učinily rozhodnutí) a potřebu více konzultací (rozhovorů s rodičem). Množství konzultací a dítě jako prostředník při komunikaci je dán nedostatečnou znalostí češtiny ze strany doprovodu. Rozhodování v rámci rodiny vychází z kulturních tradic vietnamského etnika. Ve Vietnamu je preferována patriarchální struktura rodiny, dominantní postavení má muž. Rodinné vazby jsou pevné se silnou citovou vazbou, kdy rodina poskytuje pocit pohody a jistoty. Tam, kde zdravotní péče vyžaduje rozhodování, čeká tedy matka na manžela, popř. další členy rodiny, jejichž přítomnost je při rozhodování o dalším postupu léčby nezbytná (29, 35, 73).

Informační brožury, příručky či informační letáky o zdravotní péči pro cizince bývají sice často překládány spolu s angličtinou, němčinou, francouzštinou, ruštinou a arabštinou také do vietnamštiny, ale tyto nejsou využitelné ke každodenní komunikaci vietnamského pacienta se zdravotnickými pracovníky. Náš výzkum tedy předpokládal jazykovou bariéru při ošetřování dětí z vietnamského etnika. Předpokládali jsme, že především rodiče dětí budou mít problémy při porozumění pokynům zdravotnických pracovníků o ošetřovatelské péči a sestry budou mít problém při získávání informací

o zdravotním stavu dětí. Náš předpoklad se nepotvrdil a třetí hypotéza (H_3), která předpokládala, že při komunikaci mezi ošetřovatelským personálem a dětskými pacienty z řad vietnamské minority a jejich rodiči je problémem jazyková bariéra, byla vyvrácena. Z výsledků plyne, že vietnamské děti problém v komunikaci s ošetřovatelským personálem nemají a přestože existuje určitá jazyková bariéra u vietnamských rodičů tito ji s pomocí dětí, popř. s využitím tlumočníka (především z řad příbuzných) dokáží překonat do té míry, že při péči o děti z vietnamského etnika zůstává zachován vysoký standard ošetřovatelské péče.

Komunikace mezi dětskými pacienty z řad vietnamského etnika, jejich doprovodem a ošetřovatelským personálem má svá úskalí, problémy a rozporuplná místa. Přesto je ze strany sester i respondentů z řad vietnamského etnika hodnocena celkově positivně. Kulturní, etnická a jazyková odlišnost tedy není překážkou pro vzájemnou výměnu informací vedoucí ke kvalitní a kontinuální ošetřovatelské péči o dětského vietnamského pacienta. Snaha o porozumění, vzájemný respekt, trpělivost a využití všech dostupných komunikačních technik, spolu s případnou pomocí tlumočníka umožňuje dítěti uspokojit potřeby komunikace a informací, mezi sestrou a dítětem vytváří vztah důvěry a umožňuje vietnamské dítě i jeho rodiče plně zapojit do jednotlivých fází péče o dítě.

5.2.2 Diskuse k hypotézám H_1 a H_2

H_1 Ošetřovatelská péče o děti z vietnamské minority neodpovídá zásadám transkulturního ošetřovatelství.

H_2 Při hospitalizaci dětí z vietnamské minority není prováděna ošetřovatelská péče dle principů holismu.

Při ošetřovatelské péči je prioritou uspokojovat biologické potřeby tedy potřeby, které při neuspokojení ohrožují život dítěte. Výsledky tohoto výzkumu tuto skutečnost potvrzují a ukazují, že biologické potřeby jsou u dětí uspokojovány a to nezávisle na jejich etnické, kulturní či jiné příslušnosti. Hodnoty odpovědí ano a spíše ano byly více než 50 %. Nejnižší hodnota kladných odpovědí (za kladné odpovědi považujeme odpovědi ano a spíše ano) byla 56,7 %. Nejvyšší hodnoty kladných odpovědí uvedli

respondenti u potřeby vylučování (81,3 % kladných odpovědí), následovala potřeba aktivity (79,5 %), výživy a spánku (79,3 %), potřeba sexuality (60,9 %) a nejméně kladných odpovědí bylo u potřeby být bez bolesti (56,7 %). Potřeba být bez bolesti dosáhla naopak nejvyššího čísla u možnosti nevím (35,9 %). Jak nejnižší hodnota kladných odpovědí, tak i nejvyšší u odpovědi nevím a druhá nejvyšší u negativních odpovědí (6,1 %) může být důsledkem kulturní odlišnosti vietnamského etnika (tabulka 98). Pokud vycházíme z toho, že při bolesti bývají Vietnamci často stoičtí a dobrovolně nepožádají o léky na bolest ze strachu z návyku a z vedlejších účinků (29), tak můžeme předpokládat, že na otázky týkající se bolesti budou odpovídat zdrženlivěji. Méně kladných odpovědí může být také následkem neznalosti zdravotníků v souvislosti s tlumením bolesti a jeho specifičností u vietnamského etnika. Na základě specifičnosti přístupu Vietnamců k tlumení bolesti a neznalosti sester mohli mít respondenti pocit, že potřeba být bez bolesti není u jejich dětí uspokojována tak kvalitně jako ostatní fyziologické potřeby. Pokud sestry nemají znalosti multikulturního/transkulturního přístupu a nevědí, že Vietnamci neřeknou vždy, co si myslí, mohou nastat problémy se získáváním informací, protože klienti bývají diskrétní a pasivní, problémy vnímají tiše a zřídkakdy vyjadřují své pocity (82). Na základě těchto vlastností klientů z řad vietnamského etnika by sestry neměly zaujímat v oblasti tlumení bolesti (uspokojování potřeby být bez bolesti) u vietnamských pacientů vyčkávavý přístup, tedy tlumení bolesti dle reakcí klienta, což se v důsledku může jevit jako nedostatečné. Naopak na základě znalosti vietnamského etnika by měl zdravotnický personál nabízet aktivně léky proti bolesti a podávat je podle předpisů a včas. Nižší hodnota kladných odpovědí u potřeby sexuality (60,9 %) může vyplývat z objektů dotazníků, tedy dětí či z hlediska etnického, kdy neochota odpovídat na otázky týkající se této oblasti potřeb vyplývá z důrazu na stud a soukromí, který je pro vietnamskou komunitu typický. Na tuto skutečnost ukazuje i odpověď nevím, kdy u potřeby sexuality je její hodnota druhá nejvyšší.

Na základě předchozích výsledků můžeme usuzovat, že rodiče dětí z vietnamského etnika jsou s ošetřovatelskou péčí a uspokojováním biologických potřeb

svých děti spokojeny a to i přes kulturní odlišnosti a zvyky tradiční medicíny, které si do nové vlasti přinesli.

Přestože prioritou při uspokojování potřeb zůstávají potřeby biologické, tak i potřeby psychosociální získávají své místo při práci zdravotnického personálu. Tento trend můžeme vidět i z výsledků našeho výzkumu, kdy psychosociální potřeby téměř nezaostávají za potřebami fyziologickými. Ve výsledcích jsou sice hodnoty kladných odpovědí u psychosociálních potřeb nižší než u potřeb biologických, ale žádná hodnota se nedostala pod hranici 50%, což je velmi uspokojivý výsledek. Nejvíce spokojeni byli respondenti s uspokojováním potřeby sebepojetí a sebeúcty. Tento výsledek je velmi positivní a potvrzuje výsledky výzkumu Kuzníkové (42, 43), která zjistila, že většině sester ošetřování Vietnamských pacientů není nepříjemné a ošetřování pacienta jiné národnosti nebo barvy pleti je neuvádí do rozpaků. Z tohoto můžeme usuzovat na kladný vztah a podporu sebeúcty a sebepojetí u vietnamských dětí, které rodiče hodnotily kladně v 77,8 % odpovědí. Po sebepojetí a sebeúctě následuje potřeba poznání, poznávání (76,3 %), mezilidských vztahů (74,6 %), komunikace (71,3 %), informací (69,2 %), bezpečí a jistoty (60,0 %) a nejméně kladných odpovědí dostalo uspokojování potřeby víry (57, 8 %), u které současně byla i nejvyšší hodnota u odpovědi nevím (38,3 %). Tento fakt je pravděpodobně dán tím, že objekty zkoumání byly děti, u nichž je tato potřeba uspokojována složitěji než u ostatních skupin obyvatel a ve velké míře závisí její uspokojování na spolupráci zdravotnických pracovníků, rodiny dítěte a dítěte samotného. Tato spolupráce bývá u minoritních skupin narušena komunikační bariérou a neznalostí kulturních odlišností jak minoritní, tak majoritní skupiny. Co je na výsledcích týkajících se potřeby kultury a potřeby víry zajímavé, je jejich naprostá shoda. Při zaměření se na tento výsledek jsme zjistili, že tato shoda není pouze procentuální v rámci celkových výsledků, ale odpovědi jsou shodné i na jednotlivých dotaznících. Z toho můžeme vyvodit, že víra a kultura jsou u vietnamského etnika úzce propojeny a respondenti nedělali rozdíly při hodnocení uspokojování těchto oblastí potřeb.

Z výsledků týkajících se psychosociálních potřeb můžeme, stejně jako u biologických potřeb, usuzovat, že rodiče dětí z vietnamského etnika jsou

s ošetřovatelskou péčí a uspokojováním psychosociálních potřeb svých děti spokojeni a to i přes kulturní odlišnosti a zvyky, které si do nové vlasti přinesli. Na základě těchto zjištění můžeme konstatovat, že při hospitalizaci dětí z vietnamské minority je prováděna ošetřovatelská péče dle principů holistické teorie a tím vyvracíme druhou hypotézu (H_2 Při hospitalizaci dětí z vietnamské minority není prováděna ošetřovatelská péče dle principů holismu).

Závěrem lze říci, že respondenti z řad vietnamského etnika hodnotili uspokojování daných biologických i psychosociálních potřeb dětí positivně. Z toho můžeme usuzovat, že ošetřovatelský personál pracující s dětmi má znalosti z oblasti multikulturního a transkulturního ošetřovatelství a tyto znalosti využívá při práci s dětmi z vietnamského etnika a také s jejich rodinami. Tím bychom mohli konstatovat, že jsme vyvrátily hypotézu H_1, že Ošetřovatelská péče o děti z vietnamské minority neodpovídá zásadám transkulturního ošetřovatelství. Ovšem výsledky výzkumu, které uvádíme při diskusi k hypotézám H_5 a H_6, ukazují jinou skutečnost (podkapitola 5.2.3).

V oblasti péče o děti je nutná spolupráce zdravotnických pracovníků a rodin nemocných dětí a tato spolupráce je o to nezbytnější, pokud se jedná o cizince a tradiční rámce ošetřovatelské praxe je třeba modifikovat na danou situaci, pro dané etnikum. Sestry pracující s dětmi umí, dle hodnocení respondentů, které se odráželo v jejich odpovědích, pracovat s moderními metodami ošetřovatelství a plně je využívají v rámci své ošetřovatelské praxe při péči o děti z vietnamského etnika.

5.2.3 Diskuse k hypotéze H_5 a H_6

H_5 Sestry při ošetřovatelské péči o hospitalizované děti z vietnamského etnika nezařazují do ošetřovatelské anamnézy informace vyplývající z příslušnosti dětí k minoritní skupině.

H_6 Sestry při ošetřovatelské péči o hospitalizované děti z vietnamského etnika nerespektují odlišnosti vyplývající z příslušnosti dětí k minoritní skupině.

Při poskytování ošetřovatelské péče pacientům z minorit je třeba brát ohled na jejich kulturu, náboženství a etnickou příslušnost formující jejich názory, postoje a hodnoty, které zpětně ovlivňují přístup pacientů ke zdraví a nemoci. Migranti si sebou do nové země přinášejí svoje hodnoty, které mohou působit kulturní interference, tedy vzájemné ovlivňování či prolínání stávající kultury země, kam migranti přicházejí s kulturou jejich země původu (45).

Respektování kulturních i jiných odlišností vychází z Ústavy České republiky, Listiny základních práv a svobod a dalších závazných národních i mezinárodních právních norem, ale také z norem etických jako je např. Etický kodex sester, ve kterém je hned v úvodu uvedeno: „Ošetřovatelská péče není omezena, pokud jde o věk, barvu pleti, vyznání, kulturní zvyklosti, postižení nebo nemoc, pohlaví, národnost, politické přesvědčení, rasu nebo společenské postavení pacienta (21, úvod, odst. 3).“

Pochopení odlišností a výjimečnosti dané minority přispívá ke snadnější orientaci při uspokojování potřeb pacienta a jeho rodiny. Orientaci v problematice usnadňuje znalost jednotlivých minoritních skupin a jejich specifických potřeb. Sama znalost však nestačí. Každý jednotlivec je individualita a jako takový přistupuje k životu, kultuře, náboženství či etniku. Jednotlivci z minorit trvale či dočasně pobývající na území České republiky mají svá kulturní, etnická či náboženská) specifika, která lze odvodit z jejich příslušnosti k dané minoritě, ale míra jejich zapojení do české společnosti a přizpůsobení se podmínkám života v ČR je u každého odlišná a tím jsou odlišné i jejich požadavky týkající se ošetřovatelské péče. Je proto nezbytné, aby se ošetřovatelský personál v rámci získávání ošetřovatelské anamnézy vedle tradičních údajů zajímal také o etnikum, kulturu, víru, zvyky, názory pacientů a to do té míry, aby byla pacientům poskytována kulturně uzpůsobená ošetřovatelská péče zahrnující v sobě profesionální ošetřovatelskou péči propojenou se specifiky dané minority.

Námi uskutečněný výzkum zjišťoval, zda sestry při sběru ošetřovatelské anamnézy zjišťují informace o etniku, kultuře, víře, zvycích, prožívání smutku a chápání zdraví a nemoci u dětí z vietnamského etnika. Výsledky zjištění u sester byly konfrontovány s odpověďmi respondentů z řad vietnamského etnika. Naše první otázka

se týkala informací o etniku dítěte. Etnikum je skupina lidí mající společný rasový původ, obvykle společný jazyk, teritorium a sdílející společnou historii a kulturu. Vyznačuje se vlastní etnicitou. Vietnamská minorita všechny tyto rysy má a lze ji tedy považovat za etnikum. Pro sestry je důležité zjistit u pacienta jeho etnickou příslušnost, protože od ní se odvíjí další faktory podílející se na poskytování kulturně uzpůsobené ošetřovatelské péče. 60 % sester z našeho výzkumu uvedlo, že zjišťuje informace o etniku dítěte vždy, 15 % sester spíše ano, 8% sester neví, zda zjišťuje informace o etniku dítěte a 17 % sester odpovědělo spíše ne (graf 24). Žádná sestra si nezvolila odpověď ne. Tato skutečnost by byla velmi positivní, protože by ukazovala na kvalitní provádění sběru informací o pacientech. S tvrzením sester však nekorespondují odpovědi respondentů z řad vietnamského etnika, z nichž pouze 25,1 % uvedlo, že sestry zjišťují informace o etniku dítěte.

Kultura je výrazem všeobecného poznání a zkušeností, je souhrnem názorů, přesvědčení, praktik, ideálů, víry, náboženství, etických hodnot, zvyků, poznání, právních a morálních norem, které se předávají z generace na generaci. Vietnamská kultura je nedílnou součástí civilizace zemí Dálného východu. Pro vietnamské občany, kteří přicházejí na naše území, tudíž není jednoduché porozumět zcela jiné kultuře a vyznat se v ní. Vedle kulturního šoku musí překonávat výraznou jazykovou bariéru a další odlišnosti včetně odlišností v neverbální komunikaci či společenském chování. Do jaké míry mají zachovanou svoji vietnamskou identitu, tradiční kulturu, hodnoty či společenské chování, záleží na mnoha faktorech, stejně tak jako to, co přijmou za své z kultury a zvyků české společnosti. Jaká kulturní specifika najdeme u dětských pacientů a jejich rodin z řad vietnamského etnika, můžeme zjistit, pokud se budeme v rámci ošetřovatelské anamnézy dotazovat na kulturu a s ní související zvyky, které jsou jedincem dodržovány. Na otázku o zjišťování kultury dítěte odpovědělo kladně 75% sester (součet odpovědí ano a spíše ano) a otázku zvyků zařazuje do posuzování 27% sester. Takto velký rozdíl v odpovědích na otázky, které spolu přímo souvisí je zarážející. Zvyky jsou součástí kultury pacienta a jejich zjišťování by tedy u sester mělo dosahovat stejných hodnot jako u kultury. Která z daných odpovědí je reálnější můžeme usuzovat z odpovědí respondentů z řad vietnamského etnika. 31% respondentů uvádělo,

že se sestry informují o kultuře dítěte a 34% respondentů uvedlo, že se sestry ptají na zvyky dítěte (graf 25). Výsledky šetření u respondentů z řad vietnamského etnika jsou u otázek na kulturu i zvyky téměř totožné ukazují jako pravděpodobnější výsledek odpovědí sester na zvyky dítěte.

Velmi důležitou pro oblast poskytování ošetřovatelské péče je i znalost víry dítěte. Ve Vietnamu najdeme několik hlavních proudů náboženské příslušnosti – buddhismus, taoismus, konfucianismus a křesťanství. Okrajově je zde zastoupen i islám či hinduismus. Příslušnost k některému z náboženských proudů může velmi ovlivnit přístup dětí a jejich rodičů ke zdraví a tím ovlivnit průběh ošetřovatelské péče. 33 % sester uvedlo, že informace o víře zjišťují vždy, 47% sester odpovědělo spíše ano, 8 % sester si zvolilo odpověď nevím, 12% sester odpovědělo spíše ne a 0% sester si zvolilo odpověď ne (graf 26). Při součtu kladných odpovědí nám vychází, že 80% sester zjišťuje u dětí z vietnamského etnika, jejich náboženské vyznání. Tato výsledky nekorespondují s údaji, které nám sdělili respondenti z řad vietnamského etnika. Pouze 9 % respondentů z řad vietnamského etnika uvedlo, že sestry zjišťovaly informace o víře dítěte. Proč je takový rozdíl ve výsledcích odpovědí respondentů z řad vietnamského etnika a odpovědí sester jsme se zeptali ve třetí fázi výzkumu. Tento výsledek, je dle názoru dotazovaných, dán neznalostí sester vietnamského etnika, kdy se sestry mohou domnívat, že při dotazování na kulturu dítěte, se dotazují také na jeho víru. Respondenti z řad vietnamského etnika potom mohou mít pocit, že se jich sestry na otázky víry neptaly. Otázky víry a náboženství bývají, nejen u sester, často seskupeny pod souhrnný název kultura, což může být pro poskytování kulturně vhodné ošetřovatelské péče nepřehledné a nevystihující specifické potřeba, které se u pacientů mohou vyskytnout.

V souvislosti s posuzováním byla v dotazníku pro sestry i respondenty z řad vietnamského etnika položena otázky týkající se zjišťování informací o názorech na zdraví a nemoc. 3 % sester uvedlo, že informace o názorech na zdraví a nemoci zjišťují vždy, 9 % sester odpovědělo spíše ano, 8 % sester si zvolilo odpověď nevím, 60 % sester odpovědělo spíše ne a 20% sester si zvolilo odpověď nevím (graf 29). Respondenti z řad vietnamského etnika uvedli, že sestry zjišťovaly informace

o názorech na zdraví a nemoc ve 40 %. I tady se odpovědi sester a zástupců vietnamské minority liší. V souvislosti s touto otázkou však spíše ve prospěch sester, kdy respondenti z řad vietnamského etnika odpovídali kladně ve 40 % případů, sestry pouze ve 12 % případů (po součtu odpovědí ano a spíše ano).

Z výše uvedených výsledků vyplývá, že sestry zařazují ve velmi malém procentu do posuzování dítěte z vietnamského etnika otázky týkající se jeho etnické příslušnosti. Kulturně vhodná péče však toto vyžaduje a také modely transkulturního ošetřovatelství tyto otázky mají zahrnuty. Lze tedy konstatovat, že H_5 se potvrdila, sestry při ošetřovatelské péči o hospitalizované děti z vietnamského etnika nezařazují do ošetřovatelské anamnézy informace vyplývající z příslušnosti dětí k minoritní skupině. Tyto výsledky však také potvrzují, na rozdíl od výsledků týkajících se holistického pojetí uspokojování potřeb, H_1, že ošetřovatelská péče o děti z vietnamské minority neodpovídá zásadám transkulturního ošetřovatelství.

Z těchto výsledků lze usuzovat, že uspokojování potřeb dětí z vietnamského etnika není závislé na zařazení kulturně specifických otázek do ošetřovatelské anamnézy. Tato skutečnost ovšem odporuje jak jednotlivým modelům transkulturního ošetřovatelství, tak i metodě ošetřovatelského procesu, která je v České republice využívána při péči o děti.

V další části výzkumu jsme se zabývali otázkami týkajícími se zohledňování údajů získaných v první fázi ošetřovatelského procesu při realizaci ošetřovatelského plánu, tedy respektováním odlišností vietnamských dětí ošetřovatelským personálem. Tyto otázky velmi úzce souvisí s předešlými výsledky, protože respektování odlišností při poskytování ošetřovatelské péče jako součást třetí a posléze čtvrté fáze ošetřovatelského procesu úzce navazuje na zařazení kulturně specifických otázek do ošetřovatelské anamnézy, tedy na první fázi ošetřovatelského procesu.

Otázky pro respondenty byly zaměřeny na respektování odlišností dětí vyplývající z jejich víry, kultury, náboženství a tradice a také na respektování specifických potřeb (v oblasti výživy, spánku, vyprazdňování a péče o sebe sama) vyplývajících z příslušnosti dětí k vietnamskému etniku.

Kulturní systémy, zejména jejich hodnotové jádro, ovlivňují způsoby vnímání, prožívání, hodnocení světa, událostí, vztahů a myšlení příslušníků společnosti, ke které daný kulturní systém patří. Z faktu jedinečnosti kultur pak vyplývá i subjektivní forma kultury, tedy individuální, osvojené kulturní struktury osobnosti (hodnoty, vzory, normy, chování, znalosti, schopnosti, potřeby, kognitivní a emocionální struktury), které mají specifický charakter. Lidé z odlišných kultur mají odlišný způsob vnímání, prožívání, hodnocení, což se projevuje i odlišným chováním. Tyto odlišnosti vymezují i vztahy mezi lidmi a jejich utváření (46). Na tyto skutečnosti je třeba myslet, pokud pracujeme s pacienta z odlišného kulturního prostředí, při plánování a realizaci péče. Bez tohoto pohledu na pacienta nelze poskytovat vhodnou, kulturně specifickou, péči a tím dodržovat zásady péče o dětského pacienta.

Respektování odlišností jednotlivých etnických či kulturních skulin je součástí přístupu všech pracovníků pomáhajících profesí. V našem výzkumu se k této otázce vyjadřovaly sestry pracující s dětmi z vietnamského etnika a také sami příslušníci této minoritní skupiny. Výsledky odpovědí sester ukazují grafy 32 až 35, kde jsou odpovědi týkající se respektování odlišností vyplývajících z víry, kultury, náboženství a tradice vietnamských dětí. Sestry odpovídaly ve všech čtyřech položených otázkách shodně. 38 (19 %) sester uvedlo, že respektuje odlišnosti, 96 (48 %) sester si vybralo odpověď spíše ano, 6 (3 %) sester si zvolilo odpověď nevím, 46 (23 %) sester uvedlo odpověď spíše ne a 14 (7 %) sester odpovědělo ne. Takový výsledek by byl positivní, protože součet kladných odpovědí dosahuje 67 %, ale fakt, že sestry odpovídaly na všechny otázky vždy shodně a odpovědi z řad respondentů, tento výsledek zpochybňují. Respondentům byla položena otázka, zda při ošetřování byly respektovány odlišnosti dětí a mohli si zvolit, které odlišnosti byly respektovány. Na tuto otázku odpovídalo jen 521 respondentů (147 respondentů si nezvolilo odpověď, přestože měli možnost vícečetného výběru). Z odpovídajících respondentů uvedlo 24 %, že byly při péči respektovány odlišnosti vyplývající z jejich víry, 33 % respondentů uvedlo, že sestry při péči respektovaly jejich kulturu, náboženství bylo respektováno u 21 % respondentů a 22 % respondentů uvedlo, že byly respektovány jejich tradice. Při srovnání výsledků odpovědí respondentů z řad vietnamského etnika a sester dosahují odpovědi sester

daleko vyšších hodnot než je tomu u respondentů z řad vietnamského etnika. Rozdíly ve výsledcích jsou srovnatelné s výsledky předchozími, které se týkaly zařazení otázek týkajících se víry, kultury, náboženství do posouzení dítěte v první fázi ošetřovatelského procesu. Respondenti z řad vietnamského etnika tedy hodnotí respektování jednotlivých odlišností vyplývajících z příslušnosti dětí k dané minoritě daleko méně positivně než sestry a pocit, že dětem není věnována dostatečná pozornost na základě jeho etnické příslušnosti má 32,0 % respondentů (součet kladných odpovědí, tabulka 67). Tento výsledek odpovídá i výzkumům na míru tolerance českých občanů k vietnamské minoritě, kdy ve výsledcích tři čtvrtiny dotazovaných Čechů hodnotí své zkušenosti s Vietnamci kladně nebo neutrálně a pouze 25 % špatně (85). Na rozdíl od obdobných výzkumů týkajících se romské minority, kdy jsou výsledky zcela opačné. V těchto výzkumech více než tři čtvrtiny respondentů hodnotí otázky soužití jako špatné, zatímco opačný názor má jen necelá pětina dotazovaných (14).

Výsledky výzkumů týkající se vietnamské minority kopírují i hodnoty odpovědí našeho šetření v oblasti předsudků ošetřovatelského personálu, kdy 7,6 % respondentů odpovědělo, že měli pocit, že ošetřovatelský personál má vůči nim předsudky, 21,7 % respondentů odpovědělo spíše ano, 41,3 % respondentů odpovědělo nevím, 8,5 % respondentů odpovědělo spíše ne, 20,8 % respondentů si zvolilo odpověď ne (tabulka 66). Vnímání předsudků vůči etniku tedy pociťuje necelá třetina respondentů, což vyznívá ve prospěch zdravotnického personálu, pečujícího o vietnamské děti. Nízká míra předsudků a xenofobního jednání vůči vietnamské minoritě, je, dle našeho mínění, spojena s přizpůsobivosti vietnamského etnika, jeho pracovitostí a slušným chováním, které je pro etnikum typické. K positivnímu přijetí odlišností napomáhá také multikulturní výchova, která se řadí do osnov výuky již od předškolní výchovy dětí (je zařazena i při vzdělávání budoucích zdravotnických pracovníků) a pomáhá člověku překonávat vlastní kulturní omezení a podívat se na menšinové kultury, jako na právoplatné součásti společnosti (86).

Respektování odlišností při poskytování ošetřovatelské péče jsme doplnili dotazy na čtyři konkrétní oblasti v uspokojování potřeb a to na oblast výživy, spánku, vyprazdňování a péče o sebe sama. Jednalo se o potřeby základní, kde ale do

uspokojování zasahují kulturní specifika vietnamského etnika jako je odlišné složení jídelníčku dětí, vysoká potřeba zachovávání intimity či odlišný rodinný systém a přístup k péči o dítě. Výsledky v této oblasti jsou velmi positivní. Respektování připomínek ohledně stravy dítěte uvádí 64,5 % respondentů (součet kladných odpovědí, tabulka 71), ohledně spánku 66,2 % respondentů (součet kladných odpovědí, tabulka 75), v oblasti vyprazdňování 65,7 % respondentů (součet kladných odpovědí, tabulka 79) a v péči o sebe sama 65,6 % respondentů (součet kladných odpovědí, tabulka 83).

Respekt k odlišnostem vyplývajícím z příslušnosti pacientů k jednotlivým etnikům je základní součástí poskytování kulturně vhodné ošetřovatelské péče, tedy péče dle principů multikulturního či transkulturního ošetřovatelství. Etický kodex sester uvádí: „Při poskytování ošetřovatelské péče sestra vytváří prostředí, v němž jsou respektována lidská práva, hodnoty, zvyky a duchovní přesvědčení jednotlivce, rodiny a komunity (21, čl. 1, odst. 2).“ Respekt k odlišnostem je ale také jediná možnost, jak poskytovat ošetřovatelskou péči neboť péče metodou ošetřovatelského procesu, které je součástí respektování individuality jedince, je dána normami pro poskytování ošetřovatelské péče na území ČR. Výsledky našeho výzkumu však nejsou zcela jednoznačné, pro bezvýhradné potvrzení Hypotézy 6. Výsledky šetření u sester hypotézu vyvracejí, ale jejich srovnání s názory respondentů z řad vietnamského etnika, nám pokládá otázku, do jaké míry můžeme odpovědi sester považovat za validní. I odpovědi vietnamských respondentů je třeba posoudit z několika hledisek. Respektování specifik etnika pociťovali respondenti při uspokojování potřeby výživy, spánku, vyprazdňování a péče o sebe sama. Tady kladně odpovídalo přes 65 % respondentů, ovšem kladné odpovědi na otázky pokládané přímo na respektování kultury, víry, náboženství a tradic se pohybovaly v rozmezí 21 a 33 %. Respektování kultury, víry, náboženství či tradic je samozřejmě součástí respektování i jednotlivých potřeb, čímž bychom mohly usuzovat i na celkově lepší hodnocení respektování odlišností při péči o děti z řad vietnamského etnika respondenty a tím se přiklonit k vyvrácení hypotézy $H_{6,}$ že sestry při ošetřovatelské péči o hospitalizované děti z vietnamského etnika nerespektují odlišnosti vyplývající z příslušnosti dětí k minoritní skupině. Tento výsledek poukazuje na vysokou kvalitu poskytované ošetřovatelské péče

a výsledky dále mají vypovídající hodnotu o míře předsudků vůči vietnamskému etniku ze strany sester. Respektování odlišností je známkou tolerance etnika ze strany většinové populace a míry integrace až asimilace vietnamského etnika do české společnosti.

5.2.4 Diskuse k hypotéze H_7 a H_8

H_7 Vietnamští rodiče jsou informováni o péči poskytované v ordinacích praktického lékaře pro děti a dorost

H_8 Vietnamští rodiče využívají péče poskytované v ordinacích praktického lékaře pro děti a dorost v oblasti primární prevence.

Na předchozích stránkách jsme se zabývali především péčí poskytovanou dětem v oblasti sekundární a terciární péče a dětem hospitalizovaným. Do péče o děti-cizince, pobývající na území ČR na základě povolení k trvalému pobytu nebo povolení k dlouhodobému pobytu, patří také péče primární. Z oblasti primární péče jsme se v našem výzkumu zabývali především preventivní péčí v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost se zaměřením na informovanost respondentů z řad vietnamského etnika o jejich službách a využívání těchto služeb, především v oblasti preventivních prohlídek dětí a očkování. Šetření v této oblasti probíhalo pouze u respondentů z řad vietnamského etnika, z jejich subjektivního pohledu (58).

Zdravotní péče je v ČR poskytována převážně na základě povinného veřejného zdravotního pojištění. Právní nárok na veřejné zdravotní pojištění vzniká ze zákona dětem-cizincům, které mají v ČR trvalý pobyt, dětem, kterým byl udělen azyl a dále dětem občana/u některého ze státu EU, který je na území ČR zaměstnán, nebo podniká, nebo má trvalý pobyt. Ti, kdo nesplňují podmínky účasti na veřejném zdravotním pojištění, musí uzavřít soukromé zdravotní pojištění. Jako jediná česká pojišťovna smí provozovat smluvní zdravotní pojištění pro občany Vietnamu a další cizince Pojišťovna VZP, a.s., dceřiná společnost Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky. Soukromé zdravotní pojištění je uzavíráno především pro děti-cizince, které na území ČR pobývají na základě udělení víza nad 90 dnů. Pro tyto děti se uzavírá zdravotní

pojištění cizinců pro případ komplexní péče, které se svým rozsahem blíží k veřejnému zdravotnímu pojištění. U dětí se soukromým zdravotním pojištěním nedochází u lékaře k registraci, ale jejich ošetření provádějí smluvní lékaři, popřípadě smluvní zdravotnická zařízení. V našem výzkumu uvedlo 71,7 % respondentů (tabulka 28), že jejich děti jsou registrovány u PLPDD, z čehož lze tedy usuzovat, že tyto děti mají na území ČR takový typ pobytu, který umožňuje jejich pojištění v systému veřejného zdravotního pojištění. Ovšem registrace dětí u PLPDD není závislá na délce pobytu respondentů. Otázka registrace dětí a její případná závislost na délce pobytu respondentů na území ČR byla testována pomocí Pearson Chi-Square testu (tabulka 116) zkoumané proměnné jsou na sobě nezávislé. Zbylých 28, 3 % respondentů uvedlo, že jejich dítě není registrované u PLPDD, což může být zapříčiněno typem pojištění či nedostatečnou informovaností respondentů o systému zdravotní péče v ČR, který je odlišný od systému péče ve Vietnamu. Lze vyloučit, že by příčinou mohla být neinformovanost respondentů o službách poskytovaných PLPDD, protože, jak uvádí tabulka 29, 68,0 % respondentů si myslí, že má informace o službách PLPDD. Tuto skutečnost podporují i další výsledky, kdy 76,5 % respondentů z řad vietnamského etnika uvádí, že je lékař informuje o péči o zdraví dětí (tabulka 30), 69,9 % respondentů uvádí, že je informováno o preventivních prohlídkách (tabulka 34) a 73,4 % respondentů má pocit, že je informováno o očkování dětí (tabulka 36). Tyto informace jsou navíc podávány takovou formou, že pouze 2,7 % respondentů uvedlo, že nerozumí informacím, které podává lékař a 1,2 % respondentů nerozumí informacím, které podává sestra v ordinaci PLPDD (tabulka 31 a 32) (15, 18, 58).

Na základě výše uvedených výsledků, týkajících se informovanosti respondentů o službách PLPDD lze konstatovat, že vietnamští rodiče jsou informováni o péči poskytované v ordinacích praktického lékaře pro děti a dorost, čímž se nám potvrzuje $H_{7.}$

V souvislosti s péči poskytovanou PLPDD, jejíž součástí je i preventivní péče, je třeba rodiče-cizince upozornit nejen na systém preventivních prohlídek dětí, povinné očkování dětí či na nutnost výběru dětského lékaře, ale také na skutečnost, že preventivní prohlídky dětí jsou dětem v ČR hrazeny jak z veřejného zdravotního

pojištění, tak i ze soukromého pojištění cizinců pro případ komplexní péče osob a stejně tak je plně hrazeno očkování dětí (18). Upozornění na všechny položky zdravotní péče, které jsou hrazeny z jednotlivých typů pojištění, je důležité, protože neznalost těchto faktů může být příčinou rozdílu ve výsledcích výzkumu týkajícího se preventivních prohlídek dětí. Tabulka 33 popisuje odpovědi respondentů na otázku, zda jsou dětským lékařem zváni na preventivní prohlídky dětí. 84,4 % respondentů odpovědělo, že jsou zváni na preventivní prohlídky a 15,6 % respondentů odpovědělo, že na preventivní prohlídky zváni nejsou. Absolvování preventivních prohlídek udává 77,5 % respondentů (tabulka 35). Rozdíl odpovědí činí 6,9 %, což může být zapříčiněno nejen podáním neucelených informací, ale také nedůvěrou respondentů k českým lékařům, přestože 91,0 % respondentů na otázku víry v lékařské praktiky odpovědělo kladně (součet kladných odpovědí, tabulka 39), a využíváním při péči o děti tradiční medicíny, kdy na otázku týkající se této problematiky kladně odpovědělo 76,9 % respondentů (součet kladných odpovědí, tabulka 40). Neabsolvování preventivních prohlídek nelze dávat do souvislosti s délkou pobytu respondentů na území ČR. Tyto dvě proměnné byly testovány pomocí Pearson Chi-Square testu (tabulka 110) a na základě hodnoty signifikance Pearson Chi-Square testu 0,170, která je větší než 5 % nebyla na 95 % hladině spolehlivosti zamítnuta nulová hypotéza, že absolvování preventivních prohlídek vietnamskými dětmi je nezávislé na délce pobytu vietnamských respondentů na území ČR.

Vedle absolvování preventivních prohlídek jsme se respondentů ptali také na to, zda jejich dětí procházejí pravidelným očkováním. „Zákonnou povinnost očkování upravuje zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví. Očkovací kalendář pak stanoví vyhláška č. 439/2000 Sb., o očkování proti infekčním nemocem (9, str. 16).“ Povinné očkování dětí se vztahuje i na děti-cizince pobývající na území ČR na základě trvalého pobytu či přechodného pobytu na dobu delší než 90 dnů (18). Výsledky dotazování, na absolvování preventivních prohlídek, najdeme v tabulce 37, kde 89,2 % respondentů uvedlo, že se svými dětmi absolvují očkování a 10,8 % respondentů konstatovalo, že očkování s dětmi neabsolvovali. Otázka absolvování očkování a její případná závislost na délce pobytu respondentů na území ČR byla testována pomocí

Pearson Chi-Square testu. Jak ukazují výsledky (tabulka 113) zkoumané proměnné jsou na sobě nezávislé. Nelze tedy konstatovat, že neabsolvování očkování u 10,8 % dětí respondentů je dáno kratší dobou pobytu. Při následném dotazování se zástupců vietnamské minority nám bylo sděleno, že tato skutečnost může být dána nedostatečnou informovaností rodičů o možnosti očkování, která spolu s nedůvěrou k západní medicíně a nízkým vzděláním rodičů může vést k odmítání očkování dětí. Shodné vysvětlení jsme získali i při dotazu na důvody, proč 22,5 % respondentů z řad vietnamského etnika, přestože jsou informováni, popř. i zváni na preventivní prohlídky, tyto prohlídky neabsolvují.

Absolvování preventivních prohlídek i očkování dle očkovacího kalendáře patří do oblasti primární péče o děti, tedy i o děti z vietnamského etnika. 77,5 % odpovědí ano u dotazu na absolvování preventivních prohlídek a 89,2 % odpovědí ano u dotazu na absolvování povinného očkování nám vytváří prostor pro konstatování, že H_8 Vietnamští rodiče využívají péče poskytované v ordinacích praktického lékaře pro děti a dorost v oblasti primární prevence, byla potvrzena.

5.2.5 Diskuse k hypotéze H_9

H_9 Dětští pacienti/klienti z vietnamské minority vyžadují kulturně specifickou péči.

Kulturně specifická péče je péče zaměřená na podporu, udržení zdravého způsobu chování nebo uzdravování kulturně vhodnými způsoby, kdy se do popředí staví vzájemná interakce mezi pacientem a ošetřovatelským personálem hledající společné kulturní hodnoty, které jsou základem jejich budoucího vztahu založenému na vzájemném respektu, pochopení, toleranci a porozumění. Od sester se tu vyžaduje schopnost posuzovat stav tělesného, psychického, sociálního a duševního zdraví, jejich specifika vztahující se k sociálním a kulturním hodnotám a normám příslušníka odlišné kultury a provádět jednotlivé složky ošetřovatelského procesu o jedince i skupiny s jinou kulturou a sociálními podmínkami (20, 24). Poskytování kulturně specifické péče je hlavním cílem transkulturního ošetřovatelství. „Transkulturní ošetřovatelství lze definovat jako (komparativní) praktický a teoretický obor zaměřený na podobnosti

a rozdíly v péči o různé kultury s jejich souborem hodnot, životních zvyklostí a přesvědčení, a to s cílem poskytnout vhodnou, smysluplnou, účinnou a individualizovanou podporu ve zdraví a nemoci (53, str. 6).“

Náš výzkum nám nedal zcela jednoznačnou odpověď na hypotézu předpokládající, že děti z vietnamské minority vyžadují kulturně specifickou péči. Hypotéza byla stanovena na základě dostupných informací o vietnamském etniku a výsledcích rozhovorů v první fázi výzkumu. Sestry uváděly rozdíly chování (děti jsou tišší, méně plačtivé, nevyžadující takovou pozornost a méně komunikativní), v oblasti potřeb a to především v oblasti výživy a bolesti. Vietnamští respondenti vidí odlišnost především v jiné kultuře, jiných zvycích, náboženství a tradici. Předpokládali jsme tedy, že tyto skutečnosti by se měly odrazit v ošetřovatelské péči. Z výsledků vyplynulo, že sestry při ošetřovatelské péči o hospitalizované děti z vietnamského etnika nezařazují do ošetřovatelské anamnézy informace vyplývající z příslušnosti dětí k minoritní skupině (H_5), což ale zcela nevylučuje poskytování kulturně specifické péče. Obecná znalost vietnamského etnika může být základem pro poskytování kulturně specifické péče. Toto dokládá i náš výzkum, kde z výsledků vyplynulo, že sestry sice do anamnézy nezařazují specifické otázky o etniku, přesto však při ošetřovatelské péči o hospitalizované děti z vietnamského etnika respektují odlišnosti vyplývající z příslušnosti dětí k minoritní skupině (H_6).

Při ošetřovatelské péči je prioritou uspokojovat biologické potřeby tedy potřeby, které při neuspokojení ohrožují život dítěte. Výsledky tohoto výzkumu tuto skutečnost potvrzují a ukazují, že biologické potřeby jsou u dětí uspokojovány a to nezávisle na jejich etnické, kulturní či jiné příslušnosti. Jsou však uspokojovány i potřeby psychosociální, do kterých řadíme mimo jiné také potřebu kultury, kdy psychosociální potřeby téměř nezaostávají, v kladném hodnocení jejich uspokojování, za potřebami fyziologickými. Při hospitalizaci dětí z vietnamské minority je tedy prováděna ošetřovatelská péče dle principů holismu (H_2). Tady ovšem narážíme na některá konstatování respondentů z řad vietnamského etnika, kteří sice uvádějí, že pokud by byly dodrženy jejich tradice a kultura byli by spokojeni, ale nebudou nespokojeni, ani pokud dodrženy nebudou. Z jejich slov vyplývá, že pokud zdravotnický personál pečuje

o jejich dítě stejně, jako o děti z většinové populace nezáleží na tom, zda jsou dodržovány jejich kulturní zvyklosti, na kterých jejich děti ani nelpí. Tyto zvyklosti jsou důležité spíše pro starší generaci. Děti narozené v České republice, ale i děti, které zde žijí od útlého mládí, jsou plně zapojeni do české společnosti, přejímají její zvyky a jejich chování a potřeby se neliší od jejich vrstevníků (výsledky, kapitola 4.6). Na základě těchto skutečností vyvracíme hypotézu $H_{9,}$ že dětští pacienti/klienti z vietnamské minority vyžadují kulturně specifickou péči.

6. Závěr

Ke zpracování disertační práce s názvem Respektování holistického přístupu v uspokojování potřeb děti ve vietnamské minoritě byly využity metody kvalitativního i kvantitativního výzkumu. Výzkum probíhal ve třech fázích v průběhu roku 2005 až 2008. K získání dat byla využita metoda ankety, polostandardizovaného rozhovoru, dotazníku a sekundární analýza dat. Výzkum zahrnoval respondenty z celé České republiky. Do výzkumu byli zahrnuti respondenti z řad vietnamského etnika a sestry pracující na dětských odděleních.

Výzkumu se zúčastnilo 370 sester a 678 respondentů z řad vietnamského etnika. Výsledky byly zpracovány popisnou statistikou v programu Microsoft Excel. U vyhodnocování výsledků dotazníku pro vietnamskou minoritu byly výsledky zpracovány v SPSS programu. Rozhovory v kvalitativním výzkumu byly zpracovány pomocí modifikovaného přístupu rámcové analýzy Ritchie-Spencer.

Cílem práce bylo zjistit, jakým způsobem jsou uspokojovány potřeby, z hlediska holistické teorie, vietnamských dětí a jejich odlišnost od majoritní společnosti. K cíly byly položeny tři výzkumné otázky.

4. Jaké problémy se vyskytují při péči o děti z vietnamského etnika?

5. Jsou sestry seznámeny s principy multikulturního (transkulturního) ošetřovatelství?

6. Jsou u dětí z řad vietnamského etnika uspokojovány potřeby z hlediska holistické teorie?

Výzkumné otázky byly zodpovězeny a bylo stanoveno 9 hypotéz pro kvantitativní výzkum.

H_1 Ošetřovatelská péče o děti z vietnamské minority neodpovídá zásadám transkulturního ošetřovatelství. Hypotéza byla potvrzena.

H_2 Při hospitalizaci dětí z vietnamské minority není prováděna ošetřovatelská péče dle principů holismu. Hypotéza byla vyvrácena.

H_3 Při komunikaci mezi zdravotníky, dětskými pacienty z vietnamské minority a jejich rodiči je problémem jazyková bariéra. Hypotéza byla vyvrácena.

H_4 U hospitalizovaných dětí z řad vietnamského etnika není uspokojována potřeba komunikace. Hypotéza byla vyvrácena.

H_5 Sestry při ošetřovatelské péči o hospitalizované děti z vietnamského etnika nezařazují do ošetřovatelské anamnézy informace vyplývající z příslušnosti dětí k minoritní skupině. Hypotéza byla potvrzena.

H_6 Sestry při ošetřovatelské péči o hospitalizované děti z vietnamského etnika nerespektují odlišnosti vyplývající z příslušnosti dětí k minoritní skupině. Hypotéza byla vyvrácena.

H_7 Vietnamští rodiče nejsou informováni o péči poskytované v ordinacích praktického lékaře pro děti a dorost. Hypotéza byla potvrzena.

H_8 Vietnamští rodiče využívají péče poskytované v ordinacích praktického lékaře pro děti a dorost v oblasti primární prevence. Hypotéza byla potvrzena.

H_9 Dětští pacienti/klienti z vietnamské minority vyžadují kulturně specifickou péči. Hypotéza byla vyvrácena.

Práce poukázala na přednosti a nedostatky péče o děti z vietnamského etnika a to jak ze strany sester, tak i respondentů z řad vietnamského etnika. To že z výsledků výzkumu vyplynulo, že vietnamské děti nevyžadují kulturně specifickou péči, neznamená, že nelze péči dále zkvalitňovat a to nejen při práci s vietnamskými dětmi, ale i při práci s dětmi z ostatních minoritních skupin, se kterými se v našich zdravotnických zařízeních setkáváme stále častěji.

Do péče o děti z minorit se zapojují vedle resortu zdravotnictví také resorty školství, práce a sociálních věcí, vnitra, spravedlnosti a další. Z důvodu této různorodosti je třeba si stanovit pravidla a určit strategie, které budou určovat podmínky a vytvářet mantinely pro péči o děti z minorit. Tyto strategie by mohly v podmínkách vzrůstající multikulturality a etnické pestrosti české společnosti sehrát pozitivní integrující roli a to nejen na poli multikulturní péče, ale také při vytváření zdravého multikulturního soužití.

Pokud budeme rychlí, důslední a budeme mít k dětem individualní a rovný přístup, máme velkou šanci poskytnout dětem z minorit kvalitní péči s co nejmenším poškozením jejich osobnosti, individuality a integrity a tím zabezpečíme takové podmínky, aby z těchto dětí vyrostly po bio-psycho-sociální a duchovní stránce zdravé

bytosti s kladnými vazbami na českou společnost a tím spolu s dětmi z majority vytvořily multikulturní společnost budoucnosti se všemi jejími výhodami a pravidly.

7. Doporučení pro praxi

Přestože se podíl migrantů na celkovém počtu obyvatel České republiky v současné době pohybuje kolem 3 %, tato situace je do budoucna neudržitelná. Celosvětová migrace obyvatel se v budoucnu dotkne daleko větší mírou i České publiky a na to bychom měli být připraveni a i to přes skutečnost, že z výsledků výzkumu vyplynulo, že vietnamské děti nevyžadují kulturně specifickou péči.

Doporučení:

Zkvalitnění profesní přípravy zdravotnických pracovníků v oblasti multikulturního/transkulturního ošetřovatelství a to především na úrovni středoškolského vzdělávání.

Vytvořit program v systému celoživotního vzdělávání pro pracovníky pomáhajících profesí zaměřený na multikulturní problematiku a péči o děti (jejich rodiče) z minorit.

Využívání všech dostupných metod při práci s dětmi z minorit a to především v oblasti komunikace. Překážky v této oblasti přinášejí problémy do poskytování kvalitní péče.

Využívat všech dostupných služeb, které mohou zkvalitnit péči o děti z minorit (vytvořit systém tlumočníků a vytvořit systém podpůrných osob pro děti z minorit a jejich rodiče).

Zařazování kulturních specifik do práce s dětmi z minorit a to především při posuzování jejich stavu a plánování a následné realizace péče.

Podporovat u dětí jejich kulturní identitu. Většina dětí z minorit se pokouší o zachování adaptivních strategií své původní kultury, ale zahrnují do svého chování i kulturu prostředí, ve kterém žijí a jsou schopny se přizpůsobit oběma. Podpora integrace ne asimilace.

Při práci s dětmi z minorit využívat všech možností a výhod multidisciplinárního týmu, především pokud pracujeme s dětmi-cizinci bez doprovodu.

8. Seznam použitých zdrojů

1. *Analýza zdravotní péče o cizince v České republice.* 1. vyd. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2001. 182 s. (on-line) URL < http://www.cizinci.cz/files/clanky/112/zdravotni_pece.pdf > [cit. 2009-02-02]
2. ANDREWS, M. M., BOYLE, J. S. *Transcultural Concepts in Nursing Care.* 4th edition. Philadelphia: Lippincott, 2003. 573 s. ISBN 0-7817-3680-3.
3. ARCHALOUSOVÁ, A. *Přehled vybraných ošetřovatelských modelů.* 1. vyd. Hradec Králové: Nucleus HK, 2003. 104 s. ISBN 80-86225-33-X.
4. ARCHALOUSOVÁ, A, SLEZÁKOVÁ, Z. *Aplikace vybraných ošetřovatelských modelů do klinické a komunitní praxe.* 1. vyd. Hradec Králové: Nucleus HK, 2005. 108 s. ISBN 80-86225-63-1.
5. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví.* 6. vyd. Praha: Grada, 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
6. BLACKFORD, J., STREET, A. Problem-Based Learning; An Educational Stratey to Support Nurses Working in a Multicultural Community. In *Nurse Education Today.* Harcourt: March 1999, Vol. 19, Iss. 5, p. 364 - 372. ISSN 0260-6917.
7. BRAŠA, P. *Politická teorie multikulturalismu.* 2.vyd. Brno: CDK, 2003. 347 s. ISBN 80-7325-020-9.
8. BROUČEK, S. *Imigrace, adaptace, majorita 2: Český pohled na Vietnamce (mediální obraz Vietnamu, Vietnamců a vietnamství).* Praha: Etnologický ústav AV ČR, 2003. 478 s. ISBN 80-85010-46-1.
9. CABRNOCHOVÁ, H. Očkování dětí. *Zdravotnictví a právo.* Praha: HBT, 2009, roč. 13, č. 3. s. 16 – 19. ISSN 1211-6432.
10. *Cizinci v České republice 2007.* 1. vyd. Praha: ČSÚ, 2007. 238 s. ISBN 978-80-250-1544-5.
11. Cizinci v ČR. Stránky ministerstva práce a sociálních věcí o integraci cizinců. (on-line) URL< http://www.cizinci.cz/clanek.php?lg=1&id=4 > [cit. 2008-03-01]
12. ČERNÍK, J. a kol. *S vietnamskými dětmi na českých školách.* 1. vyd. Praha: H&H, 2006. 222 s. ISBN 8073190559.

13. *Čerpání zdravotní péče cizinci v roce 2007*. ÚZIS, Aktuální informace č. 16/08. (on-line)
URL<http://www.uzis.cz/download.php?ctg=20&search_name=cizinci&region=100&kind=21&mnu_id=6200 > [cit. 2009-02-02]
14. ČERVENKA, J. Veřejné mínění a soužití mezi Rómy a neromskou populací v ČR. *SOCIOweb*. Praha: Sociologický ústav AV ČR, 2003. (on-line)
URL <http://www.socioweb.cz/index.php?disp=temata&shw=132&lst=113>
[cit. 2009-06-08]
15. Česko – vietnamská společnost. *Pojišťovna VZP, a.s. (kolektivní Člen Česko-vietnamské společnosti) už 10 let pomáhá vietnamským přátelům platit za zdravotní péči v České republice.* (on-line)
URL <http://www.cvs-praha.cz/zpravy.php?rok=2004&clanek=8> [cit. 2009-06-08]
16. Český helsinský výbor. *Pobyt cizinců.* (on-line)
URL < http://www.helcom.cz/view.php?cisloclanku=2005122203 >
[cit. 2007-06-08]
17. Český statistický úřad. Cizinci podle typu pobytu a pohlaví k 31. 5. 2009. (on-line)
URL <http://www.czso.cz/csu/cizinci.nsf/t/92004C3CED/$File/c01t03.pdf>
[cit. 2009-06-30]
18. DOBIÁŠOVÁ, K. a kol. *Průvodce zdravotní péčí o děti v ČR.* 1. vyd. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2005. 45 s. ISBN 80-86625-41-9. (on-line)
URL < http://www.domavcr.cz/downloads/Brozura_CZ_1.pdf > [cit. 2009-02-02]
19. DUNOVSKÝ, J. a kol. Sociální pediatrie. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. 284 s. ISBN 80-7169-254-9.
20. Ekologický model dle Bronfebrennera (on-line)
URL < http://www.ssvp.wz.cz/Texty/vyvojovkateorie.html?p=1 > [cit. 2007-06-08]
21. Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester. (on-line)
URL <http://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn.pdf> [cit. 2009-07-08]
22. FARKAŠOVÁ, D. *Ošetrovateľstvo – teória*. 2. vyd. Martin: Osveta, 2005. 215 s. ISBN 80-8063-182-4.

23. GEISSLER, E. M. *Cultural assesment: Pocket guide series.* 2 ed. Philadelphia: Mosby, 1998. ISBN 0-8151-3633-1.
24. GIGER, J. N., DAVIDHIZAR, R., E. *Transcultural nursing : assessment and intervention.* 4. vyd. St.Louis: Mosby, 2004. 666 s. ISBN 0-323-02295-2.
25. HOLLSTEIN-BRINKMANN, H. *Sociálna práca a systémové teórie.* Trnava: 2001. 198 s. ISBN 80-88908-78-7.
26. Charita Česká republika. *Pomoc cizincům v nouzi na území ČR.* (on-line) URL<http://www.charita.cz/article.asp?nLanguageID=1&nArticleID=702> [cit. 2009-02-17]
27. CHRŽOVÁ, J. Migrace, uprchlíci. In *Kapitoly z multikulturní tolerance*. 1. vyd. Praha: SVLP EIS UK, 2002. s. 78 – 91. ISBN 80-902345-5-9.
28. *Informační publikace pro cizince*. 2. vyd. Praha: MPSV, 2007. 88 s. ISBN 978-80-86878-06-5. (on-line) URL < http://www.cizinci.cz/files/clanky/446/inf_brozura_cestina.pdf > [cit. 2009-02-02]
29. IVANOVÁ, K., ŠPIRUDOVÁ, L., KUTNOHORSKÁ, J. *Multikulturní ošetřovatelství I.* 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 248 s. ISBN 80-247-1212-1.
30. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese.* 1. vydání. Praha: Triton, 2003. 223 s. ISBN 80-7254-329-6.
31. JOSUKS, H. *Primary Nursing: Ein Konzept für die ambulante Pflege*. 1. vyd. Hannover: GmbH & Co. KG, 2003. 108 s. ISBN 3-87706-600-3.
32. KOCOUREK, J. Vietnamci v ČR. *SOCIOweb*. Praha: Sociologický ústav AV ČR, 2005. č. 5 s. 13 – 16. ISSN 1214-1720. (on-line) URL< http://www.socioweb.cz/upl/editorial/download/124_socioweb_5.pdf > [cit. 2008-05-19]
33. KOCOUREK, J. Vietnamci v ČR. In *Menšinová problematika v ČR: komunitní život a reprezentace kolektivních zájmů (Slováci, Ukrajinci, Vietnamci a Romové)*. 1. vyd. Praha: Sociologický ústav AV ČR, 2006. s. 46 – 62. ISBN 80-7330-098-2.
34. KOVAŘÍK, J. a kol. *Dětská práva, právní povědomí, participace dětí a sociální služby.* 1. vyd. České Budějovice: ZSF JU, 2001. 222 s. ISBN 80-7040-531-7.

35. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIERIOVÁ, R. *Ošetovateľstvo.* Martin: Osveta, 1995. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.
36. KRISTOVÁ, J. *Komunikácia v ošetrovatelstve.* Martin: Osveta, 2004. 211 s. ISBN 80-8063-160-3.
37. KROUPOVÁ, A. *Materiály k projektu Realizace práv dítěte v multikulturní společnosti*. Písek: 2006. Nepublikovaná přednáška.
38. KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie nemoci. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
39. KUSÝ, M. *Materiály k projektu Realizace práv dítěte v multikulturní společnosti*. Písek: 2006. Nepublikovaná přednáška.
40. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetřovatelství.* 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 163 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
41. KUTNOHORSKÁ, J. Multikulturní/transkulturní komunikace. *Interní medicína pro praxi.* Olomouc: 2006, roč. 8, č. 2, s. 96 – 98. ISSN 1212-7299.
42. KUZNÍKOVÁ, M. *Multikulturní přístup sestry k vietnamské minoritě.* České Budějovice: Jihočeská univerzita. Zdravotně sociální fakulta. Katedra ošetřovatelství, 2006. 98 s. Vedoucí diplomové práce PhDr. Gabriela Sedláková, Ph.D.
43. KUZNÍKOVÁ, M., SEDLÁKOVÁ, G. Multikulturní přístup sestry k Vietnamské minoritě. *In Nové trendy v ošetřovatelství V*. České Budějovice, 2006, s. 208 – 215. ISBN 80-7040-884-7.
44. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 1998. 344 s. ISBN 80-7169-195-X.
45. LE, Q., LE, T. *Cultural Attitudes of Vietnamese Migrants on Health Issues.* (on-line) URL< http://www.aare.edu.au/05pap/le05645.pdf> [cit. 2009-06-17]
46. LEHMANNOVÁ, Z. Mezikulturní komunikace. In *Kapitoly z multikulturní tolerance*. 1. vyd. Praha: SVLP EIS UK, 2002. s. 34 – 43. ISBN 80-902345-5-9.
47. LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství.* 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 988 s. ISBN 80-247-0668-7.

48. LEININGER, M. J. *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research & Practices*. Publisher: McGraw-Hill Medical: 2002. 261 s. ISBN 0-07-037660-3.
49. LUCKMANN, J. *Transcultural comunication in nursing.* Albany: Delmar, 1999. ISBN 0-7668-0256-6.
50. MAREŠ, J., HODAČOVÁ, L., BÝMA, S. *Vybrané kapitoly ze sociálního lékařství.* 1.vyd. Praha: Karolinum, 2005. 212 s. ISBN 80-246-1062-0.
51. MARTÍNKOVÁ, Š. Počátky česko-vietnamských vztahů. (on-line) URL <http://www.klubhanoi.cz/view.php?cisloclanku=2007041601> [cit. 200-06-17]
52. MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví.* 1. vyd. Brno: IDVPZ, 1999. 164 s. ISBN 80-7013-277-9.
53. MASTILIAKOVÁ, D a kol.. *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2003. 120 s. ISBN 80-7042-344-7.
54. MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce.* 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 384 s. ISBN 80-7178-548-2.
55. MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 352 s. ISBN 80-7367-002-X.
56. MATOUŠEK, O. a kol. *Základy sociální práce.* 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 312 s. ISBN 80-7178-473-7.
57. MEČIAR, M. Konec multikulturalismu v Evropě. In Kapitoly z multikulturní tolerance IV. 1. vyd. Praha: SVLP EIS UK, 2006. s. 38 – 48. ISBN 80-903623-0-3.
58. Ministerstvo zahraničních věcí České republiky. Informace pro cizince. (on-line) URL <http://www.mzv.cz/jnp/cz/informace_pro_cizince/index.html> [cit. 2009-06-17]
59. MULLEROVÁ, P. *Vietnam.* 1. vyd. Praha: Libri, 2004. 127 s. ISBN 80-7277-255-4.
60. NAVRÁTIL, P. *Teorie a metody sociální práce.* 1. vyd. Brno: 2001. 169 s. ISBN 80-903070-0-0.
61. Nemocnice České Budějovice. Informace pro cizince. (on-line) URL < http://www.nemcb.cz/cz/page/80/Pro-cizince.html> [cit. 2009-02-17]

62. Nemocnice Na Homolce. (on-line)
URL <http://aplikace.homolka.cz/nnh/cz/tz_20040324.php> [cit. 2009-02-17]
63. NESVATBOVÁ, L., DAVIDOVÁ, E. Ke zdravotnímu stavu etnických skupin v ČR. *Zdravotnictví v České republice*. Asociace pro rozvoj sociálního lékařství a řízení péče o zdraví, 2009, roč. 12, č. 1, s. 36 – 38. ISSN 1213-6050.
64. NOVÁKOVÁ, Kateřina. *Vietnamská rodina - synovská oddanost.* (on-line)
URL <http://www.klubhanoi.cz/view.php?cisloclanku=2005011301>
[cit. 2007-05-11]
65. PAVLÍČEK, J. Multikulturní společnost – historický fenomén nejen 21. století. *In Kapitoly z multikulturní tolerance IV*. 1. vyd. Praha: UK EIS SVLP, 2006. 120 s. ISBN 80-903623-0-3.
66. PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetřovatelství v kostce.* 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 152 s. ISBN 80-247-1211-3.
67. PICKA, J. *Vietnam, země pod obratníkem Raka.* 1. vyd. Olomouc: Poznání, 2007. 175 s. ISBN 978-80-86606-65-1.
68. PRŮCHA, J. *Interkulturní psychologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004. 199 s. ISBN 80-7178-885-6.
69. *Průvodce systémem zdravotní péče České republiky.* Informační příručka pro cizince. 3. vyd. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. 44 s. ISBN 80-86625-22-2. (on-line)
URL < http://www.cizinci.cz/files/clanky/98/Prirucka_zdravotni_pece_2004.pdf > [cit. 2009-01-17]
70. PURNELL, L. D. Traditional Vietnammese Health and Healing. *Urologic Nursing*. Portland: Feb 2008, Vol. 28, Iss. 1, p. 63 – 67. ISSN 1053816X. (on-line)
URL<http://proquest.umi.com/pqdweb?did=1474547421&sid=6&Fmt=2&clientId=45236&RQT=309&VName=PQD [cit. 2009-02-17]
71. *Reforma multikulturního vzdělávání* (materiály k projektu). Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR, 2005. Projekt PHARE CZ 00 02 03, Projekt číslo EuropeAld/112287/DF/SV/CZ.

72. ROZUMEK, M., VRÁTNÁ, P. *Právo cizince na rodinný život*. 1. vyd. Praha: Organizace na pomoc uprchlíkům, 2003.126 s. ISBN neuvedeno
73. SEDLÁKOVÁ, G. Posudzovanie stavu vietnamského klienta v zdraví a chorobe. In: *Ošetřovatelství v pohybu: Sborník příspěvků z konference 1. Příbramské ošetřovatelské dny.* Příbram: SZŠ a VOŠ zdravotnická, 2006. 209- 213 s. ISBN 80-239-6690-1.
74. SEDLÁKOVÁ, G. Rodinné ošetrovatelstvo, rodinná sestra a vietnamská komunita. *Časopis moderního ošetřovatelství – Florence*. Praha: Galén, 2006, roč. 2, č. 2, s. 50 - 51. ISSN 1801-464X.
75. SEDLÁKOVÁ, G., SOUKUPOVÁ, J. Transkulturní ošetřovatelské hodnocení podle modelu Gigerové a Davidhzarové. *Kontakt*. České Budějovice: ZSF JU, 2006, č. 2, s. 230 – 239. ISSN 1212-4117.
76. SPECTOR, R. E. Cultural Diversity in Health & Illness. 6. vyd. New Jersey: Pearson Prentice Hall, 2004. 375 s. ISBN 0-13-049379-1.
77. STÖHROVÁ, H. *Materiály k projektu Realizace práv dítěte v multikulturní společnosti*. Písek: 2006. Nepublikovaná přednáška.
78. ŠIŠKOVÁ, T., ed. *Menšiny a migranti v České republice: my a oni v multikulturní společnosti 21. století.* 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 200 s. ISBN 80-7178-648-9.
79. ŠIŠKOVÁ, T., ed. *Výchova k toleranci a proti rasismu*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998. 208 s. ISBN 80-7178-285-8.
80. ŠPIRUDOVÁ, L. a kol. *Multikulturní ošetřovatelství II.* 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1213-X.
81. ŠPIRUDOVÁ, L. a kol. *Multikulturní ošetřovatelství ve vzdělávání sester na středních a vyšších zdravotnických školách.* (on-line)
URL < http://www.cizinci.cz/clanek.php?lg=1&id=115 > [cit. 2005-11-10]
82. TÓTHOVÁ, V. Respektování zvláštností verbální a neverbální komunikace v ošetřovatelské péči o vietnamskou minoritu. In: *Ošetřovatelství v pohybu: Sborník příspěvků z konference 1. Příbramské ošetřovatelské dny.* Příbram: SZŠ a VOŠ zdravotnická, 2006. 278 - 282 s.

83. TÓTHOVÁ, V., SEDLÁKOVÁ, G. K problematice vyšších potřeb v ošetřovatelské péči o vietnamskou minoritu. *Kontakt*. České Budějovice: ZSF JU, 2006, č. 1, s. 36 – 44. ISSN 1212-4117.
84. TÓTHOVÁ, V., VELEMÍNSKÝ, M. K problematice poskytování kulturně diferencované ošetřovatelské péče ve vietnamské a čínské minoritě. *In Nové trendy v ošetřovatelství V*. České Budějovice, 2006, s. 432 – 439. ISBN 80-7040-884-7.
85. TŘEŠŇÁK, P. Vietnamci, příští česká elita. *Respekt*. 2004, roč. 18, č. 4. (on-line) URL <http://respekt.ihned.cz/c1-36215110-vietnamci-pristi-ceska-elita> [cit. 2009-06-30]
86. URÍČKOVÁ, A., BOROŇOVÁ, J. Problematika multikultúrného/transkultúrneho ošetřovatel'stva v praxi. *Zdravotnictvo a sociálna práca*. Bratislava: Sapienta, 2008, roč. 3, č. 1, s. 49 – 51. ISSN 1336-9326.
87. Usnesení vlády České republiky ze dne 11. prosince 2000 č. 1266 o realizaci zásad koncepce integrace cizinců na území české republiky a o návrhu koncepce integrace cizinců na území české republiky (on-line) URL < http://www.mvcr.cz/dokumenty/integrace/koncepce.pdf > [cit. 2007-06-08]
88. Úmluva o právech dítěte (on-line) URL<http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?number1=&number2=&name=%C3%BAmluva+o+pr%C3%A1vech+d%C3%ADt%C4%9Bte&text=> [cit. 2008-11-07]
89. Úmluva o právním postavení uprchlíků z roku 1951 (on-line) URL<http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?number1=&number2=&name=%C3%9Amluva+o+pr%C3%A1vn%C3%ADm+postaven%C3%AD+uprchl%C3%ADk%C5%AF&text= > [cit. 2008-11-07]
90. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
91. Všeobecná deklarace lidských práv (on-line) URL < http://juristic.zcu.cz/dostal/docs/udhr_cz.htm > [cit. 2008-11-07]
92. WESSELMAN, E., HEGEMANN, T., HEHL, K. *Qualität beim Dolmetschen im stationären/ambulanten Bereich*. Krankenhaus München-Schwabing. (on-line)

URL<http://www.gesundheitsbeiratmuenchen.de/html/pdf/archiv/migration/qualitaet.pdf> [cit. 2009-02-17]

93. WHO Regional Office for the Western Pacific. Viet Nam. Health System. (on-line) URL <http://www.wpro.who.int/countries/2008/vtn/national_health_priorities.htm> [cit. 2009-07-07]
94. Zákon č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky (on-line) URL < http://www.psp.cz/docs/laws/constitution.html> [cit. 2009-02-17]
95. Zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod (on-line) URL < http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html> [cit. 2009-02-17]
96. Zákon č. 325/1999 Sb., o azylu, ve znění pozdějších předpisů (in-line) URL<http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?number1=325%2F1999&number2=&name=&text= > [cit. 2009-02-17]
97. Zákon č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky, ve znění pozdějších předpisů (on-line) URL<http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701/.cmd/ad/.c/313/.ce/10821/.p/8411/_s.155/701?PC_8411_number1=326/1999&PC_8411_l=326/1999&PC_8411_ps=10#10821> [cit. 2009-02-17]
98. Zákon č. 258/ 2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví (on-line) URL<http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701/.cmd/ad/.c/313/.ce/10821/.p/8411/_s.155/701?PC_8411_name=o%20ochran%C4%9B%20ve%C5%99ejn%C3%A9ho%20zdrav%C3%AD&PC_8411_l=258/2000&PC_8411_ps=10#10821> [cit. 2009-02-17]
99. Zákon č. 273/2001 Sb., o právech příslušníků národnostních menšin, ve znění pozdějších předpisů (on-line) URL<http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701/.cmd/ad/.c/313/.ce/10821/.p/8411/_s.155/701?PC_8411_number1=273/2001&PC_8411_l=273/2001&PC_8411_ps=10#10821> [cit. 2009-02-17]
100. Zákon č. 109/2002 Sb. o výkonu ústavní a ochranné výchovy, ve znění pozdějších předpisů (on-line)

IRL<http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?number1=109%2F2002+&number2=&name=&text= > [cit. 2009-02-17]

101. Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění zákona 189/2008 Sb. (on-line) URL <http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/245-zakon-c-962004-sb.html> [cit. 2009-02-17]

102. Zdravotní péče o cizince. In *Cizinci v ČR 2008*. ČSÚ, 2009. (on-line) URL<http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/t/1C00348861/$File/141408k6cj.pdf> [cit. 2009-03-02]

103. *Život cizinců v ČR 2007*. 1. vyd. Praha: ČSÚ, listopad 2007. 68 s. ISBN 978-80-250-1548-3.

9. Klíčová slova

Děti

Multikultura

Vietnamská minorita

Potřeby

Ošetřovatelství

Péče

Holismus

10. Seznam zkratek

ČR – Česká republika

ČSÚ – Český statistický úřad

EU – Evropská unie

OSN – Organizace spojených lékařů

PLPDD – praktický lékař pro děti a dorost

USA – Spojené státy americké

VZP – Všeobecná zdravotní pojišťovna

11. Přílohy

Anketa pro sestry	Příloha 1
Polostandardizovaný rozhovor pro sestry	Příloha 2
Polostandardizovaný rozhovor pro respondenty z řad vietnamského etnika	Příloha 3
Dotazník pro sestry	Příloha 4
Dotazník pro respondenty z řad vietnamského etnika	Příloha 5
Dotazník pro respondenty z řad vietnamského etnika (ve vietnamštině)	Příloha 6

Příloha 1

Anketa pro setry

1. Pracovní zařazení
    a. Dětská sestra
    b. Všeobecná sestra

2. Doba praxe
    a. 0 – 15 let praxe
    b. 16 – 30 let praxe
    c. 31 a více let praxe

3. Vzdělání
    a. SZŠ
    b. VOŠ
    c. VŠ

4. *Znáte teorii Leiningerové a její „Model vycházejícího slunce?“*
    a. Ano
    b. Ne

5. K anketní otázce byly přiřazeny ještě podotázky:
    a. Pro odpovídající na anketní otázku ANO - *Pracovaly jste někdy s tímto modelem?*
        i. *Ano*
        ii. *Ne*
    b. *Pokud Ano, jak se Vám osvědčil?*
    c. Pro odpovídající na anketní otázku NE - *Říká Vám něco pojem transkulturní (popřípadě multikulturní) ošetřovatelství?*

i. *Ano*
ii. *Ne*

d. *Pokud Ano, prosím vlastními slovy pojem popište.*

Příloha 2

Polostandardizovaný rozhovor pro sestry

1. Setkáváte se při své práci s dětmi z minorit?
    a. Pokud ano, za jakých minorit?
    b. Na další otázky bude odpovídat pouze sestra, která zkušenost s dětmi z vietnamského etnika
2. Jak často se s dětmi z vietnamského etnika při své práci setkáváte?
3. Zahrnujete kulturu dětí do ošetřovatelské anamnézy?
4. Zahrnujete kulturu dětí do plánování ošetřovatelských intervencí?
5. Při péči o děti z vietnamského etnika, vidíte nějaké rozdíly od péče o děti z majority?
6. Měla jste někdy problém při uspokojování potřeb dětí z vietnamského etnika?
    a. Pokud ano, jaký?
7. Jaké problémy objevily při péči o děti z vietnamského etnika?

a. Především z hlediska kultury dětí a jejich rodičů

b. Jaké problémy sestry řeší nejčastěji

Příloha 3

Polostandardizovaný rozhovor pro respondenty z řad vietnamského etnika

1. Jaké zkušenost máte se zdravotní péčí v ČR?
    a. Prevence
    b. Očkování
    c. PLPDD
    d. Hospitalizace
    e. Pojištění
2. V čem vidíte odlišnosti Vašeho etnika od většinové populace v ČR?
3. V čem vidíte problémy při péči o Vaše děti v ČR?
    a. Jednotlivé
4. Bylo Vaše dítě hospitalizované v ČR?
    a. Pokud ano:

i. Zkušenost

ii. Problémy

iii. Dotazy na kulturu

iv. Respektování kultury

v. (Uspokojování potřeb)

vi. (kulturně specifické uspokojování potřeb)

5. Komunikace

Příloha 4

D O T A Z N Í K

Vážený respondente,

jmenuji se Dita Nováková a jsem studentkou doktorského studijního programu na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, kde působím na Katedře ošetřovatelství. Dotazník, který dostáváte do rukou je součástí mé disertační práce, která se zabývá uspokojováním potřeb dětí z minoritních skupin v české společnosti v souvislosti s hospitalizací v porovnání s většinovou (majoritní) společností. Data, která získám, z těchto dotazníků jsou anonymní a budou sloužit jako podklad pro vypracování moderních strategií multikulturní péče o děti z minoritních skupin.

U každé otázky, prosím, označte Vámi vybranou odpověď.

Za vyplnění dotazníku předem děkuji.

Mgr. Dita Nováková, DiS

Katedra ošetřovatelství
ZSF JU České Budějovice
mgr.dita.novakova@seznam.cz
tel. 736 361 393, 389 037 492

1. S dětskými pacienty pracujete:
   ☐ méně než 1 rok ☐ 2 – 5let ☐ 6 – 10 let
   ☐ 11 – 15 let ☐ více jak 15 let
2. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání je:
   ☐ středoškolské ☐ vyšší odborné ☐ vysokoškolské – Bc.
   ☐ vysokoškolské – Mgr. ☐ jiné
3. Setkala jste se při studiu s předmětem věnujícím se minoritám (multikulturní/transkulturní ošetřovatelství)?
   ☐ Ano ☐ Ne
4. Využíváte při sběru dat v rámci ošetřovatelské anamnézy model Leiningerové?
   ☐ Ano ☐ Ano, ale pouze někdy ☐ Ne
5. Při komunikaci se s Vámi vietnamské děti dorozumívaly česky?
   ☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne
6. Při komunikaci se s Vámi rodiče/doprovod dětí dorozumíval česky?
   ☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne
7. Máte možnost při práci s klienty/pacienty z vietnamského etnika využívat služeb tlumočníka?
   ☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

8. Nabízíte klientům z vietnamského etnika možnost tlumočníka?

☐ Ano ☐ Ne

9. Měla jste problémy s komunikací při péči o děti z vietnamského etnika?

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

10. Ověřujete si, že dítě a jeho doprovod rozumí pokynům, které jim dáváte ohledně ošetřovatelské péče?

☐ ano vždy ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

11. Zapojujete vietnamské rodiče do péče o jejich dítě?

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

12. Využívají tuto možnost?

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

13. Zapojuje se vietnamské dítě do péče o sebe sama?

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

14. Respektujete postoje dítěte vyplývající z jeho minority?

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

15. Respektujete přesvědčení dítěte vyplývající z jeho minority?

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

16. Respektujete názory dítěte vyplývající z jeho minority?

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

17. Respektujete návyky dítěte vyplývající z jeho minority?

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

18. Zjišťujete informace o

18.1. etniku

☐ ano vždy ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

18.2. kultuře

☐ ano vždy ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

18.3. víře

☐ ano vždy ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

18.4. zvycích

☐ ano vždy ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

18.5. prožívání smutku

☐ ano vždy ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

18.6. chápání zdraví a nemoci

☐ ano vždy ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

18.7. zdravotním stavu

☐ ano vždy ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

19. Umožňujete dítěti uplatňovat chování dle jeho etnika?

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

20. Respektujete při péči o dítě (dle možností) odlišnosti vyplývající z jeho víry?

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

21. Respektujete při péči o dítě (dle možností) odlišnosti vyplývající z jeho kultury?

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

22. Respektujete při péči o dítě (dle možností) odlišnosti vyplývající z jeho náboženství?

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

23. Respektujete při péči o dítě (dle možností) odlišnosti vyplývající z tradic jeho minority?

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

24. Jak byste popsala reakci vietnamského dítěte na hospitalizaci? Dítě hospitalizaci vnímá:

☐ positivně ☐ spíše positivně ☐ nevím ☐ spíše negativně ☐ negativně

25. Měla jste pocit, že dítě z vietnamské minority reaguje na hospitalizaci jinak než dítě z majoritní skupiny?

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

26. Pozorovala jste na dítěti z vietnamského etnika

26.1. stres ☐ Ano ☐ Ano, ale pouze někdy ☐ Ne

26.2. strach ☐ Ano ☐ Ano, ale pouze někdy ☐ Ne

26.3. depresi, ☐ Ano ☐ Ano, ale pouze někdy ☐ Ne

26.4. úzkost ☐ Ano ☐ Ano, ale pouze někdy ☐ Ne

26.5. frustraci ☐ Ano ☐ Ano, ale pouze někdy ☐ Ne

26.6. zlost ☐ Ano ☐ Ano, ale pouze někdy ☐ Ne

27. Myslíte si, že reakce vietnamských dětí jsou odlišné než reakce dětí z majority?

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

28. Měla jste problém při uspokojování potřeb vietnamského dítěte v oblasti

28.1. výživy

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

28.2. vylučování

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

28.3. aktivity

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

28.4. péče o sebe sama

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

28.5. spánku

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

28.6. poznávání

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

28.7. sebepojetí, sebeúcty

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

28.8. mezilidských vztahů

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

28.9. sexuality (lásky)

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

28.10. stresu

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

28.11. víry

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

28.12. informací

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

28.13. komunikace

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

28.14. bolesti

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

Příloha 5

D O T A Z N Í K

Vážený respondente,

jmenuji se Dita Nováková a jsem studentkou doktorského studijního programu na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, kde působím na Katedře ošetřovatelství. Dotazník, který dostáváte do rukou je součástí mé disertační práce, která se zabývá uspokojováním potřeb dětí z minoritních skupin v české společnosti v souvislosti s hospitalizací v porovnání s většinovou (majoritní) společností. Data, která získám z těchto dotazníků jsou anonymní a budou sloužit jako podklad pro vypracování moderních strategií multikulturní péče o děti z minoritních skupin.

U každé otázky, prosím, označte Vámi vybranou odpověď.

Za vyplnění dotazníku předem děkuji.

Mgr. Dita Nováková, DiS.
Katedra ošetřovatelství
ZSF JU České Budějovice
mgr.dita.novakova@seznam.cz
tel. 736 361 393, 385 102 921

1. Dítěti, kterého se týká tento dotazník je ……. let.
2. Pohlaví dítěte je:
   ☐ dívka ☐ chlapec
3. Vaše dítě mluví česky:
   ☐ výborně ☐ velmi dobře ☐ dobře ☐ málo ☐ vůbec
4. Vaše dítě se narodilo:
   ☐ v České republice
   ☐ ve Vietnamu
   ☐ jinde
5. Má Vaše dítě svého dětského lékaře?

☐ Ano ☐ Ne

6. Jste informování o službách, které tito lékaři poskytují?

☐ Ano ☐ Ano, ale nedostatečně ☐ Ne

7. Informuje Vás Váš lékař o péči nutné pro zdraví Vašeho dítěte?

☐ Ano ☐ Ano, ale nedostatečně ☐ Ne

8. Rozumíte informacím, které Vám lékař podává?

☐ Ano ☐ Ano, ale nedostatečně ☐ Ne

9. Rozumíte informacím, které Vám podává sestra v ordinaci dětského lékaře?

☐ Ano ☐ Ano, ale nedostatečně ☐ Ne

10. Zve Vaše dítě dětský lékař na preventivní prohlídky?

☐ Ano ☐ Ne

11. Jste informování o těchto preventivních prohlídkách?

☐ Ano ☐ Ano, ale nedostatečně ☐ Ne

12. Chodíte pravidelně na preventivní prohlídky?

☐ Ano ☐ Ne

13. Informuje Vás Váš dětský lékař/sestra o preventivním očkování Vašeho dítěte?

☐ Ano ☐ Ano, ale nedostatečně ☐ Ne

14. Prochází Vaše dítě pravidelným očkováním?

☐ Ano ☐ Ne

15. Při péči o Vaše nemocné dítě se spoléháte výhradně na doporučení lékařů?

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

16. Při péči o Vaše nemocné dítě nevěříte všem lékařským praktikám?

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

17. Při péči o Vše nemocné dítě využíváte znalosti Vaší tradiční medicíny?

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

18. Vaše dítě bylo hospitalizováno:

☐ jednou ☐ dvakrát ☐ třikrát ☐ opakovaně

19. Při komunikaci s lékaři se dorozumíváte česky?

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

20. Při komunikaci se sestrami se dorozumíváte česky?

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

21. Při komunikaci s lékaři potřebujete tlumočníka?

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

22. Při komunikaci se sestrami potřebujete tlumočníka?

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

23. Potřebuje Vaše dítě při komunikaci s ošetřovatelským personálem tlumočníka?

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

24. Byla vám nabídnuta možnost tlumočníka při komunikaci s ošetřovatelským personálem?

☐ ano ☐ nevím ☐ ne

25. Rozuměli jste/Vaše dítě pokynům, které Vám ohledně péče dávali lékaři?

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

26. Rozuměli jste/Vaše dítě pokynům, které Vám ohledně péče dávaly sestry?

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

27. Ověřovali si lékaři, zda Vaše dítě rozumí pokynům, které jim byly dávány v souvislosti s léčbou?

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

28. Ověřovaly si sestry, zda Vaše dítě rozumí pokynům, které jim byly dávány v souvislosti s léčbou?

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

29. Byla vám umožněna hospitalizace spolu s Vaším dítětem?

☐ Ano ☐ Ne

30. Využili jste této možnosti?

☐ Ano ☐ Ne

31. Bylo Vám umožněno zapojit se do péče o Vaše dítě?

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

32. Zapojili jste se do péče o Vaše dítě v průběhu hospitalizace?

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

33. Zapojil ošetřovatelský personál Vaše dítě do péče o sebe sama?

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

34. Zapojilo se Vaše dítě do péče o sebe sama?

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

35. Respektoval ošetřovatelský personál (při hospitalizaci Vašeho dítěte) Vaše postoje, přesvědčení, názory, návyky a zvyky vyplývající z Vaší kultury?

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

36. Zjišťoval ošetřovatelský personál informace o

☐ etniku Vašeho dítěte ☐ víře Vašeho dítěte

☐ kultuře Vašeho dítěte ☐ zvycích Vašeho dítěte

37. Zajímal se ošetřující personál o názory Vaše a Vašeho dítěte na:

☐ zdraví ☐ nemoc

☐ zdravotní péči ☐ smutek

38. Měli jste možnost při hospitalizaci Vašeho dítěte použít kulturní symboly?

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

39. Měli jste možnost při hospitalizaci Vašeho dítěte použít kulturní praktiky?

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

40. Podporovaly sestry návyky Vaše a Vašich dětí?

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

41. Položil vám/Vašemu dítěti ošetřující personál otázky týkající se víry Vašeho dítěte?

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

42. Byly při ošetřování Vašeho dítěte respektovány odlišnosti vyplývající z.

☐ víry ☐ náboženství

☐ kultury ☐ tradice

43. Měly jste pocit, že ošetřovatelský personál má předsudky vůči Vaší minoritě?

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

44. Měli jste někdy pocit, že Vašemu dítěti není věnována dostatečná péče na základě jeho etnické příslušnosti?

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

45. Má vaše dítě nějaké problémy v oblasti výživy?

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

46. Zajímal se ošetřovatelský personál o stravovací návyky Vašeho dítěte?

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

47. Měli jste možnost , při hospitalizaci, uplatnit zvyklosti, Vašeho dítěte, v oblasti výživy vyplývající z Vaší kultury?

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

48. Respektoval ošetřující personál Vaše připomínky ohledně stravy Vašeho dítěte?

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

49. Má vaše dítě nějaké problémy v oblasti spánku?

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

50. Zajímal se ošetřovatelský personál o spací návyky Vašeho dítěte?

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

51. Měli jste možnost , při hospitalizaci, uplatnit zvyklosti, Vašeho dítěte, v oblasti spánku vyplývající z Vaší kultury?

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

52. Respektoval ošetřující personál Vaše připomínky ohledně spánku Vašeho dítěte?

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

53. Má vaše dítě nějaké problémy v oblasti vyprazdňování?

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

54. Zajímal se ošetřovatelský personál o vyprazdňovací návyky Vašeho dítěte?

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

55. Měli jste možnost, při hospitalizaci, uplatnit zvyklosti, Vašeho dítěte, v oblasti vyprazdňování vyplývající z Vaší kultury?

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

56. Respektoval ošetřující personál Vaše připomínky ohledně vyprazdňování Vašeho dítěte?

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

57. Má vaše dítě nějaké problémy v oblasti péče o sebe sama?

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

58. Zajímal se ošetřovatelský personál návyky Vašeho dítěte z oblasti péče o sebe sama?

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

59. Měli jste možnost , při hospitalizaci, uplatnit zvyklosti, Vašeho dítěte, v oblasti péče o sebe sama vyplývající z Vaší kultury, Vašich zvyklostí?

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

60. Respektoval ošetřující personál Vaše připomínky ohledně péče o sebe sama Vašeho dítěte?

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

61. Jak Vaše dítě reagovalo na hospitalizaci?

☐ positivně ☐ spíše positivně ☐ nevím ☐ spíše negativně ☐ negativně

62. Vyvolala hospitalizace ve Vašem dítěti některé negativní emoce jako:

☐ stres ☐ úzkost

☐ strach ☐ frustraci

☐ depresi ☐ zlost

63. Byli jste spokojeni s péčí poskytovanou Vašemu dítěti v oblasti:

A. Výživy, stravování

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

B. Vylučování

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

C. Aktivity, péče o sebe sama

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

D. Spánku

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

E. Poznávání, smyslů

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

F. Sebepojetí, sebeúcty

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

G. Mezilidských vztahů

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

H. Sexuality

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

I. Stresu

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

J. Viry, životních hodnot

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

K. Poskytování informací

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

L. Komunikace

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

M. Léčebných zákroků

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

N. Bolesti

☐ ano ☐ spíše ano ☐ nevím ☐ spíše ne ☐ ne

64. Jak dlouho žijete v ČR?

☐ 0 – 5 let ☐ 6 – 10let ☐ 11 – 15 let ☐ 16 – 20 let ☐ 21 – 25 let ☐ 25 – 30 let ☐ 31 – 35 let ☐ 36 let a více

65. Bydlíte v kraji?

☐ Praha
☐ Středočeském
☐ Jihočeském
☐ Plzeňském
☐ Libereckém
☐ Ústeckém
☐ Karlovarském
☐ Královéhradeckém
☐ Pardubickém
☐ Vysočina
☐ Jihomoravském
☐ Olomouckém
☐ Moravskoslezském
☐ Zlínském

66. Kolik máte dětí?

☐ 1 dítě ☐ 2 děti ☐ 3 děti ☐ 4 děti a více

Příloha 6

Dotazník pro respondenty z řad vietnamského etnika (ve vietnamštině)