

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Specifika ošetrovatelské dokumentace při poskytování ošetrovatelské
péče pacientům cizincům**

Diplomová práce

Vedoucí práce:
Mgr. Dita Nováková, Ph.D

Autor:
Bc. Pavla Kubišová

2011

Abstract

This diploma work's title is "Special Characteristics of Nursing Care Documentation at Providing Foreign Patients with Nursing Care". Nursing care documentation is very important, which statement represents general consent of all medical officers of health however the aforementioned nursing care documentation is rather complicated and disunited and uncoordinated. The greatest problem that appears here consists in needs being different taking into consideration culture, country, which the person (patient) comes from and the patient's religion that the patient practices. Therefore it is important to bring order and consolidate all relevant pieces of information and think over nationwide use of this important data containing foreign patient characteristics. At present paying attention to this problem is worth not only noticing but also solving it because due to increasing migration to and within the Czech Republic territory it is expected that there will be a lot of different cultures as well as nationalities and medical personnel is expected high level of nursing care taking account of their needs.

In the beginning there were set the following two goals: To ascertain whether the existing nursing documentation contains specific pieces of information necessary for providing nursing care for foreign patients and to determine whether it is necessary to make specific pieces information regarding foreign patients an integral part of nursing documentation. Three research questions were established at the same time then. The first research question focused on the fact whether the documentation having been used in hospitals was adapted to satisfy biological, psychical, social and spiritual needs of foreign patients. Thanks to the research question number two we made effort to ascertain and identify whether the documentation applied and being used in hospitals covers also the specific documentation oriented to foreign patients. The third and last research question solved the problem whether it is necessary that specific pieces of information dealing with foreign patients should be an integral part of nursing documentation.

Inquiry check and examination were carried out by applying method of qualitative examination by means of non-standard interview and during the second part

of interview data analysis was used. The research samples were represented by nurses working at hospital wards in the hospitals within South Bohemia Region, West Bohemia Region, Central Bohemia Region and North Moravia Region. Applying interview forms processed the pieces of information provided by nurses.

The inquiry checks and examinations showed that the nursing documentation used in the hospital wards does not contain in sufficient scope the pieces of information oriented to the foreign patients and foreign clients which results in foreign patients and clients not satisfying biological, psychical, social and spiritual needs. It follows from this that nurses working at hospital wards do not have available and at their disposal the documentation related to the foreign clients and patients and dealing with the foreign clients' needs – the existing nursing documentation is only one and it is applied and used for all hospital clients i.e. it is uniform.

It is possible to make the conclusion that the first goal having been established has been met and the same hold good for the second one.

In the connection and context with pieces of knowledge having been ascertained we should like to recommend that nurses working at hospital wards should have the possibility of getting familiar with multicultural nursing and it would be advisable and appropriate to provide nursing documentation oriented to foreign clients coming from foreign countries. It appears important from the point of view to satisfy the needs of these clients, which will bring nursing care new higher quality.

Prohlášení

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

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vynačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou universitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

Datum.....

.....

Podpis studenta

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat paní Mgr. Ditě Novákové Ph.D za odbornou pomoc a trpělivost, kterou mi věnovala při vypracování diplomové práce. Zároveň chci také poděkovat všem sestrám, které mi byly nápomocny při provádění šetření.

Obsah

1	Současný stav.....	9
1.1	Ošetřovatelská dokumentace	9
1.1.1	Vedení ošetřovatelské dokumentace.....	10
1.1.2	Anamnéza	11
1.1.3	Metody shromažďování údajů	13
1.2	Ošetřovatelský model Gigerové a Davidhizarové	15
1.2.1	Zaměření modelu	15
1.3	Multikulturní ošetřovatelství.....	16
1.3.1	Kulturní šok	17
1.3.2	Komunikace s klientem cizincem.....	18
1.3.3	Spirituální péče o klienty cizince.....	20
1.4	Vietnam.....	20
1.4.1	Komunikace s Vietnamcem	21
1.4.2	Rodinný život Vietnamce	22
1.4.3	Strava Vietnamce	23
1.4.4	Tělesný vzhled Vietnamce.....	24
1.4.5	Péče o zdraví Vietnamce.....	25
1.5	Čína.....	26
1.5.1	Komunikace s Číňanem	27
1.5.2	Rodinný život Číňana	28
1.5.3	Strava Číňana	28
1.5.4	Tělesný vzhled Číňana.....	29
1.5.5	Péče o zdraví Číňana.....	29
1.6	Cizinci vyznávající Islám.....	30
1.6.1	Komunikace s věřícím v Islámu	31
1.6.2	Rodinný život Islámce	32
1.6.3	Strava Islámce	33
1.6.4	Tělesný vzhled Islámce.....	34
1.6.5	Péče o zdraví Islámce	34

1.7	Cizinci pocházející z Ukrajiny	35
1.7.1	Komunikace s Ukrajincem.....	36
1.7.2	Rodinný život Ukrajince	36
1.7.3	Strava Ukrajince	36
1.7.4	Tělesný vzhled Ukrajince	37
1.7.5	Péče o zdraví Ukrajince	37
2	Cíle práce a výzkumné otázky	39
2.1	Cíl práce	39
2.2	Výzkumné otázky	39
3	Metodika	40
3.1	Metodika	40
3.2	Charakteristika souboru	40
4	Výsledky	42
4.1	Rozhovory.....	42
5	Diskuse.....	74
5.1	Multikulturní ošetřovatelství.....	74
5.2	Odběr ošetřovatelské anamnézy	79
5.3	Zhodnocení návrhu ošetřovatelské dokumentace	82
6	Závěr	86
7	Seznam použitých zdrojů.....	91
8	Klíčová slova	97
9	Přílohy.....	98
	Příloha 1: Seznam otázek pro rozhovor se sestrami	99
	Příloha 2: Návrh ošetřovatelské dokumentace delší verze	100
	Příloha 3: Návrh ošetřovatelské dokumentace kratší verze	105
	Příloha 4: Cizinci vyznávající Židovství	107
	Příloha 5: Cizinci vyznávající Buddhismus.....	111
	Příloha 6: Model Gigerové a Davidhizarové	113

Úvod

Téma diplomové práce s názvem „Specifika ošetrovatelské dokumentace při poskytování ošetrovatelské péče pacientům cizincům“ jsem si mezi všemi vypsanými tématy vybrala, protože mě na první pohled oslovilo. V minulosti jsem se problematikou ošetrovatelské dokumentace zabývala a velice mě tato práce bavila. Dalším důvodem bylo, že o ní již nějaké informace mám a tento problém pro mě není neznámý.

Ošetrovatelská dokumentace je v současné době ve všech nemocnicích a na všech odděleních velkým problémem i přesto, že je nepostradatelnou a velice důležitou složkou při poskytování ošetrovatelské péče. Sestry jí používají jako zdroj informací, k zhodnocení stavu klienta a k určení problému, který u něj nastal. Protože klientovi potřeby neuspokojuje pouze jeden a ten samý zdravotník, ale celý multidisciplinární tým, je dokumentace nepostradatelná pro komunikaci a předávání informací mezi ošetrujícími personálem. Jedním z problémů ve dvacátém prvním století je také uvědomění si, že pro sestry je klient individuální nejen dle své povahy, ale i z pohledu země, ze které pochází a dle kultury, kterou vyznává. Aby byly potřeby klienta dostatečně uspokojeny, tento druh informací musíme od klienta zjišťovat, protože jsou pro sestry důležité, aby mohly zhodnotit klientův stav a poskytnout kvalitní ošetrovatelskou péči.

Cílem diplomové práce bylo zjistit, zda jsou v ošetrovatelské dokumentaci obsaženy informace, které jsou specifické pro poskytování péče klientům cizincům a zda je potřebné, aby tyto informace v ošetrovatelské dokumentaci byly uváděny. Důležitý pro mne nebyl jen obsah informací, které sestry od klientů cizinců zjišťují, ale i povědomí o kulturách, ze kterých klienti pocházejí. Nevýhodou je, že doposud ošetrovatelská dokumentace není pro všechny zdravotnická zařízení sjednocená, co se týče obsahu informací, ale i vzhledu.

1 Současný stav

Nepostradatelnou složkou ošetrovatelského procesu je ošetrovatelská dokumentace, ve které zaznamenáváme všechny současné a potencionální problémy klienta. V tomto případě je také nepostradatelnou složkou pro efektivní komunikaci mezi personálem. Její důkladné a správné vedení přináší nejen nám zdravotnickému personálu, ale i klientům tu nejkvalitnější ošetrovatelskou péči, což znamená uspokojení všech potřeb biologických, psychických, sociálních a spirituálních. Současným problémem ve dvacátém prvním století je poskytování ošetrovatelské péče klientů jiných národností. Uspokojování potřeb je závislé na kvalitě informací získané od klienta a jejich přesné zaznamenání do dokumentace, uspokojení potřeb je v tomto případě spojeno s jejich kulturou, vyznáním a tradicemi. Pokud chceme u takovýchto klientů poskytovat kvalitní péči, musíme klientovu kulturu a jeho chování respektovat. (25, 6, 52, 11, 45)

1.1 Ošetrovatelská dokumentace

Ošetrovatelská dokumentace je velice důležitou a nepostradatelnou složkou při poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Jedná se o soubor písemných údajů a obrazových materiálů týkajících se klientova zdravotního stavu, které jsou vedeny sestrou. Tyto informace zdravotnickému personálu umožňují uspokojení klientových potřeb ze strany biologické, psychické, sociální a spirituální. Ošetrovatelská dokumentace, nám také napomáhá ke komunikaci a předávání si kvalitních informací o klientových potřebách, jeho stavu a poskytované ošetrovatelské péči mezi zdravotním personálem. Každé zdravotnické zařízení v České republice má povinnost ze zákona vést ošetrovatelskou dokumentaci o průběhu hospitalizace klienta v nemocnici. Celkový obsah informací a podoba ošetrovatelské dokumentace již záleží na jednotlivých zdravotnických zařízeních. Důležité je, aby vyhovovala potřebám oddělení a zdravotnickému personálu, který s ní každodenně pracuje. Proto se v nemocnicích setkáváme s různým obsahem informací, které od klienta zjišťujeme. Obsah se liší dle pracovišť a představ vedoucích pracovníků na oddělení. Ošetrovatelská dokumentace se může na odděleních vyskytovat v podobě textové, elektronické, grafické nebo

audiovizuální. Záznamy by neměly být zbytečně složité a zdlouhavé, ale v jejich podobě by se měla odrážet jednoduchost a snadná orientace, aby zdravotnický personál měl dostatek času na ošetrovatelskou péči o klienta. Důvodů, proč v nemocničních zařízeních vedou zdravotnickou dokumentaci, je mnoho. Napomáhá zdravotnickému personálu ke kvalitnímu, efektivnímu a kontinuálnímu poskytování ošetrovatelské péče a následně i velice dobře a přehledně tuto péči zhodnotí. Navázat můžeme na to, že udává přehledné informace pro členy zdravotnického týmu a komunikace mezi nimi je efektivnější. Jedna ze složek, je zda personál postupuje lege artis, tedy podle standardů a pokud zdravotnický personál postupoval správně dle zákona, chrání před právním postihem. (14, 17, 7, 25, 52, 51)

1.1.1 Vedení ošetrovatelské dokumentace

Vedení ošetrovatelské dokumentace je dáno právním předpisem a věnuje se mu zákon číslo 20/1966 sbírky, vyhláška 385/2006 o zdravotnické dokumentaci. Zapisování údajů do dokumentace by mělo být přehledné, chronologicky uspořádané za sebou a záznam by měl být veden ve státním jazyce země, ve které se zdravotnické zařízení nachází. Velice důležitá je čitelnost údajů a samozřejmě také jejich pravdivost, aby nedošlo k pochybení a k následnému poškození klienta. Záznamy se musí pravidelně doplňovat a následně zaznamenání těchto informací musí být doplněno časem a datem provedení zápisu s čitelným podpisem sestry, která údaje zaznamenala. Pokud dojde ve zdravotnické dokumentaci k opravě jejího zápisu, původní text musí zůstat i po opravě čitelný a viditelný. Také bychom se měli vyvarovat pravopisným chybám, špatně používané terminologii, zkratkám, které nemusí každý pochopit a chybným záznamům. U opravy musí být uvedeno kým a kdy byl záznam opraven. (54, 52, 51, 17)

Každá zdravotnická dokumentace by měla obsahovat klientovy identifikační údaje. Jedná se o takové údaje, které jsou nezbytné pro identifikaci a vedení anamnézy klienta. Těmito informacemi jsou: křestní jméno a příjmení klienta, datum narození a rodné číslo, adresa a kód zdravotní pojišťovny. Důležitým údajem je také jméno, příjmení, adresa a telefonní číslo osob, kterým případně můžeme sdělit důležité informace o klientovi a pokud je osoba zákonným zástupcem klienta. Tento souhrn

informací musí být přítomen na každém samostatném dokumentu, který je veden o klientovi. Dále každý samostatný list musí také obsahovat hlavičku s informacemi o zdravotnickém zařízení, které jí zhotovilo. Další součástí jsou informace o onemocnění, o probíhající ošetrovatelské péči, vyšetřeních a dalších krocích, které souvisejí se zdravotním stavem klienta (54, 17, 14, 25, 52, 51).

1.1.2 Anamnéza

Anamnéza pochází z řeckého slova *anamnesis*, což znamená rozpoznání, je to důvěrný rozhovor mezi sestrou a klientem. Jedná se o první fázi ošetrovatelského procesu, který má za úkol získat od klienta potřebné údaje k zhodnocení jeho zdravotního stavu, aby sestra mohla poskytnout co nejkvalitnější ošetrovatelskou péči. Jde o sběr informací, které nám klient poskytne od svého narození až po současné problémy, se kterými do zdravotnického zařízení přišel. Je důležité, aby tyto informace byly co nejkvalitnější, protože se od nich odvíjí veškerá ošetrovatelská péče a uspokojování potřeb biologických, psychických, sociálních i spirituálních. Anamnéza je jednou z nejdůležitějších diagnostických metod, od které se následně odvíjí druhá fáze ošetrovatelského procesu, což je stanovení ošetrovatelských diagnóz. V této první fázi se sestra s klientem setkává poprvé, a proto je velice důležité si získat klientovu důvěru, protože je uvolněnější a informace bývají pravdivé, nikoliv zkreslené. Dochází k zjištění informací nejen identifikačních a fyzických, ale i problémů týkajících se psychických a sociálních obtíží. Sběr těchto informací by měl proběhnout co nejdříve, a to od přijetí klienta do dvaceti čtyř hodin. Ve zdravotnickém zařízení je anamnéza zaznamenávána v podobě formuláře, který by měl odpovídat požadavkům vedení ošetrovatelské dokumentace (42, 49, 41, 29, 52).

Anamnéza obsahuje pět částí, do kterých je rozdělena. Na začátku vždy začínáme s identifikačními údaji o klientovi, které se týkají jména, přímení, dne narození, bydliště a kontaktem na osobu blízkou pro případ podávání informací o klientovi. Druhým bodem, kterému se věnujeme, je rodinná anamnéza, kde zjišťujeme zdravotní stav rodičů a sourozenců. Zaměřujeme se na dědičné choroby a úmrtí v rodině. Dále sem patří osobní anamnéza, kde zjišťujeme všechna onemocnění, která

se u klienta vyskytla od jeho narození po současnost. Zaměřujeme se na dětská onemocnění, u žen na gynekologické problémy a porod, na prodělané operace, úrazy. V této části se také věnujeme fyziologickým funkcím klienta a neméně důležitou složkou jsou zvyky, které klient má, jako je například kouření, pití alkoholu a kávy. Další složkou je zjištění sociální a pracovní anamnézy. Tato část se týká klientova zázemí, které má mimo zdravotnické zařízení. Jedná se o to, zda má klient nějakou rodinu, zda má kde bydlet a jakým způsobem si obstarává finanční zabezpečení. Poslední částí je současná anamnéza, která se týká obtíží, které klienta donutily navštívit zdravotnické zařízení (49, 42, 41, 29, 52).

Sběr anamnézy můžeme rozdělit podle toho, kdo nám důležité informace o klientovi podává. Za prvé to je sám klient osobně. Tento zdroj informací je pro sestru velice cenný, protože klient nám může sdělit i subjektivní pocity, které jsou neméně důležité a potřebné k uspokojení potřeb. Takovýto zdroj se nazývá zdrojem primárním. Rodina, rodinní příslušníci, ale i spolupracovníci jsou dalším zdrojem informací a uvádíme je jako sekundární prameny. Při sběru dat mohou některé informace, které jsme získali od samotného klienta doplnit nebo upřesnit. V opačném případě, kdy klient není schopen se sestrou komunikovat, veškeré údaje sděluje právě někdo z jeho blízkých. Ty jsou velice důležitým pramenem u klientů v bezvědomí nebo duševně narušených. Dalším pramenem, odkud získat potřebné informace, je zdravotnická dokumentace. Jedná se o chorobopisy z předešlé hospitalizace a záznamy již podstoupených vyšetření. V tomto případě ovšem musíme brát v úvahu stáří těchto záznamů a zvážit, zda mohou být aktuální a vhodné pro posouzení klientova stavu. Zdravotnický personál je také jedním ze zdrojů, který poskytuje záznamy o klientovi. Při poskytování ošetrovatelské péče mohou doplňovat a zjišťovat důležité problémy, které klient má. A jako poslední jsou to jiné údaje či záznamy. Sem patří například laboratorní výsledky, informace od agentur domácí péče, nebo záznamy od sociální péče. (18, 42, 49, 41)

Aby anamnéza proběhla co nejklidněji a zjištěné údaje byly co nejkvalitnější, tak rozhovor musí probíhat za co nejlepších podmínek. Prostředí, ve kterém rozhovor probíhá, by mělo vypadat následovně. Anamnézu bychom měli odebrat v místnosti k tomu určené, dostatečně osvětlené a neměli by nás rušit zevní vlivy jako telefonáty

nebo dotazy od jiných lidí. Měl by být tedy zajištěn klid a soukromí. Nemocný musí vědět, že je on právě teď to nejdůležitější a sestra mu bude plně věnovat všechny svůj čas. V místnosti by v žádném případě neměli být přítomní cizí lidé, pouze pokud si to klient přeje, mohou být u rozhovoru přítomní rodinní příslušníci. Snažíme se navodit formální atmosféru tím, že klienta posadíme na židli, aby se cítil sestře rovný. Pokud klient leží v lůžku, tak se nedoporučuje, aby si sestra sedala do lůžka ke klientovi, ale zaujala místo na židli v jeho blízkosti, aby na ní dostatečně viděl. Vzdálenost, kterou by sestra měla mezi sebou a klientem dodržovat, by neměla být malá a překračovat intimní vzdálenost klienta, ale také se naopak nedoporučuje sedět v příliš velké vzdálenosti od klienta. Toto uspořádání osob v místnosti může způsobit nevhodnou atmosféru a velice tím poškodit průběh rozhovoru. Mezi sestrou a klientem se doporučuje vzdálenost okolo jednoho metru, pokud rozhovor bude trvat déle, vzdálenost se může pohybovat mezi jedním až dvěma metry. Pro klienta je to tak příjemnější (18, 49, 53, 41, 46).

1.1.3 Metody shromažďování údajů

Každý rozhovor při odběru anamnézy by měl začínat monologem klienta, aby nám sdělil co nejvíce informací o současném problému, který ho do nemocnice přivedl. Následně poté sestra klade cílené otázky, které potřebuje od klienta zjistit, aby mohla zhodnotit klientův stav a určit správné a vhodné ošetrovatelské diagnózy. Sestra by si průběh rozhovoru měla předem naplánovat a o klientovi předem zjistit potřebné informace. Při kladení otázek sestra mluví jasně a zřetelně a pokud klient otázce nerozumí, tak ji zopakuje, popřípadě vysvětlí znovu a lépe. Před začátkem rozhovoru by se setra měla představit a uvést důvod a účel rozhovoru, aby klient nebyl nervózní a uklidnil se. U rozhovoru nesmí chybět zpětná vazba, abychom věděli, zda klient sestru chápe, a ujistili se, že je vše v pořádku. Nepoužíváme cizí slova a názvy, kterým klient nerozumí a pokud ano, tak by je sestra měla následně klientovi vysvětlit. Rozhovor vedený s klientem můžeme rozdělit na direktivní a nedirektivní. Direktivním rozhovorem se myslí takový, kde sestra klade uzavřené otázky a klient na ně odpovídá. V tomto případě se klient nemusí vůbec dostat k vlastnímu monologu. Pro sestru je výhodou, že trvá kratší dobu, ale nedozvíme se o klientových problémech do hloubky.

V nedirektivním rozhovoru má klient mnohem více prostoru o svých problémech pohovořit. Sestra klade otázky, které končí otevřenou formou. Ovšem optimální a velice vhodné je tyto dva druhy rozhovoru při odběru informací kombinovat. Rozhovor vedeme s klientem nejen při počátečním odběru informací, ale i v průběhu celého ošetrovatelského procesu (18, 41, 46, 49).

Pozorováním klienta doplňujeme údaje, které jsme nezjistili rozhovorem. Sestra k této metodě potřebuje své smysly. Zaměřuje se na objektivní příznaky klienta a jejich projevy, soběstačnost způsob komunikace, chování, stav vědomí a reakce na terapii. Při pozorování klienta sestra nesmí brát v úvahu osobní postoje a jakýkoli vztah k nemocnému. Odběr informací musí být systematický a aby rozeznala odchylky, musí mít také odborné znalosti. Pozorování musí být skryté, nenápadné, aby o tom klient nevěděl. Všechny výsledky musí zaznamenat do dokumentace (18, 41, 46).

Obvykle posledním bodem ve sběru informací je sesterské fyzikální vyšetření. Sběr probíhá pomocí smyslů, které sestra má. Jedná se o pohled, poslech, čich a pohmat. Při každém fyzikálním vyšetření musíme klientovi zajistit dostatečnou intimitu, vyšetření provedeme v jiné místnosti, v soukromí. Pokud prohlídku nelze provést v samostatném pokoji, protože je klient ležící nebo v těžším stavu, okolo lůžka zajistíme zástěnu, aby měl klient zajištěnou dostatečnou intimitu a byl oddělen od svého okolí. Vyšetření by sestra měla provádět systematicky. Nejprve si všímá vzezření klienta, jeho postavy, celkového vzhledu, duševního stavu, jaká je jeho výživa a chování. Dále sestra přistupuje k samotnému vyšetření, které se týká fyziologických funkcí klienta, zjišťuje puls, dech, krevní tlak, stav vědomí a vylučování. Způsob, jakým budeme u klienta postupovat, si sestra může vybrat dle toho, jak je sama zvyklá. Může si zvolit vyšetření, kterým se postupuje od hlavy až k patě klienta, nebo si může zvolit prohlídku klienta podle tělesných systémů. Tyto postupy se provádí proto, aby sestra nic neopomněla a byly zjištěny veškeré potřebné informace. Při samotné prohlídce by měla sestra popisovat a informovat klienta co provádí a předem vysvětlit, co bude následovat. Prvním z vyšetření které provádíme je pohled nebo-li inspekce. Je důležité, aby při tomto vyšetření sestra nespěchala, neboť může velice snadno dojít k přehlédnutí. S tím souvisí i zásada, že toto vyšetření provádíme za dostatečného osvětlení v místnosti

a klient by měl být svlečený. K pohmatu čili palpaci používá sestra své ruce. Je důležité, aby sestra měla ruce zahřáté a dotek byl klientovi příjemný. Druhou věcí nezbytnou pro toto vyšetření jsou ostříhané nehty, pokud by je měla sestra dlouhé, mohlo by velice snadno dojít k poranění klienta. Třetím vyšetřením, které sestra provádí, je poklep, nebo-li palpace. Poklep sestra provádí na střední článek prostředníčku ruky. Úder musí být proveden dvojmo krátkými poklepy a vést kolmo na prst, který je položen na kůži klienta. Poslech čili auskultace je čtvrtým vyšetřením, které sestra využívá. Zde používá pomůcku nazývajícím se fonendoskop, který zesiluje poslechové vjemy. Jedná se tedy o poslech nepřímý. Posledním vyšetřením je vyšetření per rektum, klient zaujímá polohu na zádech nebo na levém boku s pokrčenými končetinami a vyšetření se provádí v okolí svěrače a ampuly, kdy hodnotíme stolici, která nám zůstala na rukavici (18, 29).

1.2 Ošetrovatelský model Gigerové a Davidhizarové

Model Joyce Newman Gigerové a Ruth Davidhizarové navazuje a vychází z modelu vycházejícího slunce Adelai Leiningerové a byl vytvořen v roce 1988. Model je zaměřen na poskytování ošetrovatelské péče klientům cizincům a k jejímu následnému zhodnocení. Je důležité, aby zde byl brán rozdíl kulturní jedinečnosti, klientovi hodnoty, a následně byla poskytnuta kulturně rozdílná péče, kterou klient vyžaduje. Jde o to, aby se sestra dokázala přizpůsobit dané kultuře. Multikulturní péči by měl bez výjimky poskytovat celý multidisciplinární tým, který se o klienta stará, a to bez ohledu na vzdělání a zkušenosti. Pro poskytování multikulturní péče je důležité, aby sestra o klientově kultuře, ze které pochází, věděla co nejvíce informací (45, 35).

1.2.1 Zaměření modelu

Model Gigerové a Davidhizarové je zaměřen na šest důležitých oblastí, kterým se věnuje. Jsou jimi komunikace, interpersonální prostor, sociální začlenění, čas, ovládání prostředí a biologické variace. V oblasti komunikace bývá jeden z největších problémů, z důvodů komunikační bariéry mezi zdravotníkem a klientem. Sestra se nejprve zajímá, jaký jazyk klient používá a zda je jeho rodný. Dále je důležitá výslovnost, pauzy mezi mluvením a podstatnou složkou je i neverbální komunikace.

Interpersonální prostor se týká také komunikace a podle Halla existují čtyři druhy prostoru při komunikaci a to intimní, osobní, sociální a veřejná. Každý klient se může v těchto prostorech chovat odlišně než je zvyklá a může to mít následek diskomfortu klienta či odmítnutí jeho léčby. Zajímáme se tedy o chování v daném prostoru, tělesné pohyby, vnímání prostoru a udržování blízkosti vůči druhým lidem. Další složkou je sociální začlenění, které ukazuje na chování v rodině, její strukturu a organizovanost, náboženství a víru, toto se týká i celé kulturní skupiny. Složka času hovoří o tom, zda je pro klienta důležitá budoucnost, přítomnost či minulost a jak klient využívá svůj čas. Ovládání prostředí se týká vyznávání sil, kterým klient věří. Mohou to být síly přírody nebo klient věří v osoby jako bůh. Poslední složka jsou biologické variace. Zabývají se geny, které jsou typické pro jednotlivé rasy. Jedná se o stavbu těla, vnímavost k některým nemocem a specifickou výživou (45, 16).

1.3 Multikulturní ošetřovatelství

Multikulturní péče je zaměřena na poskytování ošetřovatelské péče klientům, kteří pocházejí z jiných zemí. Tito lidé, stejně jako každý z nás, mají právo na poskytnutí kvalitní ošetřovatelské péče. Aby tomu tak opravdu bylo, musíme každého člověka považovat za jedinečného. Ten může mít odlišný životní styl, jeho chování a rozhodování se může řídit dle náboženského vyznání, kultury, zvyků a tradic. Tento druh péče je u nás velice krátkou dobu, avšak vlivem migrace, kdy na území České republiky přichází stále více cizinců se dá říci, že péče o cizince se stává jedním z důležitých bodů, kterým se dvacáté první století ošetřovatelství bude zabývat. U vzniku transkulturního ošetřovatelství byla Madeleine Leiningerová, která se začala v padesátých letech dvacátého století zajímat o ošetřovatelskou péči, o jedince s jinou kulturou, migranty a klienty s etnickými rozdíly. Přišla s teorií, že kultura jedince má vliv na ošetřovatelskou péči. V deklaraci lidských práv je uvedeno: „Každý má právo, aby byly respektovány jeho morální a kulturní hodnoty, náboženské a filosofické přesvědčení.“ Dále je uvedeno, že: „Informace se musí pacientovi podávat způsobem vhodným pro jeho možnost pochopit ji, je nutné omezit na minimum technickou terminologii. Když pacient neovládá jazyk, v němž se s ním komunikuje, je třeba zajistit

vhodnou interpretaci.“ „Pacienti mají právo, aby se s nimi zacházelo důstojně ve vztahu k jejich diagnóze, léčbě a ošetření a to při respektování jejich kultury a žebříčku hodnot“ (11, str. 46), (11, 45, 33, 4, 21).

Od sestry, která poskytuje transkulturní ošetrovatelskou péči klientovi, se očekává, že nejprve zjistí nějaké informace týkající se klientovy kultury, tradic náboženství a stylu života. Jde o to, aby péče byla individuální, sestra měla dostatek informací a aplikovala ošetrovatelský proces zaměřený na kulturní rozdílnost klienta. Pomocí těchto vědomostí dojde k uspokojení potřeb klienta a jeho rychlejšímu uzdravení. Jde také o přístup ke klientovi při jeho životních událostech, například narození dítěte nebo úmrtí v rodině, v rozdílném přístupu k muži a ženě. Sestra by se měla snažit upravit prostředí, ve kterém by se klient cítil dobře a umožnit mu kdykoliv přístup rodiny, protože pro klienta je v tuto chvíli nejdůležitější skupinou lidí, kteří mají stejné hodnoty jako on a tím podpoří jeho obnovení zdraví. V ošetrovatelském procesu se sestra nejvíce zaměřuje na složky týkající se jazyka klienta a komunikaci s ním, náboženská specifika, rodinný život, stravování, na zázemí klienta a jeho názory na zdraví (11, 45, 48).

1.3.1 Kulturní šok

Kulturní šok je psychická reakce, kterou prožívá člověk přemístěný do kultury velmi odlišné od jeho vlastní kultury nebo do kultury, na kterou je zvyklý. Je to vlastně psychická reakce člověka na neobvyklé situace, ve kterých ztrácí efektivnost jeho předcházející způsoby chování (11, str.158). V dnešní době se velice často setkáváme s jedinci z jiných kultur a jejich počet stále narůstá. Může se stát, že se jedinec ocitá v jiném odlišném kulturním prostředí na delší dobu a pro něj to znamená zátěž, která je spojena s takzvaným kulturním šokem. Tento termín poprvé použil antropolog Kaler Oberga, dnes se častěji používá termín akulturační stres. U každého jedince se můžou objevit psychosomatické příznaky, jako jsou žaludeční obtíže, bolesti hlavy, zvýšená potřeba spánku, strach, zmatení, dezorientace, depresivní reakce. Takováto situace může člověka dovést až k sociální izolaci a ztrátě identity. Zcela odlišným způsobem bude kulturní šok prožívat jedinec s dlouhodobým pobytem a jinak někdo, kdo je

v neznámém prostředí pouze na krátkou dobu. Na průběh bude mít vliv doba a intenzita trvání, psychika člověka a do jaké míry se neznámá kultura liší od kultury jedince. Kulturní šok je popisován ve čtyřech fázích. První fází se říká líbánky, neboli první kontakt s kulturou. V této fázi člověk pocituje nadšení z nového prostředí a těší se na poznávání nové kultury. V druhé fázi, která se nazývá doslova kulturní šok neboli konflikt, jedinec již reaguje negativně a objevují se již zmíněné příznaky šoku. Postupné přizpůsobování je třetí fází, kdy se člověk snaží seznámit s novou kulturou a začíná se jí přizpůsobovat. Poslední čtvrtou fází je adaptace, kdy jedinec danou kulturu přijímá. Avšak u každého jedince tento vzorec nemusí probíhat stejně a v konečné fázi může dojít k několika případům. Jedním z nich je, že jedinec se snaží splynout s novou kulturou a tím potlačuje tu svoji, nebo naopak může cizí kulturu potlačovat a prosadit pouze tu svoji. Marginace je dalším řešením, kdy dojde k vyrovnání se ze situací, ale jedinec se neztotožní ani s jednou kulturou. Neoptimálnějším řešením je, že jedinec cizí kulturu bere na vědomí a snaží se o integraci, avšak kultura vlastní je pro něj velice důležitá (11, 45, 23).

1.3.2 Komunikace s klientem cizincem

Komunikace je jeden z důležitých bodů ve společenském procesu. Dochází při ní k přenosu informací, v tomto případě mezi sestrou a klientem, kdy sdělují své pocity, názory, postoje a myšlenky. Komunikaci můžeme rozdělit na komunikaci verbální a neverbální. Jakákoliv verbální či neverbální komunikace je pro jednotlivé jedince rozlišná, vyplývá z kultury a národa, ke kterému daná osoba patří. V komunikaci verbální používáme mluvené slovo, které je pro jednotlivé země a národy rozdílné. Pokud se do nemocničního zařízení dostává klient mluvící jazykem odlišným než je zvykem v daném státě a pokud sestra tento jazyk neovládá, je postavena před první z bariér poskytování ošetrovatelské péče, kterou je komunikace mezi klientem a cizincem. Na základě neznalosti jazyků se klient a sestra nejsou schopni domluvit a tudíž dochází k nedostatku informací, od kterých by se péče o klienta měla odvíjet. V tomto případě by sestra nejprve měla zjistit, kterým jazykem klient mluví a zda je jeho mateřský nebo slouží k formě dorozumění. Důvodem tohoto prvního kroku není

pouze to, aby byla poskytnuta osoba mluvící stejným jazykem, ale tato informace je důležitá pro budoucí péči o klienta, který se může dostat do kritické situace a následně komunikovat v jazyce, který při prvním setkání nepoužil, tedy mateřském, a dojít k omylům při poskytování ošetrovatelské péče. Následujícím krokem je zjištění, zda klient cizinec nehovoří jiným jazykem, který sestra ovládá. Důležité je zjistit, jak má sestra klienta oslovovat. Zásadou je vždy mluvit pomalu srozumitelně v krátkých větách, neměli bychom používat příliš zdlouhavá souvětí. Pokud sestra nebo klient něčemu nepochopili, je důležité se zeptat znovu a ujistit se, že tentokrát obě strany informaci pochopily. Pokud sestra jazyk neovládá, měla by se naučit alespoň pár důležitých pojmů, které bude v budoucnu při styku s klientem potřebovat. Klientovi by sestra měla poskytnout dostatečný čas na jeho odpovědi a při komunikaci může zvolit možnost použití komunikačních obrázků neboli karet, které jsou uzpůsobeny oddělení a potřebám klientů. U této metody ovšem klient musí se sestrou spolupracovat. Další možností, kterou sestra má, je použití tlumočnicka. Tlumočnick se používá v případech, kdy se jedná o jazyk neobvyklý a méně známý a pokud se nenajde žádná osoba ve zdravotnickém týmu, která by klientův jazyk zvládala. Nejvýhodnější je, pokud se najde tlumočnick mezi klientovou rodinou, v jiném případě musí být zavolán oficiální tlumočnick. Takovéto dorozumívání má však své nevýhody, protože klient může pociťovat stud a zábrany při komunikaci v oblasti jeho intimity a některých výkonech. Více citlivá je situace u některých kultur, kdy u vyšetření ženy nesmí být přítomen ani muž lékař natož muž tlumočnick. Pokud si ke komunikaci zvolíme použít tlumočnicka, musíme nejprve klienta nechat, aby se s ním seznámil a vysvětlil situaci, která nastala. Dále je potřeba, abychom získali jeho písemný souhlas, že s touto situací souhlasí. Při samotné komunikaci musí sestra trvat na přesném znění odpovědi a kladení otázek. Sestra pokládá otázky přímo klientovi, nikoli tlumočnickovi. V dorozumívání je velice nepostradatelnou složkou neverbální komunikace, která nám mnohdy prozradí, jak se klient cítí, protože je velice často spontánní a neuvědomělá. Avšak při neznalosti klientovy kultury může být pro sestru velice matoucí a klamná. Neverbální komunikace je na podkladě kulturních rozdílů a pokud je dotyčný nezná, můžou končit pro sestru katastrofou. Při rozhovoru s klientem by si sestra měla velice pozorně všimnout projevů

neverbální komunikace V této oblasti by se měla zejména zaměřit na dodržování vzdáleností mezi klientem, výraz tváře vždy neznamená to, co vyjadřuje, dále sem patří i oční kontakt a doteky (11, 23, 35, 45, 8, 10).

1.3.3 Spirituální péče o klienty cizince

Spirituální péče je významná pro multikulturní ošetřovatelství, protože duchovní stránka člověka, v tomto případě klienta, je velice ovlivněna kulturou, ze které pochází. Spiritualita ovlivňuje klientovo chování, jednání a postoje v určitých důležitých situacích jeho života a sestra v tomto případě nesmí zapomínat, že uspokojení této potřeby je pro některé životně důležitou stránkou jeho bytí. Musíme si uvědomit, že v současné době neexistuje pouze jedno náboženství, které má na věřící stejný vliv a požadavky, je jich zde mnoho a každé je specifické, a mnohdy se od něj odvíjí hodnoty a zvyky celých kultur. Pokud je klient nábožensky orientovaný a vyznává jakýkoliv druh náboženství, sestra musí brát v úvahu, že každý může vnímat jinak své tělo, duši, vztahy mezi lidmi, umírání, smrt, patří sem i postavení a uspořádání rodiny, ale i zdraví a nemoc. Každý klient vyznávající jiné náboženství se v těchto oblastech může projevat jinak a sestra by se na ně měla zaměřit a zvyklosti v dané kultuře si zjistit, než dojde ke vzniku nedorozumění mezi sestrou a klientem a samozřejmě se od nich odvíjí i upokojení jeho potřeb (2, 31).

1.4 Vietnam

Vietnam se nachází v jihovýchodní Asii a jeho hlavním městem je Hanoj. Jazyk, který se zde používá, je vietnamština s dialekty Bac, Nam a Hue, ale samozřejmě se zde dá také dohovořit jazyky jako je francouzština a čínština. Obyvatelé země se převážně živí pěstováním rýže a dalšími produkty jako je káva, kešu, pepř a ořechy. Vietnam je dosud považován pro špatnou legislativu a hospodaření za rozvojovou zemi a je zde stále mnoho obyvatel, kteří žijí na nízké sociální úrovni. Náboženství, které zde převládá, je buddhismus, který se v zemi objevil v 2. stol. n. l. a stal se ideologií a postupně i životní filozofií. V historii Vietnamu se u moci vystřídalo několik dynastií. Na počátku 1. stol. př. n. l. se na území Vietnamu objevil kmen Vietů pocházející

z Číny. Od této doby jsou zaznamenány první počátky pěstování rýže na území této země. Za své vlády vytvořily velice vyspělou kulturu. Kolem roku 111 př. n. l. až do roku 939 n. l. nastala v zemi čínská nadvláda a moci se ujala dynastie Tang. Po následných nepokojích se v 11. až 13. stol. n. l. ujala vlády dynastie Ly, za které se hlavním městem Vietnamu stala Hanoj. V 15. století se na Vietnamském území objevili evropští misionáři, kteří se zasloužili o dokončení a úpravu vietnamského písma. Díky své vhodné poloze byl vietnamský stát ovlivněn střetnutím několika kultur, které zde dosud můžeme vidět, jedná se převážně o hinduismus a indickou kulturu. V polovině 19. století se na území Vietnamu začali usazovat Francouzi a tvořili zde své kolonie. V roce 1945 byl Vietnam prohlášen za nezávislou Vietnamskou republiku v čele s prezidentem Ho Či Minem (43, 13, 11, 48).

V roce 1950 navázala Vietnamská demokratická republika s Československem diplomatické vztahy. Migrace vietnamských obyvatel začala v šedesátých letech, kdy sem obyvatelé této země přijížděli za prací, která se týkala převážně strojírenství a lehkého průmyslu. Druhým důvodem bylo studium vietnamských dětí na našem území. Druhá, větší vlna migrace byla v 90. letech minulého století, kdy sem Vietnamci přijížděli za prací a podnikáním. Postupem času na našem území začaly vznikat vietnamské organizace a spolky, nejznámějšími z nich jsou Svaz Vietnamců v České republice, Občanské sdružení vietnamsky hovořících občanů České republiky, dnes známý jako klub Bambus (44, 13, 11, 48).

1.4.1 Komunikace s Vietnamcem

Při komunikaci s vietnamským klientem se objevují rozdílnosti ve verbálním, ale i neverbálním projevu, který se od našich zvyklostí značně liší. Jejich projev vyjádření je velice tichý a plný gest. Velice často u vietnamských občanů můžeme vidět zářivý někdy i hlasitý úsměv, kterým nás obdařují. Avšak nenechme se mýlit, může být známkou, že nám nerozumí, svědčí o nervozitě a rozpacích. Úsměv může být projevem bolesti a jiných obtíží klienta, aby došlo ke zlehčení situace a nebyla tak vypjatá. Dalším nonverbálním projevem jsou dotyky. Při pozdravu někoho, koho si velice váží, dochází k podání pravé ruky a levou rukou ji následně stiskneme. Stisk by měl být

lehký nikoliv hrubý a měl by trvat chvíli. Velice nepříjemné je, když se jim při pozdravu někdo dívá přímo do očí, pokud se tak stane, považují to za nezdvořilost a povýšenost či domýšlivost nad druhým člověkem. Neslušností je vyjadřování přespříliš emocí navenek a neměli bychom před Vietnamcem v žádném případě smrkat do kapesníku, je to společensky neslušné. Co se týče tělesných doteků, ty jsou na veřejnosti nevhodné a pohlazení po vlasech či tváři mohou provádět pouze příslušníci rodiny. Je nepřipustitelné, aby se muž na veřejnosti dotýkal cizí ženy. Pokud si zkříží ruce před hrudník, je to známkou rozčilení a překřížená noha přes nohu je projevem nadřazenosti. Při verbální komunikaci se Vietnamci vyjadřují klidně a tiše. V současné době se problémy s komunikací vylepšují, protože je zde nová generace, která zde studuje a používá ve školách český jazyk. Při verbálním projevu pozdravu se zdraví nejprve muž a následně pak až žena. Toto pravidlo platí i pokud promlouvají k více lidem, nejprve začínají s oslovením vážení pánové a dámy. Nemělo by nás urazit, že následně po sdělení našeho jména se Vietnamec zeptá na naše stáří. Díky věku si vás zařadí do společenské hierarchie a podle toho probíhá komunikace, protože Vietnamci nerozeznávají vykání a tykání, ale řídí se podle právě zmíněné společenské hierarchie. V nemocničním zařízení, pokud má vietnamský klient potíže, ve většině případů čeká do poslední chvíle, až když je problém neúnosný a teprve pak dochází ke sdělení sestře. Na tento zvyk a problém si sestra musí dávat pozor a předcházet těmto situacím. Pokud má rodina zdravotní problém s jedním členem rodiny, nejprve by měla tuto situaci sestra sdělit mužské části rodiny a ten se rozhodne, kdo a jak problém sdělí nemocnému (11, 48, 16, 44, 26, 37, 13).

1.4.2 Rodinný život Vietnamce

Rodina vietnamských občanů má patriarchální uspořádání. Vztahy mezi rodinou jsou velice silné a to i se vzdálenějším příbuzenstvím, je to pro ně veliká citová vazba. Hlavní slovo a tedy hlavou rodiny je vždy nejstarší muž, může jím být otec rodiny, ale i nejstarší syn, který později přebírá zodpovědnost za rodinu a je na něm postarat se o své rodiče. Žena v rodině plní funkci rozdílnou, většinou po svazku manželském jde do partnerovy rodiny, kde nemá takové slovo, to přichází až po narození prvního

potomka, kdy v rodině má slovo hned za manželovým. Jejím úkolem je starat se o rodinu a domácnost. Mužovým úkolem je zaopatřit rodinu a vykonávat těžší práce. Od dětí se předpokládá, že budou uctíví ke svým rodičům a budou je poslouchat, veliký respekt mají před staršími osobami a povoláním učitele, protože velikou váhu přikládají vzdělání. Vietnamci se navenek ve společnosti projevují klidně, velice tiše a svoji kulturu nevnucují svému okolí. Ve společnosti je neslušné stěžovat si na své problémy a je neslušné někomu dát najevo, že se zmýlil, či má nějaké nedostatky, aby nebyl před ostatními dotyčný zostuzen. Převážnou část jejich času tráví v zaměstnání a zbylé volné chvíle věnují spíše svojí rodině. Mladí lidé jsou vychováni ke zdrženlivému chování na veřejnosti, proto nepotkáme na ulici vietnamský pár, který by se projevoval intimním způsobem a dával najevo otevřeně své city. U některých můžeme vidět na ruce nechané dlouhé nehty, většinou se to týká malíčku. Znázorňuje, že jeho majitel se nemusí fyzicky namáhat. Jednou z důležitých stránek jejich kultury je uctívání jejich předků, které vyznávají v každé domácnosti, kde mají oltář, u kterého jsou přítomné fotografie s vonnými tyčinkami a pokládají sem i jídlo v podobě ovoce. Neuznávají oslavu svátku, ale důležité je datum úmrtí jejich předků nebo rodinných příslušníků. Pokud budeme Vietnamce pozorovat, rozpoznáme ho podle jeho klidných a pomalých pohybů. V žádném případě nedělají nic zbrkle a neuváženě. Vietnamci při komunikaci udržují vzdálenost menší, je to dáno tím, že pocházejí ze země, která je přelidněná a lidé jsou tedy ve větší blízkosti (11, 48, 43, 26, 37, 16, 47).

1.4.3 Strava Vietnamce

Co se týče potravin, stravují se velice zdravě. Jídelníček je zde velice rozmanitý a je podobný čínskému. Jejich potrava je tvořena převážně rýží, která je většinou doplňkem jakékoliv stravy každý den. Nudle jsou dalším nejužívanějším jídlem, které na stole skoro nikdy nechybí, můžeme se s nimi setkat u snídani, oběda, ale i večeře. Dále je to čerstvá zelenina, převážně listová a nepostradatelným doplňkem jakéhokoliv jídla jsou čerstvé bylinky. Stravování se liší podle toho, ze které části Vietnamu pochází. Rozdíl je také znatelný, pokud jedinec pochází z města, kde je větší dostupnost potravin, nebo zda pochází z vesnice, zde jsou obyvatelé většinou odkázáni na

potraviny, které si sami vypěstují. Nejpoužívanější maso je rybí a drůbeží, ale zpracovává se i vepřové, zvěřina, králíci, mořské ryby a plody. Za maso nečisté považují psi, kočičí, myši a hadí, tudíž ho jedí pouze v druhé polovině lunárního měsíce. Potraviny, kterým se vyhýbají, jsou mléčné výrobky, protože po nich trpí žaludečními nevolnostmi. Velice často pijí teplé čaje bez citrónu a vodu pokojové teploty. Vyhýbají se studeným nápojům s ledem, jinak neodmítají žádné nápoje ani alkohol nebo pivo. Při onemocnění nejraději jedí rýžovou kaši, ovoce a zeleninu. Dávají přednost teplým pokrmům s menší dávkou soli. Při jídle se v domácnostech sejde u stolu celá rodina. Společné stravování je jedním z rituálů, kterým uctívají své předky. Jedí třikrát denně a oběd s večeří jsou považovány za hlavní jídla dne. S obědem začínají okolo jedenácté hodiny. Při jídle se řeší důležité věci rodiny, jako je například vzdělání dětí nebo obchod. Při jídle používají čínské hůlky a talíře dotyční nemají každý svůj, ale jsou dány doprostřed stolu, kde si každý bere jakékoliv jídlo dle vlastní chuti v různém pořadí. Pokud při jídle dojde k zamazání ubrusu, není to v žádném případě neslušné, ale je to známka, že je jídlo chutné. Při dojedení by v misce měly zbýt nějaké zbytky potravy, to svědčí o tom, že se dobře najedli a jsou sytí. Pokud se stane, že po najedení dojde k odříhnutí si někoho z dotyčných, v žádném případě to není nevhodné, protože tím ulevíme zažívání. Zásadou je, že jídlo se jí pomalu, aby u něho nedocházelo ke ztrátě energie, která se projevuje pocením, a tím i ztrátou tekutin, které jsou důležité. Proto posledním chodem je polévka, která dodá tělu zmíněné tekutiny a soli (43, 13, 26, 37, 48, 11, 47).

1.4.4 Tělesný vzhled Vietnamce

Tělesná konstituce vietnamského občana je drobného vzezření s nižším výškovým koeficientem. Odstín pokožky je mírně nažloutlé barvy. Na obličeji si na první pohled všimneme černých očí uložených mezi malým nosem s postavením, který je pro tento národ typický, jsou posazené mírně u sebe a protáhlé do strany. Vlasy na hlavě jsou rovněž černé a jejich vzhled je vždy rovný. A v neposlední řadě je pro Vietnamce typický jeho úsměv, který můžeme na jeho obličeji spatřit velice často. Co

se týče oblečení, Vietnamci chodí oblékáni podle poslední módy a to čistě a slušně (37, 48).

1.4.5 Péče o zdraví Vietnamce

U vietnamských klientů můžeme léčbu rozdělit do dvou rovin, převážná většina nejprve zkouší péči domácí a až závažný stav klienta přivede do nemocnice. Zdraví a nemoc chápou na základě rovnováhy sil Jin a Jan. Jin ovládá vnitřek těla a je pozitivní, kolabující stránkou síly. Má vliv na orgány jako jsou břicho žaludek, žluč, střeva a močový měchýř. Negativní stranou síly je Jang, charakterizuje se jako teplý, aktivní a produktivní. Ovládá srdce, játra, plíce, ledviny a celý povrch těla. Aby byl člověk zdravý, je důležité mít tyto dvě síly v rovnováze a při jakékoliv poruše jedné z nich dochází k onemocnění. Vietnam patří také mezi země, které využívají lidovou tradiční medicínu, jedná se o baňkování, vyštípování a vypalování. K lidové léčbě je velice často používán med, který slouží k léčbě vředové choroby, obstrukci, hypertenzi a suchému kašli. Pomocí akupunktury aplikují včelí jed, aby vyléčili revmatismus, bronchiální astma, bolest hlavy a hypertenzi (48, 11, 26).

Pokud je příslušník vietnamské rodiny nemocný a zůstává v domácí péči, roli ošetřovatelky v rodině přebírá žena a to bez ohledu na pohlaví. Při přijetí do zdravotnického zařízení je důležité, aby klientovi byl popsán postup procedur, které se s ním budou dělat a to velice jednoduše a přesně. Pokud nastane situace, že chceme vietnamskému klientovi sdělit závažnou zprávu týkající se jeho stavu, vždy sestra nejprve musí uvědomit příslušníka rodiny a podrobnosti o stavu nemocného sdělit nejprve jemu, protože v tomto případě je zvyklostí, že takovouto zprávu klientovi sděluje právě příslušník rodiny v přítomnosti zdravotníka. Důvodem je, že si rodina přeje, aby nemocný nebyl ve stresu a neměl obavy. Při jakýchkoliv vyšetřeních se nejprve zeptáme, zda klient nechce upřednostnit u výkonu přítomnost některého člena rodiny, a pokud ano, je důležité, aby se daného výkonu zúčastnil. Při jakékoliv situaci, kdy by byla narušená jakákoliv stránka intimity klienta, je nevhodná. Vietnamští klienti jsou velice stydliví a to se týká hlavně ženského pohlaví. Z tohoto důvodu je velice důležité zajistit dostatečnou intimitu klienta v podobě samostatné místnosti nebo

zástěny. Co se týče hygienické péče, dodržují jí denně, preferují ranní sprchování a pokud je to možné a nemohou si ji zajistit sami, upřednostní pomoc ze strany rodinného příslušníka stejného pohlaví. Při nutnosti podání transfuze se stává, že krev chtějí darovat rodinní příslušníci a chtějí tento zdravotnický výkon nejprve prodiskutovat s ošetřujícím lékařem. Pokud je hospitalizovaný klient, který je nevyléčitelně nemocný, pokud je to možné, upřednostňují péči o něj v kruhu rodinném a kvalita života je upřednostňována nad jeho délkou, což je způsobeno náboženstvím, které vyznávají. Věří v posmrtnou reinkarnaci a tím dopřávají možnost dalšího šťastného života (48, 11, 47).

Těhotná žena svoji úlohu nastávající matky bere velice zodpovědně, od zdravého stravování až po dostatečný odpočinek. V takovémto případě je ženě třeba zdůraznit nutnost pravidelných prohlídek, protože pokud na tuto skutečnost neapelujeme, tuto možnost až do porodu nevyužívá. Při každé návštěvě ji doprovází manžel, a pokud nemůže, je vždy přítomen některý ze členů rodiny, kterého si sama zvolí. Také sdělení pohlaví dítěte je velice citlivé téma, na které si musíme dávat pozor. Při nastolení nějakého problému se sděluje nejprve manželovi, který problém ženě sdělí sám. V těhotenství žena dodržuje zvláštní hygienu, ústa si při čištění zubů vyplachuje slanou vodou. Těsně před porodem podstupují koupel buď samy nebo v přítomnosti otce dítěte. Naopak po porodu jim jejich kultura v rozmezí prvních dnů koupel zakazuje (48, 11).

1.5 Čína

Čína se nachází ve východní a střední Asii a jejím hlavním městem je Peking. Jazykem, kterým se zde lidé dorozumívají, je čínština a je i oficiálně státním jazykem, jinak ho také nazývají potongua. Čínština se považuje za jeden z nejstarších jazyků celé planety. Jeho znázornění je pomocí znakového písma, kdy jeden znak může představovat slabiku, ale i celé slovo. Ještě donedávna se písmo četlo a psalo ze shora dolů a zleva doprava, dnes se ale setkáme s klasickým znázorněním v řádcích jdoucích zleva doprava. Abychom se mohli slušně domluvit, měli bychom znát alespoň 3000 znaků. Čína je typická pro svoji přelidněnost, v zemi žije asi pětina obyvatelstva celé naší planety. Místní lidé vyznávají tři proudy náboženství konfucianismus, taoismus

a buddhismus. Čína má ve svých dějinách velice bohatou historii, ve které se vystřídalo několik dynastií, které se snažili po celou dobu o rozšíření čínského území. Počátky Číny sahají někdy do 9. stol. př. n. l. Důležitým mezním datem je 1. říjen 1949, kdy Mao Ce-tung prohlásil zemi za Čínskou lidovou republiku. V současné době se v Číně vyskytuje na 56 etnických skupin. Pro nadměrný počet obyvatel je zde zaveden program plánování rodin, kdy je povoleno pouze jedno dítě, na vesnicích dvě, pokud je prvorozenou dívka (1, 11, 48).

1.5.1 Komunikace s Číňanem

Při setkání s čínsky mluvícím člověkem dáváme především pozor na neverbální stránku komunikace. Při konverzaci platí určitá pravidla chování a vyjadřování. Pokud při započatém rozhovoru nastane náhle ticho, neznamená to vždy, že již dotýčný s rozhovorem skončil, ale dává nám prostor, abychom se nad tématem dostatečně zamysleli. Velice často na jejich obličejích můžeme vidět úsměv, kterým dávají najevo radost, ale i nepochopení dané věci, či situace. Pokud chceme někomu podat ruku na uvítanou, vždy k tomuto gestu musíme použít pravou, protože podání levé je vyjádřením nečistého gesta. Tento zvyk plyne z toho, že všichni Číňané jsou praváci a pokud se někdo narodí jako levák, je ve školách přeučten na praváka. Pokud chceme někomu podat nějaký předmět, měl by být dotýčnému předán oběma rukama, podání jednou rukou není příliš vhodné. Co se týče doteků na veřejnosti, jsou nevhodné a to hlavně v projevech citových, u rodinných příslušníků jsou přijatelné, ale mnoho těchto případů se přesto nevyskytuje. Podobně jako u vietnamské minority je nevhodné smrkat na veřejnosti a pokud chceme k sobě přivolat nějakého člověka, je třeba to provést způsobem, kdy je dlaň dolů a prsty pohybujeme směrem k sobě a současně dlaní nahoru.

Při verbálním projevu nesmíme zapomenout nejprve oslovit nebo pozdravit nejstaršího muže z rodiny, až následně poté ženu. Při komunikaci nespěcháme, mluvíme klidně, tiše a pomalu (1, 48).

1.5.2 Rodinný život Číňana

Uspořádání v čínské rodině je patriarchální. Důležitá je péče o starší členy rodiny a dodržování úcty k nim. Mladší členové, tedy děti svých rodičů, jsou povinni se o ně ve stáří postarat. Problém nastává v rodinách, kde je potomkem dcera, která odchází do rodiny svého muže a dle tradic zaopatřuje pouze rodinu svého muže. Proto se v této zemi upřednostňují potomci mužského rodu. Úkolem rodiny je zajistit péči a zázemí spolu s živobytím pro starší generaci. Rodina je velice rozsáhlá, obsahuje několik generací, které spolu žijí. Rozhodující slovo a úloha hlavy rodiny se rozděluje stejným dílem mezi muže a ženu. O jakýchkoliv problémech rozhoduje celá rodina. Důraz je také kladen na děti, u kterých rodiče velice podporují jejich vzdělání. Důležitým okamžikem v rodině je narození dítěte a výběr jeho jména. Výchova dětí je rozdílná podle jejich věku. U dětí do dvou let se aplikuje ohleduplný přístup, ale po dovršení šestého roku věku dítěte, kdy začíná povinná školní docházka, se výchova zcela změní, stává se přísnou a tvrdou. Důležité je, aby se chovaly slušně, zdrženlivě, co se týče projevů na veřejnosti a chovaly se přátelsky. Výchova dětí je přisuzována matce nebo jiné ženě v příbuzenstvu. Důležitou věcí v rodině je talisman, který je nefritový a má chránit děti v rodině (11, 48).

1.5.3 Strava Číňana

Strava v čínské kuchyni je velice rozmanitá, avšak Číňané se snaží stravování vést spíše zdravou cestou. Jejich hlavní surovinou v pokrmech je rýže a u některých jsou oblíbené i sojové boby. Ve stravě samozřejmě nechybí ani maso jakéhokoliv druhu, které je vždy nakrájeno na malé kousky z důvodu jejich nabírání na hůlky. Jako přílohou jsou sojové omáčky, sušené houby, krevety a sezamový olej. Nedílnou součástí jídelníčku je zelenina, nejčastěji pekingské zelí a bambusové výhonky. Koření v této kuchyni samozřejmě nesmí chybět, nejčastěji se užívají bílý a černý pepř, zázvor, česnek a paprika. Dalším typickým pokrmem jsou moučné placky a také pečená pekingská kachna. U nápojů dávají přednost spíše vlažným tekutinám. Přednost dávají zeleným čajům, z toho vyplývá i jejich národní nápoj, kterým je čaj z čajovníku. Pokud

nemají k dispozici čaj, tak ho nahrazují vodou, která má pokojovou teplotu (11, 48, 34, 47).

Číňané za hlavní jídlo považují oběd i večeři, kdy večeře musí být vždy teplá. K jídlu používají tradiční čínské hůlky, které se nesmí při stolování překřížit, protože to pro dotyčného znamená smůlu. Čínský styl stolování spočívá ve švédských stolech, kdy je jídlo servírováno na velkých kulatých talířích, které jsou umístěny uprostřed stolu. Každý má svoji misku, tyčinky a šálek s čajem. Důležitým pravidlem, pokud jíme hůlkami, je nezapichovat je do pokrmu (48, 47).

1.5.4 Tělesný vzhled Číňana

Jedince pocházejícího z Číny bychom mohli popsat jako osobu menšího vzrůstu, který má pokožku zbarvenou do žlutohnědé a po těle ve většině případů chybí ochlupení. Vlasy na hlavě jsou rovné, dočerna zbarvené. Uprostřed obličeje je menší nos, který je umístěn mezi dvěma šikmo položenými očními štěrbinami (48).

1.5.5 Péče o zdraví Číňana

Zdraví je pro Číňany velice důležité, proto se z veliké části věnují prevenci, tedy předcházení nemocem. Zdraví chápou jako rovnováhu mezi silami Jing a Jang a udávají vnitřní rovnováhu a harmonii, kdy Jing představuje stranu ženskou a patří sem vše hmotné, konzervativní, kolabující a naopak Jang je mužská část a patří sem všechna energie. Ovšem ani jedna nemůže bez druhé existovat. Pokud dojde k narušení některých z těchto sil, Číňané se nejprve snaží nemoc léčit tradiční čínskou medicínou, do které patří požívání některých bylin, akupunktura či akupresura, různými masážemi s příkládáním baněk a léčení pomocí diet (48, 11).

Protože je pro Číňany prevence tak důležitá, tak na preventivní prohlídky k lékaři se snaží docházet celé rodina. Pokud je žena těhotná, upřednostňuje porod v nemocničním prostředí, kde by mělo být ticho a teplo a v pokoji by nemělo být více lidí, mohlo by to vést k vyděšení matky i dítěte. Přítomnost otce u porodu je žádoucí jak od rodičky, tak i od samotného otce dítěte (48).

1.6 Cizinci vyznávající Islám

Lidé vyznávající islámské náboženství, pocházejí převážně ze středního východu a severní Afriky, ale toto náboženství se postupně rozšířilo i do zemí jako je Egypt, Indie, Persie nebo Španělsko. Islám je jedno z nejmladších náboženství, jeho vznik je datován od 7. století našeho letopočtu. Toto náboženství řadíme mezi monoteistické a je druhé nejvyznávanější na světě. Vznik tohoto náboženství je přisuzován proroku Mohamedovi z rodu Kurajšovců narozenému roku 570 našeho letopočtu, který žil ve městě Mekce. V době, kdy Mohamedovi bylo 40 let, byl povolán na horu Hira, kde mu archanděl Gabriel zvěstoval slovo Alláhovo. Alláh se stal jediným Bohem uctívaným v islámském náboženství. Islám v překladu znamená „odevzdat se do boží vůle“ a ten, kdo toto náboženství vyznává, se nazývá muslim. Svatá kniha muslimů se nazývá Korán. Je to slovo boží, které předal Alláh Mohamedovi. Islám má dva prameny víry a Korán je jedním z nich spolu se Sunnou, což je cesta prorokova. Islám věřícím předepisuje, jakým způsobem by se měli chovat a žít pomocí pěti bodů. Tyto body jsou zakazující, doporučující, lhostejné, nežádoucí a zavazující. Islámská víra se opírá o pět sloupců neboli pilířů víry, které by měl každý dodržovat. Zpočátku byly pouze tři a to vyznání víry, což je šaháda, druhou je povinná modlitba neboli salát. Tuto modlitbu musí každý muslim absolvovat pětkrát denně a to v určitý stanovený čas, před východem slunce, v poledne, odpoledne, po západu slunce a v noci. K modlitbě každý potřebuje dvě důležité věci a to svatou knihu Korán a modlitební koberec. Před modlitbou musí každý muslim absolvovat takzvanou očistu, kdy se podle znečistění těla musí umýt. Omytí by mělo probíhat pod tekoucí vodou, kdy se myjí ruce předloktí, obličej a nohy. Pokud je někdo nemocen a nemůže být omytý, může vodu nahradit pískem, který dotyčný hází za svoji hlavu. Dalším důležitým bodem je čistota oděvu a místa, kde se dotyčný modlí. A vždy musí být otočen směrem k Mekce. Při modlení pak každý zaujímá různé polohy, jak po sobě při modlitbě jdou. Dalším třetím pilířem je almužna, v tomto případě se jedná o pomoc chudým lidem v podobě peněžité částky, kterou musí odvést každý věřící muslim jednou do roka. Později byly přidány další dva pilíře, jedním z nich je pout' do Meky, kterou by měl každý muslim absolvovat alespoň jednou za život. Tento pilíř se netýká lidí nemocných a chudých. Posledním pilířem je

islámský svátek nazývaný Ramadán. Tento svátek trvá 28 – 30 dní. O tomto svátku žádný muslim nesmí přes den jíst, pít a musí se zdržovat pohlavnímu styku, toto nařízení trvá až do západu slunce, poté jsou v noci tyto zakázané věci dovoleny. Ramadánu jsou zproštěni nemocní lidé, staří a slabí, ženy které mají menstruaci, ženy těhotné a kojící a dále lidé, kteří jsou na cestách (27, 11, 5, 50, 43, 20, 40).

1.6.1 Komunikace s věřícím v Islámu

Jako s každým cizincem i v tomto případě dochází k největšímu problému a to je jazyková bariéra. Lidé vyznávající Islám velice často pocházejí z arabských zemí, kde je národním jazykem arabština, která patří mezi semitské jazyky. Arabština je jazyk posvátný, protože je jím napsán Korán. Mnoho muslimů však ovládá i jiné jazyky jako je němčina, angličtina a francouzština (43, 50).

Co se týče verbálního projevu, pokud hovoříme s člověkem pocházejícím s Arábie, hovor by měl být pestrý a srdečný, protože pokud se vyjadřujeme stroze anebo se nedržíme daného tématu, takováto situace je pro tohoto člověka velice nepříjemná a mnohdy pokládána za nezdvořilou. V nemocničním prostředí při tomto strohém či žádném způsobu projevu může klient dojít k závěru, že je smrtelně nemocen. Může nastat situace, kdy klient něčemu nerozumí, v tomto případě musíme mít na paměti, že klient vyznávající islám se nás nezeptá, protože by ztratil svoji hrdost a na otázku, které nerozuměl, vždy odpovídá ano. Pokud s někým z islámského světa vedeme rozhovor, měli bychom se vyvarovat několika tématům týkajících se jejich rodiny a intimních problémů. V tomto případě se jedná o nevhodné téma vedené s opačným pohlavím, které mu nepřísluší, například je nevhodné mluvit s mužem o těhotenství. U žen je citlivým tématem, na které by si měl každý zdravotník dát pozor počet dětí a zda žena nějaké děti má, protože je-li žena svobodná, je nevhodné se jí na děti ptát. Dalším citlivým tématem u žen je rodinný stav, na tuto otázku bývají citlivé převážně ženy starší a svobodné, protože nemít manžela je v této kultuře poskvrnou. (11, 32)

Jedním z důležitých neverbálních projevů v Arábii je pohled do očí, vřelým a přímým pohledem přímo do očí dáváme najevo důvěru a sympatie k člověku, se kterým vedeme rozhovor. Naopak vyhýbání se očnímu kontaktu či uhýbání očí při

hovorů značí o nezdvořilosti vůči protějšší osobě. Arabové jsou velice vřelí a srdeční lidé, kteří pokud se s někým setkají nebo loučí a je to v blízkém kruhu rodinném, tak se objímají a líbají na tváře, při hovoru je běžné, že se drží za ruce a jdou vedle sebe ve velice malé vzdálenosti. Mimo okruh rodiny toto provádějí pouze příslušníci stejného pohlaví, navenek se to pro cizince může jevit jako projev homosexuality. Pokud někdo při hovoru drží ruce v bok, pro Araba je to projev arogance. Pokud chceme podat příslušníkovi islámského náboženství ruku, měla by to být vždy pravá ruka, ta je takzvaně čistá. Levá ruka slouží pouze k podání nečistých věcí a její podání je považováno za nečisté. Co se týče dotyků na veřejnosti, jsou nevhodné a ženy se může dotýkat pouze muž, který je z její rodiny. Vzdálenost dodržovaná při rozhovoru je velice malá z důvodu sledování reakcí očí (11, 32, 35).

1.6.2 Rodinný život Islámce

Rodina v islámském vyznání hraje nemalou roli, slouží jako jistota, je ochranou pro všechny její členy a prvkem, který slouží k zaopatření. Jedná se o velice početné uspořádání, které se skládá mnohdy i z několika generací najednou. Muž v rodině má velice významnou a dá se říci nejdůležitější roli, navenek působí reprezentativně, komunikuje s okolím a zastává roli živitele, dá se říci, že je hlavou rodiny. Je povinen zajistit ochranu své ženě a dětem. Pokud otec rodiny zemře, tuto funkci přebírá nejstarší syn. Veliké slovo v rodině mají mimo rodičů i prarodiče, kteří zasahují do rodinných záležitostí svých dětí, ale i vnoučat. Vazby mezi rodiči a jejich dětmi jsou velice úzké a pevné a panuje mezi nimi úcta a láska. Avšak postavení ženy v tomto světě není rovné muži. V manželství je vždy podřízena muži a nikdy si nesmí vzít muže, který by nevyznával muslimskou víru. Na rozdíl od jejího manžela by byl veliký problém, pokud by chtěla požádat o rozvod. Je brána, jako kdyby byla polovinou muže, a ne jeho rovnoprávnou partnerkou. Muž vyznávající islám může mít celkem čtyři manželky. Ženy se týkají také některé omezení na veřejnosti. Vždy pokud někam jdou, musí je doprovázet jejich manžel nebo někdo z mužů v rodině. Pokud chtějí někam cestovat samy, musí mít povolení od svého manžela, které je v písemné podobě na zvláštních kartičkách. Pokud chce žena pracovat a být výdělečně činná, musí mít opět povolení od

svého manžela, pokud tomu tak je, veškeré vydělané peníze patří pouze jí. Na veřejnosti se chovají zdrženlivě, jakékoliv doteky, objímání, líbání je na veřejnosti zakázáno a je považováno za neslušné (8, 32, 11, 40, 20).

1.6.3 *Strava Islámce*

Stravování je pro člověka vyznávajícího islám velice důležité. Důležitou stránkou jsou hlavně zákazy, které stanovuje Korán. Jedním z pokrmů, které jsou striktně zakázány, je požívat vepřové maso a veškeré produkty vyrobené z této suroviny, jako je sádlo a následně i pokrmy, které jsou na sádle připraveny. Ortodoxní muslimové dokonce nejedí ani potraviny krájené nožem, kterým se předtím krájelo vepřové maso. Dále nejedí maso, které je málo tepelně zpracované nebo syrové. Nedůvěřují také mletému masu, ve kterém by mohlo být přimícháno i vepřové. Upřednostňováno je maso ze zvířete, které bylo zabito a necháno vykrváčet. Další zákaz, který je vydán Koránem, se týká požívání alkoholických nápojů a pokrmy z nich připravované. Ryby může jídelníček obsahovat pouze takové, které mají šupiny a výjimkou jsou humr a granát. Mezi typické arabské jídlo patří kuře s rýží, která je dochucena různými kořeními. Velice často se v arabském jídelníčku objevují potraviny jako jsou skopové, drůbeží a hovězí maso. Na talíři nesmí chybět ani zelenina, rýže, luštěniny a koření. Arabové mají také určitý způsob stolování, je zvykem, že před jídlem pronášejí modlitbu k Bohu a po jídle následuje poděkování. Jídlo berou pouze pravou rukou, protože je považována za čistou. Pokud se na stole objeví chléb, je důležité ho lámat a nikoliv krájet nožem. V žádném případě se u stolu nesrká, ani se jídlo nehltá. Pokud se u stolu objeví sklenice s vodou, vždy se musí dopít až do dna, v žádném případě jí nesmíme vylívat či nedopít. Pokud ji již nemůžeme vypít, má se dát někomu jinému, aby tak učinil. Po vypití sklenice vody má následovat opět poděkování. Lidé vyznávající islám jsou velice pohostinní, a proto pohoštění mohou předložit návštěvníkovi v kteroukoliv denní i noční hodinu. Odmítnutí jakékoliv stravy je velice neslušné a mohlo by to hostitele urazit. U jídla se setkává většinou celá rodina, a pokud je některý člen nemocný, snaží se s ním jíst i v nemocničním zařízení. Co se týče nemocničního stravování, nejraději si stravu nemocnému nosí a připravuje sama rodina

z důvodu nedůvěry její přípravy ohledně striktních zákazů v jejich jídelníčku. V krajním případě si raději vybírají stravu vegetariánskou (11, 50, 5, 8).

1.6.4 Tělesný vzhled Islámce

U ženy je oblast od krku ke kolenům zakázaná odhalovat. Žena se nesmí svlékat před jakýmkoliv mužem, pouze před svým manželem. Ženy jsou oblečeny do nepřiléhavého oblečení, které jí zakrývá od krku až ke kotníkům. Musí nosit ponožky, které jsou neprůhledné a nesmějí je zdobit žádné ozdoby. Nesmí nosit boty, které mají podpatek. Hlavu mají pokrytou šátkem, aby jim zakrýval vlasy i šíji. Některé ortodoxní ženy si zakrývají i tvář. Co se týče mužů, ty se nesmějí oblékat a nosit na sobě věci z hedvábí. Někteří muslimové nosí na svém těle amulet, řetízek, který je stříbrný nebo zlatý, a může to být i černá stuha. Na těchto předmětech jsou napsány citáty z Koránu. Pokud klient na těchto předmětech trvá a nechce je sundat měli bychom to respektovat. Dále je každý muslim zvyklý si holit ochlupení v podpaží třikrát týdně a kubické ochlupení si holí jednou za dva týdny (5, 22, 50, 11, 20, 47).

1.6.5 Péče o zdraví Islámce

Zdraví a nemoc je v islámu považováno za Boží vůli, ale zároveň přikazuje, aby byla nemocnému poskytnuta veškerá péče. Dále vyžaduje věnovat se prevenci, aby nedocházelo ke vzniku nemocem. Prevence ukládá za povinnost dodržovat čistotu ve formě hygieny, každý pátek by se každý muslim měl celý osprchovat a ženy by měly dbát na hygienu v období menstruace a v šestinedělí. Hospitalizovaní klienti hygienickou péčí zdravotnických pracovníků odmítají a chtějí tuto službu od svých blízkých. Důležité je také dodržovat ústní hygienu v podobě čištění zubů. Důležitost je také ve střídmosti, tímto bodem je míněno, že by se nikdo neměl přejídat a neměl by pojídat jakékoliv toxické látky, drogy a alkohol. Důležité je vědět, že nemocný muslim dává velice intenzivně najevo projevy bolesti. V péči o klienta nejsou žádné problémy, co se týká vyšetření technikou. Transfuze a dárcovství orgánů islám nezakazuje, avšak transplantované orgány nesmějí pocházet z mrtvého dárce, pokud nedal za živa s transplantací souhlas. Typické je, že pokud je islámský klient umístěn do

nemocničního prostředí, chce se o něj starat rodina. Rodina chce být o stavu klienta podrobně informována a informace většinou vyžaduje více lidí. Klientova rodina by měla být informována o stavu a diagnóze klienta dříve než sám klient, aby byl chráněn a neztrácel naději. Ženy, které jsou hospitalizované, anebo je u nich prováděno vyšetření, musí být vždy doprovázena svým mužem nebo jakýmkoliv členem rodiny. O postupu a léčbě rozhoduje muž, pokud uzná za vhodné, může kdykoliv vyšetření přerušit a ukončit. U ženského pohlaví jsou dána přísná pravidla, nesmí je vyšetřovat a starat se o ně osoba opačného pohlaví, ženin muž by mohl následně reagovat agresivně. Žena nesmí být v pokoji o samotě s mužem. Při vyšetřování odhalujeme pouze nejnútnejší části těla. O klienta, který je umírající, se rodina velice pečlivě stará a součástí je i čtení z Koránu. V tomto případě umožníme, aby klient mohl mít postel směrem k Mekce. U nemocničního lůžka jsou většinou přítomni nejen rodinní příslušníci, ale i starší patřící do muslimské komunity a duchovní. Přípravu těla na pohřeb si zajišťuje rodina a je zakázáno tělo spálit. Pitva u mrtvého je zakázána, protože Arabové věří ve znovuvzkříšení. Po smrti klienta následuje umytí mrtvého a oblečení do bílého roucha (11, 50, 5, 47).

1.7 Cizinci pocházející z Ukrajiny

Ukrajina je svou rozlohou jednou z nejrozsáhlejších zemí v Evropě a je umístěna v její jihovýchodní části. Jejím hlavním městem je Kyjev. Tato země se osamostatnila roku 1991, poté co došlo k rozpadu Sovětského svazu. Lidé pocházející z Ukrajiny jsou na našem území nejpočetnější minoritou, která k nám přichází za prací a studiem. V historii došlo k migraci do České republiky v několika vlnách. První zmínky o těchto obyvatelích jsou z 16. a 17. století, kdy sem mladí lidé přijížděli za studiem na zdejších univerzitách, jednalo se spíše o krátké pobyty na našem území. Další migrace se datuje na přelom 19. a 20. století, kdy důvodem byla poptávka po práci. Jejich uplatnění se využívá ve stavebnictví, lesnictví a potravinářském průmyslu. Avšak největším problémem je, že se velká část těchto obyvatel na našem území pohybuje nelegálně (13, 43, 11).

Obyvatelé Ukrajiny nejčastěji vyznávají pravoslavnou církev. Tato církev se řídí judaistickým kalendářem, a tudíž den se začíná počítat od 18. hodiny předešlého dne a dny v kalendáři jsou posunuty o 13 dní později. Nejdůležitějšími svátky, které slaví jsou Vánoce, Nový rok, masopust a velký půst velikonoční, tento svátek je pro ně ze všech nejdůležitější. Co se týče bohoslužeb, konají se třikrát denně v podobě ranní, večerní a polední mše (11).

1.7.1 Komunikace s Ukrajincem

Jazyk užívaný Ukrajinci je ukrajinština. Komunikace je pro cizince pocházející z Ukrajiny veliký problém. Nejen, že neumí český jazyk, ale je problém najít jazyk jiné národnosti, kterým by se zde v případě obtíží domluvily. Během Velikonočních svátků je zvykem, pokud se s někým střetnou, pozdravit ho větou Kristus je vzkříšen a protějšek jim většinou odpovídá opravdu vzkříšen a následně dochází k polibku na tvář, který se třikrát opakuje (11).

1.7.2 Rodinný život Ukrajince

Dříve byl živitelem rodiny muž, v současné době, kdy je mužská část v zahraničí z důvodu finančního zajištění, tak tuto roli přebírá žena. Počet dětí v rodině ubývá z důvodu špatného finančního zajištění. Z finančních důvodů je též nižší využití vzdělání v podobě středoškolského a vysokoškolského studia. V období postu pravoslavné nesmí nikdo navštěvovat v jejich domovech, a nesmí chodit na žádné oslavy. Druhý den po postu se vzájemně navštěvují mladší členové rodiny, navštěvují své kmotry a starší členy klanu (11).

1.7.3 Strava Ukrajince

Zvláštnosti ve stravování jsou velice často spojeny s vyznáním pravoslavného náboženství. Nejdůležitější je dodržování půstu v období Velikonoc, který trvá po dobu sedmi týdnů. V tomto období věřící jedí ovesnou kaši, brambory a zeleninu. Místo živočišného tuku používají rostlinný olej. V tomto období je zakázáno požívat jakékoliv maso, výrobky z mléka, vejce a ryby. Strava se přijímá pouze dvakrát denně. Některé

určené dny se může přijímat pouze syrová strava, bez jakéhokoliv tepelného zpracování. V den, kdy se slaví úmrtí Ježíše Krista, se dodržuje půst. Této tradice jsou zproštěni staří lidé, nemocní, těhotné ženy a děti. Před obdobím Velikonoc se dělá příprava vepřového masa, které se smaží, peče se bábovka a připravuje se takzvaný pascha, což je tvaroh smíchaný s cukrem a rozinkami. Toto jídlo se připravuje předem, aby mohlo dojít během svátku k jeho požehnání. K tomuto slavnostnímu jídlu se setkává co nejvíce členů z rodiny, aby byly všichni po celý následující rok zdraví. Pohoštění začíná ráno snídaní, která začíná později a plynule navazuje na oběd. Národním jídlem je zde boršč a chléb, který je podle těchto lidí vydatný. V posledních letech mají Ukrajinci rádi zdraví jídelníček, který obsahuje zelí, červenou řepu, houby a kopr. Mají velice rádi ryby, jako je kapr nebo štika. (11, 12).

1.7.4 Tělesný vzhled Ukrajince

Druh odívání závisí na postu a návštěvě v kostele. Pokud chce pravoslavný navštívit kostel, musí být skromně oděn. Ženy si v žádném případě nesmí na sebe vzít jakékoliv šaty, které by neměly rukávy, horní díl oblečení s velkým výstřihem a minisukni. Ženy, které jsou vdané, musí mít pokrytou hlavu šálou nebo šátkem. Muži při bohoslužbách musí mít na hlavě čepice. Pokud mají na ruku rukavice, při pokřizování je musí mít sundané. Nevhodné je kostel navštěvovat v oblečení s křiklavými barvami, v šortkách nebo sportovním oblečení. Naopak mimo svátků, a pokud nejdou do kostela, tak mohou nosit šaty výrazných barev. Také se nedoporučuje ženám si malovat rty, protože je zvykem, že líbají ikony (11).

1.7.5 Péče o zdraví Ukrajince

Na území Ukrajiny je zdravotnická péče na velice nízké úrovni. Pokud má někdo nastoupit do nemocničního zařízení, musí si předem sehnat určité věci jako prostěradla, léky, roušky, vatu, injekční stříkačky, obvazy a jiné další potřebné věci k jeho onemocnění, které bude potřebovat. V nemocnici se Ukrajinec chová velice klidně a slušně, snaží se místním podmínkám přizpůsobit a nemají žádné zvláštní požadavky. Návštěvy u takového klienta většinou nebývají pravidlem, protože jejich rodiny jsou

v zahraničí a nejsou na tomto území přítomní. Nemají problém se přizpůsobit dennímu režimu na oddělení. Ženy jsou velice často hospitalizované z důvodu potratu pro nechtěná těhotenství, dokonce i v pokročilých stádiích. Největší pozornost se musí věnovat, zda je dotyčný pojištěn a u jaké zdravotní pojišťovny (11).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

C1: Zjistit, zda jsou v ošetrovatelské dokumentaci obsaženy specifické informace k poskytování ošetrovatelské péče pacientům cizincům.

C2: Zjistit, zda je potřebné, aby součástí ošetrovatelské dokumentace byly specifické informace týkající se pacientů cizinců.

2.2 Výzkumné otázky

1. Je dokumentace užívána v nemocnicích uzpůsobená na uspokojování biologických, psychických, sociálních a spirituálních potřeb pacientů cizinců?

2. Používá se v nemocnicích specifická dokumentace zaměřená na pacienta cizince?

3. Je potřebné, aby součástí ošetrovatelské dokumentace byly specifické informace týkající se pacientů cizinců?

3 Metodika

3.1 Metodika

Sběr dat byl proveden metodou kvalitativního šetření a informace byly získány pomocí nestandardizovaného rozhovoru. Cílem bylo získat co nejvíce kvalitních dat týkajících se ošetrovatelské dokumentace a její specifický obsah, který je zaměřený na klienty cizince. Před probíhajícími rozhovory byla provedena analýza dat dokumentací a literatury zabývající se multikulturním ošetrovatelstvím a následně byla vytvořena kratší a delší verze návrhu ošetrovatelské dokumentace.

Rozhovory se sestrami byly získány v časovém rozmezí dvou měsíců, kdy začátek sběru dat byl 1. 4. 2011 a konec 25. 5. 2011. Rozhovory s jednotlivými sestrami byly vedeny v soukromí na příslušných odděleních kde sestry pracují, nebo po pracovní době v jejich osobním volnu. Potřebné informace byly získány pomocí předem připravených otázek, které se střídaly vzhledem k časové náročnosti na jejich odpověď. Jednotlivé probíhající rozhovory byly zaznamenávány pomocí magnetofonového pásku a u některých rozhovorů byl využit písemný záznam. Otázky pokládané sestram se zaměřovaly na odběr anamnézy a její specifické informace zaměřené na cizince. Dále některé otázky poukazovaly na vědomosti o multikulturním ošetrovatelství. V druhé části rozhovoru byly sestram předloženy návrhy dokumentací a tyto návrhy byly následně sestrami zhodnoceny.

Ve třetí fázi měl být použit experiment, ve kterém měly sestry výslednou dokumentaci vyzkoušet v praxi. Čtyři sestry ošetrovatelskou dokumentací odmítly v praxi použít a zbylé sestry pro nedostatek času z důvodu uzavření diplomové práce slíbené výsledky nedodaly pro nedostatečný výskyt cizinců na jednotlivých odděleních.

3.2 Charakteristika souboru

Výzkumným vzorkem byly sestry pracující na různých odděleních nemocnic v České republice. Jedná se o celkový počet dvanácti sester, kdy sester z nemocnic situovaných v jihočeském kraji byly tři, dvě sestry pracovaly ve středočeském kraji, čtyři sestry byly z Plzeňského kraje, jedna sestra z Vysočiny, jedna sestra byla z Jihomoravského kraje a jedna z Královehradeckého kraje. Výběr sester probíhal

formou sněhové koule. Z celkového počtu dvanácti sester bylo osm sester s bakalářským titulem, jedna s magisterským titulem a tři sestry dosáhly středoškolského vzdělání.

4 Výsledky

4.1 Rozhovory

Rozhovor číslo 1:

První šetření se sestrou, bylo z nemocnice situované v Plzeňském kraji. Sestra pracuje na interním oddělení lůžkové části a má středoškolské vzdělání.

Co znamená pojem multikulturní ošetřovatelství a jaká je jeho náplň?

„Bohužel, protože jsem sestra delší dobu v praxi, pojem multikulturní ošetření mi nic neříká. Opravdu v tuto chvíli nevím, co by tento pojem zahrnoval a nic o něm nevím“.

„Žádný model související s tímto tématem neznám, jediný, který znám, je podle Gordonové a ten se u nás také používá k odběru anamnézy“.

„Cizinci se na našem oddělení objevují velice málo, více bychom je našli na chirurgickém oddělení, než tady u nás na interně. Objevili se zde v menším množství Vietnamci a Ukrajinci, žádné jiné cizince a jiné národnosti jsme tu ani neměli. Co se týká specifické péče o ně, nikdy si nikdo z těchto klientů o nějaké zvláštnosti nepožádal a my je ani nezjišťujeme. Největší problém, který u nás nastává, je s jazykovou bariérou.

Nejprve se snažíme zjistit, zda klienti nepoužívají nějaký jiný jazyk, který některá ze sester ovládá. V dalším případě máme k dispozici, některé lékaře, kteří ovládají určité jazyky, a v případě problematického dorozumívání je k pacientovi voláme. Také máme možnost kontaktovat tlumočnicka, který je určen pro naši nemocnici, a je nám k dispozici, pokud ho potřebujeme v poslední době se nám velice často stává, že s pacientem do nemocnice přichází někdo blízký, který s námi komunikuje za pacienta, který nerozumí. Jinak žádné obrázky v podobě piktogramů na našem oddělení nevyužíváme a ani jsem se s nimi na jiných odděleních naší nemocnice nesešla.“

Jakým způsobem se u vás odebírá anamnéza?

„Anamnéza by se samozřejmě měla odebírat v samostatné místnosti k tomu určené. Musím se ale přiznat, že z důvodu nedostatku prostor jí u nás takto podle správného postupu neprovádíme a ve všech případech vedeme rozhovor s pacientem na pokoji, kde má lůžko. Pouze v případě, pokud je pacient uložen na nadstandardní pokoj, tak zde se nachází sám a anamnéza je odebrána v soukromí, tak jak by se mělo postupovat. Anamnézu zjišťujeme standardně podle naší dokumentace, která je určena všem. Začínáme s identifikací pacienta, pokud je to pacient cizí národnosti, poznamenáváme si, jaké a většinou přikládáme k dokumentaci i kopii pasu či jiného identifikačního průkazu. Dále je důležitý kontakt na blízkou osobu, pokud se na našem území nachází, v tomto případě se většinou jedná o osobu, která je současně i prostředníkem v dorozumívání mezi námi a pacientem. Zda má pacient pojištění my sestry nezjišťujeme, toto má na starosti administrativní pracovnice, která si tyto údaje zaznamenává sama. Na dokumentaci, co se týče komunikace, si pouze poznamenáme, pokud klient nerozumí. Jinak následně zjišťujeme údaje, jako jsou stav vědomí, bolest, spánek, výživa, ve výživě zjišťujeme pouze, zda je pacient schopen se najíst sám a zde je diabetik, na jiná specifika ohledně jídla které jedí a nejedí se neptáme, protože já jako sestra v naší nemocnici mu nezajistím, aby pro jednoho člověka připravovali zvláštní jídlo, to mě u nás v kuchyni neumožní. V mojí moci je pouze objednat dietní sestru a ta se s pacientem musí dále domluvit sama. Co se týče náboženského vyznání, tak tuto položku v dokumentaci obsaženou nemáme a ani se na tuto informaci neptáme. Pokud je zde někdo, kdo by měl tyto zvláštní požadavky, většinou se nás zeptají, zda umožníme návštěvu kněze, což se snažíme také zařídit a zprostředkovat. Závěrem bych tedy chtěla říci, že žádnou specifickou dokumentaci pro pacienty cizí národnosti nepoužíváme a ani nezjišťujeme jejich specifika pro ně typické, pokud nepřijdou s požadavkem oni sami. V této situaci, pokud je to možné a v našich silách, se jim snažíme vyjít vstříc.“

Jaký máte názor na návrhy ošetrovateľskej dokumentácie?

„Obě dokumentace se mi líbí, v té delší části se o tom člověku dozvím kompletní anamnézu i s těmi specifiky, ale vybrala bych si tu kratší část, která se vkládá do současné dokumentace, které má oddělení k dispozici, protože jsme na něj jako sestry zvyklé a více se v něm orientujeme a tu část specifických informací o pacientovi pocházejícím z ciziny do ní můžeme pouze vložit. Pro nás by byla tato verze jednodušší a snazší, protože se na našem oddělení zase až tolik cizinců neobjevuje.

Obsah kratší dokumentace se mi líbí, hlavně údaje o komunikaci, které mi v dokumentaci uvedené vůbec nemáme. Jak jsem dříve uvedla, se stravováním je to u nás komplikovanější, možná bych neuváděla oblíbená a neoblíbená jídla a velice se mi líbí položka ošetřování. Co se týče prostoru na diagnózy, dáváme přednost spíše předepsaným diagnózám. Ušetří nám čas a můžeme do nich pouze něco připsat, nemusíme je celé vyplňovat, což zabere velice času.“

Rozhovor číslo 2:

Druhé šetření probíhalo se sestrou, která pracuje v nemocnici v Plzeňském kraji. Jedná se o sestru pracující na chirurgickém oddělení, která dosáhla bakalářského vysokoškolského vzdělání.

Co znamená pojem multikulturní ošetrovatelství a jaká je jeho náplň?

„Pokud si ještě vzpomínám ze školy, tak multikulturní ošetrovatelství k nám proniklo teprve nedávno a věnuje se ošetrovatelské péči, která je zaměřena na klienty pocházející z ciziny, ale samozřejmě také klienty, kteří mají jiné náboženské vyznání. Její náplní je poskytnout co nejlepší péči, která bere ohledy na zvyky a nějaké zvláštní přání, které nejsou pro nemocniční zařízení v dané zemi typické“.

„Ošetrovatelský model, který se na tuto problematiku zaměřuje bohužel již nevím a ani se u nás v praxi nepoužívá.“

„Pacienti cizí národnosti se u nás vyskytují zřídka, jedná se převážně o Vietnamce, byly tu i pacienti z Ruska, zažila jsem jednoho pacienta z Ukrajiny, a co se týče Arabů, ty jsem zde ještě nepotkala. Při hospitalizaci jsem k nim přistupovala jako k jakémukoliv pacientovi, který zde leží. Žádné specifické požadavky na mě neměli a ani komunikace mi nedělala problémy, protože většinou hovořili česky a také jsem použila angličtinu, kterou ovládám, takže z mé strany to nebyl problém.“

Jakým způsobem se u vás odebírá anamnéza?

„Záznamy do anamnézy provádíme na pokoji s klientem, i když vím, že by se to samozřejmě nemělo, ale nemáme k tomu dostatečné prostory, abychom si ho vzali stranou do zvláštní místnosti, a nejedná se jen o prostor, ale i čas, protože k nám pacienti většinou přichází na plánované výkony a mezitím jsou i urgentní příjmy a v tomto počtu, ve kterém tu my jako sestry jsme, bychom to nezvládaly. Co se týče fyzikálního vyšetření, zjišťujeme jako u každého krevní tlak, puls a váhu. Informace u pacientů, kteří jsou jiné národnosti, zjišťujeme stejně jako u kteréhokoliv jiného pacienta, na žádná specifika se nezaměřujeme. Neptáme se na náboženské vyznání, ani ve výživě nezjišťujeme oblíbené či neoblíbené jídlo. Problém s komunikací jsme vždy

vyřešily, naštěstí v současné době, pokud k nám přichází nějaký cizinec, tak si s sebou vodí překladatele, kterému je možné kdykoliv zavolat. V tomto případě si zaznamenáme jeho jméno a telefonní číslo do dokumentace. Pokud je to někdo s příbuzných, postupujeme stejným způsobem. Co se týče používání piktogramů, na našem oddělení není tato možnost dorozumívání k dispozici a ani nevyužíváme nejpoužívanější fráze. Jednou z nejdůležitějších informací, na kterou se v první řadě zaměřujeme a klademe na ní veliký důraz na rozdíl od pacientů pocházejících z České Republiky, je pojištění a způsob placení péče“.

„Na našem oddělení ke zjištění informací používáme dokumentaci pro všechny pacienty stejnou. Nevyužíváme žádnou jinou, která by se zaměřovala pouze na cizince“.

Jaký máte názor na návrhy ošetřovatelské dokumentace?

„Když se dívám na oba dva návrhy, z těchto dvou se mi líbí kratší verze, která by se měla vkládat do dokumentace, kterou má oddělení již vytvořenou. Pokud přijde cizinec, je snadnější tuto anamnézu se specifickými informacemi, pouze vložit. Cizinci nebývají tak častými pacienty a z tohoto důvodu by s jejím vyplněním měly sestry větší práci, toto je můj názor a proto bych zvolila tento návrh.

Identifikační údaje bych zde ponechala, ale doplnila bych zde z té delší verze zemi původu, aby bylo zřejmé, odkud pochází. Položka komunikace se mi líbí, je přehledná a uvádí se zde ty nejdůležitější potřebné informace, nic bych z ní nevyřazovala. Výživu bych zkrátila pouze na oblíbené a neoblíbené jídlo a pití. Alkohol bych v tomto případě vyřadila, protože tuto informaci zjišťují lékaři. Na spiritualitu se pacientů neptáme, ale u cizinců bych tento údaj ponechala, protože v tomto případě by mohl být u někoho podstatný. U položky ošetření bych vynechala údaj o přírodní léčbě nebo odborné. Z důvodu, že jsme v nemocnici a zde se pomoc pacientovi zaměřuje na odbornou, (přírodní mohou využívat doma nebo prostřednictvím rodiny), s touto informací jim jako sestra moc nepomohu, pokud budou v nemocnici.“

Rozhovor číslo 3:

Třetí rozhovor, byl odebrán od sestry, která pracuje v nemocničním zařízení situovaném ve Středočeském kraji. Jedná se o sestru s bakalářským vzděláním pracující na gynekologicko-porodnickém oddělení.

Co znamená pojem multikulturní ošetřovatelství a jaká je jeho náplň?

„Multikulturní ošetřovatelství je systém péče, pomocí níž zabezpečujeme ošetřovatelskou péči o pacienta cizí národnosti, s přihlédnutím na všechny jeho tradice, náboženství a kulturu. Jediný model, který znám a zabývá se touto problematikou, je model Leiningerové. Nazývá se model Vycházejícího slunce. V popředí tohoto modelu je pacient, na kterého působí všechny složky, které ho ovlivňují a jsou důležité pro poskytování kvalitní péče. Působí na něj sféry jako je zdraví, rodina, kultura, ekonomika, stravování, náboženství a samozřejmě také ošetřovatelství.“

„Z cizinců jsou u nás hospitalizované nejčastěji pacientky vietnamské národnosti, potom také Rusky, tyto dvě národnosti asi nejvíce. Měli jsme zde i Arabky, ale opravdu se jednalo jen o minimální výskyt, pravidelně se neobjevují, šlo jen o ojedinělé případy. Co se týče Vietnamek, tak ty jsou hodně přizpůsobivé naší kultuře a i ošetřovatelské péči, nějaké zvláštní požadavky ani přání neměly. Spíše jediné, co se vyskytuje velice často, je přítomnost tlumočnicka, kterého si sami zajistí, než k nám přicházejí k hospitalizaci. Funguje to tak, že s ním přijdou sami na příjem, nebo je k dispozici na telefonu. V rámci nemocnice tlumočnicka k dispozici nemáme, takže problémy s komunikací se řeší buď tímto způsobem, nebo prostřednictvím rodiny, kdy někdo umí alespoň trochu český jazyk a domluví se s námi, ve většině případů je to manžel, který s námi komunikuje, ale jak už jsem řekla, nejčastější varianta je ta, že si tlumočnicka seženou sami a nám tím vlastně řeší jeden z komplikovaných problémů, co se týče dorozumívání. Asi už to v té jejich komunitě mají takto zařízené, že je jim k dispozici jejich tlumočnick, který jim vypomáhá v obtížných situacích a je s nimi v kontaktu. Jiné prostředky k dorozumívání jako piktogramy nemáme a tudíž je také nepoužíváme, v podstatě jsou v těchto případech zbytečné. Ale na oddělení máme nejdůležitější věty nebo názvy, které se týkají našeho oboru, v několika jazycích pro

případ potřeby. Týká se to opravdu pouze základních otázek, jako bolí vás něco, máte kontrakce a následně někdy nezbyvá než ukazovat. Také jim necháme, aby samy vyhledali potřebné fráze, které nám chtějí sdělit. V některých případech také používáme angličtinu, pokud jí pacienti ovládají a samozřejmě i sestra. Jiný problém s ošetřováním nemáme, většinou jen ta komunikace. Vím například, že u Vietnamců dochází k tomu, že neradi obtěžují a snaží se vydržet bolest, takže se většinou těch nastávajících maminek chodíme častěji ptát, zda mají bolesti, ale ve většině případů to jsou již porodní a ty nám nezatajují a jsou na nich vidět a hlavně nám je odhalí přístroj při kontrole kontrakcí. U Rusek nebyly žádné potíže a ani na nás neměly žádné zvláštní prosby. Pokud si vzpomínám, tak jen u pacientek arabské národnosti byly speciální požadavky ohledně jídla, protože se stravují rozdílně než my, mají v jídle určité zákazy. Tak tyto případy následně řešíme přes dietní sestru, která za nimi přijde. Co se týče návštěv, tak máme vyzorované, že za pacientkami cizí národnosti chodí více návštěv, a setrvávají u nich delší dobu, i přes návštěvní hodiny a v tomto si myslím, že jsme vůči nim benevolentní a docela jim vycházíme vstříc.“

Jakým způsobem se u vás odeberá anamnéza?

„Anamnézu odeberáme s klientkou o samotě ve vyšetřovně, která je k tomu určená a následně zde provádíme i fyzikální vyšetření, které bychom ani nikde jinde provádět nemohli. Co se týká fyzikálního vyšetření, které provádíme u příjmu, tak se jedná o měření tělesné teploty, ozvy plodu a natáčíme monitor, to je vše, co u nich zjišťujeme a nikdy nebyl problém, že by někdo s něčím nesouhlasil nebo odmítl.“

„V ošetřovatelské dokumentaci máme přímo informace určené pro cizince týkající se dorozumívání. Ptáme se na jazykovou bariéru, jestli je potřeba tlumočnicka a kontakt na něj. Potom je pro nás důležitá informace o pojištění, na které máme speciální dokumentaci a ještě navíc voláme na sekretariát, ze kterého k pacientce přichází paní, kterou v těchto případech voláme a ona si vše dojedná sama a následně vše zadá do počítače, takže my se jen staráme o to, abychom jí upozornili na přítomnost pacienta pocházejícího z cizí země. Vyplní nám údaje o rodném čísle a číslo pojištění, aby to vše bylo v pořádku i následně z té finanční stránky. Na dokumentaci si zaznamenáváme

zelenou barvou do uvozovek, že se jedná o pacientku cizinku, a podle pasu nebo občanky si poznamenáme, odkud pochází. Tyto informace máme obsaženy v základu anamnézy. Jinak od klientek zjišťujeme naši anamnézu uzpůsobenou našemu gynekologicko-porodnickému oddělení, která se snaží vycházet z dokumentace Gordonové a navíc všechny potřebné informace, ze kterých vycházíme, jsou také obsaženy v těhotenské průkazce, což nám při odběru informací mnohdy velice pomáhá. Navíc se ptáme na aktuální stav, a zda má klient nějaké problémy. Při odběru informací nemáme žádné potíže.“

Jaký máte názor na návrhy ošetrovatelské dokumentace?

„Co se týče navržené dokumentace, já osobně bych preferovala tu zkrácenou verzi z praktického důvodu, protože bych navazovala na naši dokumentaci, ve které je víceméně všechno co potřebujeme o pacientce vědět. Co se týká obsahu informací, tak bych vynechala některé informace týkající se výživy a tekutin. Konkrétně by se jednalo o zvyky při jídle a z tekutin bych vynechala pití alkoholu a také ty zvyky. Jinak by se mi zbylý obsah líbil a nechala bych ho jak je.“

Rozhovor číslo 4:

Čtvrtý rozhovor byl veden se sestrou bakalářského vzdělání pracující na gynekologickém oddělení v Jihočeském kraji.

Co znamená pojem multikulturní ošetrovatelství a jaká je jeho náplň?

„Multikulturní ošetrovatelství souvisí s ošetrováním lidí v rámci více kultur, více národností a také náboženského vyznání. Zahrnuje veškeré rozdíly v péči o klienty.“

„Z modelů znám model Leiningerové, jedná se o model Vzcházejícího slunce. Představuje člověka jako individuum, na kterého působí různé aspekty, jako je prostředí, výživa, rozdílnost péče a podobně. Rozdílná dokumentace se u nás nepoužívá, máme úplně stejnou ošetrovatelskou dokumentaci jako pro tuzemce.“

„Cizinci se u nás občas objevují, nejvíce jsou to ženy Vietnamské národnosti, ženy z Ukrajiny. Velké rozdíly v péči mezi nimi neděláme, největší problém je v komunikaci, velice často s těmi Vietnamkami, protože většinou nerozumí česky. Pokud umí, tak třeba jen pár slov. V podstatě se s takovými pacientkami snažíme domluvit rukama, nohama, jak to jen jde. V poslední době se nám stává, že mají na telefonu svého překladatele a pokud nám nerozumí, nebo něco potřebujeme my, například vědět jak se cítí, tak máme možnost se s ním dvacet čtyři hodin denně spojit. Můžu říci, že pokud se objeví jazyková bariéra, tak jí nejčastěji řešíme s překladatelem. Překladateli jsou spíše Češi, kteří se tím živí. Setkala jsem se s klientkou vietnamské národnosti, která uměla velice dobře česky, rozuměla, mluvila s námi velice dobře. Jiným případem byl překladatel z rodiny, jednalo se o manžela, ale bylo mu méně rozumět. Co se týče piktogramů, ty na oddělení nepoužíváme. Většinou se snažíme ukazovat, že jdeme provést odběr krve. Problémem je, že kolikrát vše klienti odsouhlasí a následně, když chceme provést výkon, tak nevědí, co po nich chceme. V tomto případě se snažíme ukazovat na ruku, ukážeme jim stříkačku, místo, kam to chceme píchnout, prostě se snažíme při komunikaci dorozumět i posunky, aby to lépe chápali. Také jsem se setkala se ženou vietnamské národnosti, která velice špatně snášela naše jídlo, bylo jí po něm špatně a zvracela. Skončilo to nakonec tím, že jí jídlo nosili

z domova rodinní příslušníci a po jídle, na které byla zvyklá, se jí ulevilo. Takže v případech cizinců jsme i zvyklé, že si ve více případech nosí své jídlo z domova.“

Jakým způsobem se u vás odebírá anamnéza?

„Co se týká anamnézy, největší část u nás odebírá lékař a následně pokud se chceme dozvědět nějaké informace my, tak nejprve klienta uložíme a následně mu odebereme anamnézu, která se odebírá přímo na pokoji. Většinou se ptáme na problémy, co potřebuje, ale anamnézu jako takovou bohužel neodebíráme. Informace týkající se anamnézy odebírá sestra a lékař na ambulanci a k nám klientky přicházejí s částečně zpracovanými papíry, s dokumentací a slovně nám pak kolegyně z ambulance předá jak paní mluví, zda se s ní dá domluvit, její hlavní problémy, které se u ní vyskytují. Obsah informací koresponduje s naší dokumentací, která je vytvořena na způsob Gordonové, pokud je to cizí státní příslušník, tak si děláme vedlejší poznámky v dokumentaci, že je to cizí státní příslušník, dále záznam, jaká je s ním komunikace, cizí jazyk a špatné dorozumívání, popřípadě nějaký kontakt třeba na překladatele. Ve většině případů již s sebou mají jeho telefonní číslo. Další údaj, který velice často řešíme, je pojištění, které je pro nemocnici velice důležité. Na ambulanci zjišťují, zda je paní pojištěná či ne. V případě, že není pojištěná, tak se to dále řeší se sociální pracovníci. Co se týče stravování, tak v dokumentaci nijak nepátráme po specifikách v jídle, pouze se třeba slovně domluvíme, že si jídlo budou nosit z domova. Na žádné informace navíc, které se týkají některých specifik u cizinců, se neptáme, ani je nikam nezaznamenáváme, prostě zjišťujeme pouze klasickou Gordonovou.“

Jaký máte názor na návrhy ošetřovatelské dokumentace?

„Rozhodně se mi líbí ta kratší verze, z toho důvodu, že tu delší z větší části vyplňujeme u všech lidí, nejen u cizinců, tak je zbytečné dělat to víckrát. U nás by bylo rozhodně jednodušší využít tu kratší verzi, aby to nebylo zdlouhavé. Delší verze by byla použitelná pouze v případě, že by se upustilo od současné dokumentace, kterou máme zavedenou. Kratší verze je lepší, protože se spíše užije jen u cizinců. Co se týče informací obsažených v návrhu, tak na základních údajích bych nic neměnila, je zde

dobrá pojišťovna i placení, protože to jsou dost podstatné údaje. Složka komunikace se mi zde líbí, protože tyto informace dost používáme. Informace o oblíbených a neoblíbených potravinách pro mě osobně nejsou tak důležité, protože jídlo z jídelny moc neovlivním, pochybuji, že by mi pro paní připravili třeba nějaké vietnamské jídlo. U nás jsme rádi, že lidem můžeme nabídnout alespoň vegetariánskou stravu. V tomto směru je to pro nás nemyslitelné. Vyřadila bych bod o alkoholu, protože je uveden hned na začátku v naší základní anamnéze, kterou používáme. Jinak zbytek bych ponechala tak, jak je navržen se všemi zbývajícími informacemi.“

Rozhovor číslo 5:

Pátý rozhovor byl odebrán od sestry se středoškolským vzděláním, pracující v nemocnici na lůžkovém oddělení v Plzeňském kraji na chirurgickém oddělení.

Co znamená pojem multikulturní ošetrovatelství a jaká je jeho náplň?

„Obor multikulturního ošetrovatelství je v dnešní době velice frekventovaný, tedy ve dvacátém prvním století. Jedná se o péči zaměřenou na lidi, kteří jsou z jiných národnostních skupin. Zahrnuje v sobě holistickou péči a je zde důležitý individuální přístup ke každému jedinci, protože každý z nás má jiné potřeby k tomu, aby byly uspokojeny jeho potřeby.“

„Z ošetrovatelských modelů znám pouze model Gordonové, o žádných jiných bohužel nevím.“

„Cizinci se na našem oddělení objevují velice často, měli jsme zde Holanďany, Poláky, Ukrajince, jednoho klienta dokonce z Pobřeží Slonoviny. Co se týče frekvence jejich výskytu, určitě je to tak jeden cizinec do měsíce. Specifickou péči jim poskytujeme podle jejich onemocnění, se kterým k nám přicházejí. Samozřejmě pokud je to cizinec, který neovládá češtinu, je to komplikované, a proto je výhodou a důležité umět ovládat cizí jazyk, alespoň angličtinu. Pokud jí někdo z nás neovládá, v tomto případě využíváme tlumočnicka, který je k dispozici v naší nemocnici.“

Jakým způsobem se u vás odebírá anamnéza?

„Anamnézu odebíráme v soukromí, máme k tomu vyhrazenou místnost inspekčního pokoje. Je to lepší a hlavně když využíváme služeb tlumočnicka, je zde klid a čas odebrat od klienta informace, které potřebujeme zjistit. Samozřejmě u klientů zjišťujeme i fyzikální vyšetření, které zaznamenáváme do dokumentace. Zjišťujeme puls dech a také krevní tlak. Dále zjišťujeme informace, které se týkají celkového zdravotního stavu klienta, jako je například vylučování, dýchání, spánek a jiné další složky v naší dokumentaci. Jako každé zdravotnické zařízení se potýkáme s problémem jazykové bariéry. Pokud takový problém nastal, do dokumentace si zaznamenáváme, zda u klienta využíváme tlumočnicka a kontakt na něj, nebo jakéhokoliv jiného

překladatele i v případě, že se jedná o rodinného příslušníka, který umí česky. Na oddělení máme k dispozici i obrázky s různými činnostmi, říká se jim piktogramy. Největším problémem je, pokud je klient v bezvědomí a my nemůžeme sehnat jakýkoliv kontakt na klientovu rodinu. V tomto případě u cizinců nastává problém s pojištěním, které je u této skupiny klientů velice důležité a je to jedna z prvních položek, které zjišťujeme. Záznam o pojištění zaznamenáváme na samostatný dokument, v anamnéze klienta ho uvedený nemáme. Žádné jiné informace u klientů z jiných zemí nezjišťujeme, postupujeme stejně jako u klientů pocházejících z naší země. Nezaměřujeme se na oblíbená či neoblíbená jídla a ani na specifika v náboženském vyznání se nezaměřujeme a nezjišťujeme je.“

„Dvojí dokumentaci, která se zaměřuje na cizince a klienty žijící v naší zemi, nerozlišujeme. Používáme pro všechny stejnou, jak jsem se na začátku zmínila, jedná se o dokumentaci podle Gordonové.“

Jaký máte názor na návrhy ošetřovatelské dokumentace?

„Pokud bych si měla vybrat z těchto dvou návrhů, rozhodla bych se pro druhý návrh, tedy zkrácenou formu, která se do dokumentace pouze vkládá. Je to snažší a pro sestry rychlejší, než vyplňovat tu delší.“

Co se týče údajů, které jsou zde obsaženy v první části u identifikačních údajů, odstranila bych zdravotní pojištění a věnovala ho na jiný dokument. Je to můj názor, asi proto, že jsme u nás tak zvyklí a já bych to tak nechala. S údaji o komunikaci nemám žádný problém, je dostačující a nic bych s nimi nedělala. Ve výživě bych u stravovacích zvyků konkrétně nabídla, o jaké se jedná, aby se mohly zaškrtnout. Zbytek bych ponechala tak, jak ho tam máte vy. Spiritualitu bych také ponechala se všemi údaji, které tam jsou. Složka ošetření je velice nápaditá a zdá se mi vhodná, pokud se zaměřujeme na cizince. Určitě se v tomto směru přikláním k té kratší verzi ošetřovatelské dokumentace, vypadá dobře a snad by mohla i fungovat v praxi.“

Rozhovor číslo 6:

Šestá sestra, se kterou byl veden rozhovor, pracuje na urologickém lůžkovém oddělení nemocnice, která se nachází v Jihočeském kraji. Tato sestra má bakalářské vzdělání.

Co znamená pojem multikulturní ošetrovatelství a jaká je jeho náplň?

„Multikulturní ošetrovatelství se zaměřuje na péči o lidi, kteří jsou různých národnostních menšin. Specifikuje se v tom, že respektuje danou kulturu člověka, ze které daný jedinec pochází. Snažíme se navodit co nejpřirozenější prostředí pro klienta, který se ocitá v cizí zemi a je mu zde poskytována ošetrovatelská péče. Důležité je, aby mu byla poskytnuta péče, která zahrnuje i jeho zvyky denního života týkající se kultury, ve které vyrůstal a kterou nyní dodržuje.

Ošetrovatelský model, který se touto problematikou zabývá, se nazývá model Vycházejícího slunce, nejsem si jista, jestli je autorkou tohoto modelu Madelai Leiningerová, ale snad si to ještě pamatuji dobře a je to tak. Podstatou tohoto modelu je poskytnout takovou péči, která bere v úvahu kulturu klienta, na kterého působí vlivy jeho kultury a to kultura jako taková, politika školství, náboženství, přihlíží i na jeho vzdělání a jeho životní styl.

Cizinci v roli klientů, kteří potřebují ošetrovatelskou pomoc, přichází na naše oddělení velice často. Za svoji osmiletou praxi jsem se potkala s klienty Vietnamské národnosti, Poláky, Němci, Holanďany, Ukrajinci, také jsem ošetřovala jednoho Australana a nedávno u nás ležel jeden Mongolec. Na klienta mongolské národnosti nezapomenu, protože zde byla velká jazyková bariéra, kdy se s ním nikdo z nás nedokázal domluvit. V této situaci většinou voláme tlumočnicka, který je dán pro celou nemocnici. Kontakt na něj máme uvedený na nástěnce v sesterně. Stává se, že také u některých klientů komunikujeme prostřednictvím rodinných příslušníků. Co se týče jiných specifik, tak jsem se dosud nesetkala s tím, že by na mě měl někdo speciální požadavek ohledně natočení postelí správným směrem, či aby někdo z nějakého důvodu odmítl péči. Podle mě větší problém nastává u chování cizinců, na které nejsme zvyklí. Teď třeba narážím na Vietnamce, kteří se v jedné situaci na nás stále smáli a odkývali

nám vše. Ten, kdo následně neví jejich specifika chování, usoudil, že je vše v pořádku a přitom klient nic nepochopil a pokud tyto podstatné informace ošetřující personál neví, může nastat následně veliké nedorozumění. Takže pokládám za důležité, aby sestra o těchto věcech také něco věděla. Vzpomínám si ještě na jeden speciální požadavek, který u nás měl klient židovského vyznání. Žádost se týkala provedení rituální obřizky, kterou jsme mu museli odmítnout. Co se týče prostoru k modlitbám, pokud o to má někdo zájem a pokud je to možné dle jeho stavu, nabízíme jim možnost využít místnost, kterou máme na modlitby a rozjímání speciálně vytvořenou naší nemocnicí. Toto by bylo asi vše, co se týče péče, kterou jsem nějakým způsobem zažila.“

„Dokumentaci na našem oddělení používáme pro všechny stejnou s tím, že otázky z ní přizpůsobujeme věku a stavu, ve kterém se klient nachází. Forma, kterou používáme je v podobě dokumentace od Gordonové.“

Jakým způsobem se u vás odeberá anamnéza?

„Anamnézu odeberáme ve vyšetřovně, je to námi stanovená místnost, kam jsou všichni zvyklí si klienty při příjmu brát. Je zde klid a dostatečný prostor, a pokud se to týká cizince je to jediná možnost, jak s ním být v klidu a věnovat se mu, protože pokud je mezi námi jazyková bariéra, tak musíme brát ohled i na tlumočnicka, který musí mít na překlad klid a prostor. Samozřejmě se také stává, že není takový dostatek času, pokud je větší počet příjmů jak plánovaných, tak i urgentních, takže se musím přiznat, že potom anamnézu neodeberáme jen zde, ale snažíme se o to, aby to bylo co nejméně. Provádíme i fyzikální vyšetření, ve kterém zjišťujeme stejné věci jak u cizinců, tak i u lidí žijících zde. Zjišťujeme puls, krevní tlak a teplotu. Od cizinců zjišťujeme stejné informace jako od kteréhokoliv jiného klienta. Je pravda, že pokud se u nás objeví cizinec, tak se ho záměrně vyptáváme, jestli je věřící, tuto otázku u ostatních nepokládáme. Na specifika v jídle se neptáme, většinou pokud klienti něco nechtějí, přijdou sami a my se jim snažíme vyhovět tím, že se spojíme s kuchyní a domluvíme to s nimi. Velice často se setkávám, že jídlo cizincům většinou přináší rodina z domova. Co se týče náboženského vyznání, tak tuto položku vyplňuji převážně jen s cizinci a to

jen v rozsahu základní otázky, zda je věřící, pokud ano, ptám se ho, zda nemá nějaké požadavky. Více se na toto téma nezaměřuji a přiznám se, že u všech klientů tuto otázku nepokládám. Na co se u cizinců zaměřuji v první řadě, je údaj, zda jsou pojištěni a zaznamenávám to na zvláštní papír do chorobopisu klienta. Co se týče komunikace, funguje to způsobem, který uvádím již dříve, prostřednictvím tlumočnicka, prostřednictvím rodiny a používáme také piktoqramy. Nejčastěji využívané jsou týkající se pití, jídla, záchodu, mytí a máme i obrázky s telefonem, nebo léky podávanými injekční formou. V mnohých situacích mi velice pomohly, a nemohu si je vynachválit. Využíváme i nepoužívanější fráze, které máme ke každému jazyku napsány v počítači na sesterně a při potřebě si je tiskneme. Do dokumentace však provádíme pouze záznam o kontaktu na rodinu. Tlumočnicka máme uvedeného pro celou nemocnici na nástěnce.“

Jaký máte názor na návrhy ošetrovatelské dokumentace?

„Mně osobně se z těchto dvou dokumentací líbí ta delší verze, protože prakticky u klienta stejně všechny tyto informace musím zjišťovat plus ty, co se specifikují pouze na cizince. Je to dobrý nápad za předpokladu, že by se používaly dvě dokumentace, jedna v plné verzi pouze pro cizince a druhá by byla pro klienty žijící zde bez jakýchkoliv specifik.“

„Pokud se bavíme o plné verzi, tedy delší dokumentaci, její začátek bych ponechala tak jak je. Až ve složce pokožka bych zde doplnila údaj o dekubitech, následně u složky vyprazdňování stolice mi zde chybí záznam o inkontinenci, takže bych ho sem připsala. Další připomínku bych měla u reprodukce, zde bych úplně vyškrtla bod týkající se klimakteria, který patří do lékařské anamnézy, a já bych se na něj z tohoto důvodu již neptala. V této složce bych se také neptala a odstranila bych zmínku o výtoku, je to gynekologický problém, a pokud bych byla na gynekologii tak ano, ale u nás bych se na něj neptala. Zbytek anamnézy se mi líbí a nic bych již nevyřadila, snad jen na závěr bych pro úplnost anamnézy zařadila hodnocení nutričního screeningu, Nortonovou a Bathela. Jinak se mi dokumentace velice líbí a dovedla bych si jí i v praxi představit s tím, že by byla rozdílná pro cizince a pro klienty naší kultury.“

Rozhovor číslo 7:

Sedmý rozhovor byl veden se sestrou z Jihočeského kraje, která pracuje na lůžkovém oddělení chirurgického oddělení a má dosažené bakalářské vysokoškolské vzdělání.

Co znamená pojem multikulturní ošetrovatelství a jaká je jeho náplň?

„Multikulturní ošetrovatelství je ošetrovatelství, kdy je péče poskytovaná minoritám, různým cizincům. Sestry se snaží získat adekvátní informace o člověku cizí národnosti či jiného vyznání, aby mohli poskytnout specifickou kulturně ohleduplnou péči.“

„Jeden z modelů, který se specifikuje na sběr těchto informací, pochází od paní Leiningerové a nazývá se model Vycházejícího slunce. Snažila se o to, aby byla jedinci poskytnuta kulturně specifická péče, sestra musí mít znalosti v jednotlivých oblastech, kterými se ona zabývá, jako je náboženství, stravování, kultura a jiné. Následně když sestra tyto znalosti získá, tak může poskytovat danou péči, ale ta musí být v souladu s profesionální péčí a je třeba brát v úvahu i jejich laickou péči. Důležité je najít kompromis, aby ta péče vyhovovala jak tomu jedinci, tak i té sestře.“

„Za dobu, kterou pracuji na tomto oddělení, jsem se setkala pouze s Holanďany a Ukrajinci. Žádná specifika, která by po mě vyžadovali v péči jsem nezažila, jediný problém, který míváme, je jazyková bariéra. V tomto případě je potřeba zajistit nějaký překlad, aby jim bylo vysvětleno, co se s nimi bude dít. U některých případů je komunikace zajištěna prostřednictvím rodiny nebo přátel, u kterých klienti předtím, než se dostali do nemocnice, byli. V současné době se s touto variantou komunikace setkáváme velice často. Mimo rodinných příslušníků jsou zde překladatelé, na které máme kontakty a ty jsou uvedeny v našich standardech u každého jazyka je uvedené jméno a telefonický kontakt. Jinak také využíváme personál z nemocnice, ve většině případech jsou to lékaři. Piktogramy u nás nevedeme, ani základní fráze nemáme vytištěné, pouze pokud něco potřebuji přeložit, tak si to vyhledám na počítači přes překladač. Jinak jsem se z žádnými problémy ani požadavky.“

Jakým způsobem se u vás odebírá anamnéza?

„Anamnézu odebíráme v oddělené místnosti, protože u klientů cizinců na odběr potřebujeme klid a hlavně, pokud jim nerozumíme, tak je zde přítomný tlumočnick, který vyžaduje klid a soukromí, aby se s klientem mohl domluvit. Pokud já sama nějakým způsobem zvládám základní údaje, tak si je odeberu od klienta sama a následně zbytek řeším právě přes známé, nebo tlumočnicka. Pokud se jedná o noční příjem, tak se snažíme sehnat někoho z personálu, který jazyk ovládá, vyřešíme to nejdůležitější a zbytek řešíme druhý den ráno. Nejdůležitější je pro nás, abychom věděli, jaké léky užívá, zda má alergii. Co se týče fyzikálního vyšetření, tak pokud jsem měla klienty cizince, nesetkala jsem se, aby odmítli vyšetření kvůli pohlaví. Asi také proto že jsme u nás všechny sestry ženského pohlaví a klientky ženy s tím nemají žádné potíže, a ani s žádným mužem, který by odmítl vyšetření, jsem se nesetkala. U klientů cizinců se při odběru anamnézy ptáme na stravovací specifika, ale v dokumentaci to zaznamenané nemáme, pouze to zde doplňujeme. Co se týče pojištění, to mi na oddělení nezjišťujeme, zaznamenává se již na ambulanci při příjmu. Odlišnou dokumentaci, která by se používala pouze u cizinců, na oddělení nemáme, používáme pro všechny klienty jednotnou. S tím, že na dokumentaci na horní část u cizinců zaznamenáváme, že nerozumí a červeně se zaznamená kontakt, přes koho dochází k dorozumívání i s telefonním číslem, aby to v té dokumentaci bylo viditelné. Také je důležité, abychom dostali souhlas od samotného klienta, že jakékoliv informace mohou jít přes třetí osobu, která tlumočí. Co se týče vyznání, tak tuto informaci od klientů nezjišťujeme, ani jí do dokumentace nezaznamenáváme. Samozřejmě, pokud by sám vyslovil nějaké přání a bylo to řešitelné a dle nemocničních podmínek možné, tak se dá vše zařídit a klientovi vyhovět, ale musí se zmínit sám.“

Jaký máte názor na návrhy ošetřovatelské dokumentace?

„Z těchto dvou dokumentací bych si vybrala tu kratší verzi, protože je pro nás sestry snazší jí vyplnit a není tak časově náročná a hlavně se u nás tak často cizinci neobjevují, takže pokud bychom mněli používat tu delší verzi, byla by pro nás komplikovaná pro vyplnění, protože by se používala minimálně. Samozřejmě kdyby

bylo po mém, zůstala bych u standardní dokumentace, kterou používáme a u klientů cizinců bych některé informace pouze doplnila ručně tak, jak jsme na to zvyklí nyní. Co se týče o informaci o komunikaci, tak bych tam tyto údaje, které zde jsou uvedené, ponechala, jsou vhodné a vystihují ty nejdůležitější body. Specifika při stravování mi v dokumentaci neuvádíme, ale v dokumentaci, která by měla být zaměřena na cizince, je tento údaj dle mého názoru důležitý, tudíž bych ho tam ponechala. Stejný názor mám i na položku vyznání nebo náboženství, tento údaj zde rozhodně má své místo. Ještě bych zde doplnila údaj jakého vyznání cizinec je, a tím dále odkázala na vypracované standardy pro jednotlivé kultury, které by zde byly popsány ve zkratce pro ty sestry, které o ní nic neví.“

Rozhovor číslo 8:

Osmý rozhovor byl veden se sestrou pracující na chirurgickém oddělení v nemocnici ve Středních Čechách. Tato sestra dosáhla magisterského titulu.

Co znamená pojem multikulturní ošetrovatelství a jaká je jeho náplň?

„Co je to multikulturní ošetrovatelství si ještě pamatuji ze školy. Multikulturní ošetrovatelství znamená péče o klienty jiné národnosti neboli jiné kultury, kdy se snažíme ošetrovat Japonce, Vietnamce a jiné. Je zde důležité, abychom respektovali jejich víru, zvyky, stravování a jiné další věci s tímto tématem spojené.“

„Jaké modely se v této problematice využívají, tato otázka je již pro mě těžší, ale myslím si, že je to snad model Vycházejícího slunce od Leiningerové. V čem spočívá, už ale asi nevysvětlím. Raději toto téma opustíme, bohužel si na to již nevzpomínám.“

„Cizinci, kteří se u nás objevili, a pamatuji si je, byli z Uzbekistánu, Itálie, Polska a Anglie. Žádné velké problémy jsem s nimi neměla, vždy byli velice snaživí a přizpůsobiví. Svým způsobem to byli vzorní nenároční pacienti, kteří neměli žádné náročné požadavky či stížnosti a také co se týče léčby byli poslušní a velice poctiví. Největší problém samozřejmě bývá v komunikaci, pokud pacient nerozumí. V této situaci se snažíme domluvit takzvaně rukama nohama, a pokud komunikaci sami nezvládáme, snažíme se sehnat osobu, která daný jazyk zvládá. Nejprve začínáme hledat spíše v řadách zdravotnického personálu mezi sestrami nebo lékaři. Nestalo se nám, že bychom využili služeb tlumočnicka, i když na něj samozřejmě kontakt máme. Piktogramy používáme velice zřídka, ale na oddělení jsou k dispozici. Také se stává, že využíváme znalostí jazyka z řad příbuzných, pokud jim chceme něco sdělit, oni jim to přeloží. Máme s nimi lepší zkušenosti, protože jsou to blízcí pacienta a mají k nim větší důvěru než k někomu cizímu.“

Jakým způsobem se u vás odebírá anamnéza?

„Anamnézu přímo na oddělení neodebíráme, máme k tomu centrální příjem, zde odeberou všechny kompletní informace i s fyzikálním vyšetřením. Také to zda mají klienti pojištění, se zjišťuje zde, máme na to v dokumentaci speciální kolonky, kde je

přímo napsané, jestli je pacient samoplátce nebo ne, a když odchází, tak se mu vystaví účet. Co se týče náboženství, tak jsem se nesetkala s nějakými ojedinělými zvyklostmi či požadavky, pouze jednou jsem měla požadavek, zda by za pacientkou nemohl přijít kněz. Jejímu přání jsme vyhověli, zavolali jsme ho a ona si s ním v soukromí, které jsme jí dopřáli, popovídala. Žádnou specifickou dokumentaci pro pacienty cizince nepoužíváme. Máme standardní dokumentaci podobnou Gordonové. Pokud jí používáme u cizinců, tak si v ní děláme poznámky, které vpisujeme. Zaznamenáváme si, že se jedná o cizince a v jakém jazyce hovoří, popřípadě zda rozumí a samozřejmě i kontakt na osobu, která pacientovi vše překládá, pokud nerozumí. V poslední době dokonce pacienti již přicházejí do nemocnice a mají svého překladatele, kterého si sami sehnali. Mají s ním domluveno, že se tomuto člověku může zavolat po celých dvacet čtyři hodin, kdyby nastal nějaký problém. Žádné jiné problémy jsem nezaznamenala. Oni ti pacienti, když už k nám přicházejí, tak spíše vidí ten chirurgický problém a jsou s určitými podmínkami a řádem nemocnice smířeni a jsou na vše připraveni. Co se týče stravy, my ji kromě diet neřešíme, pokud mají nějaké speciální požadavky, většinou jim to poskytne rodina. Z důvodu, že u nás leží pacienti po operaci, tak se jídlo, které jí a nejí, mnoho neřeší. Co se týče pití, opět nezjišťujeme, zda chtějí vodu nebo čaj, pokud mají rádi něco jiného, je tu opět rodina, to je na nich.“

Jaký máte názor na návrhy ošetrovatelské dokumentace?

„Co se týče výběru navržených dokumentací, tak již na první pohled bych si vybrala tu kratší verzi. Z toho důvodu, že již v současné době sestra vyplňuje nepřehledný počet papírů a stráví nad nimi dlouhou dobu, kterou by mohla věnovat pacientovi.“

„Velice se mi líbí informace o komunikaci, protože my jí v dokumentaci zaznamenanou nemáme a předáváme si tyto údaje pouze ústně. Bylo by dobré, kdyby to ta sestra měla zaznamenané a mohla se podívat. Jinak se mi informace, které jsou zde obsažené, líbí, jsou stručné a výstižné. Charakterizují ty nejtýpickejší oblasti, které se k tomuto tématu vztahují. Možná bych vynechala neoblíbené pití a jídlo.“

Rozhovor číslo 9:

Tento rozhovor byl veden se sestrou pracující na dětském oddělení jednotky intenzivní péče, která se nachází v Jihomoravském kraji. Dotyčná sestra ve vzdělání dosáhla bakalářského titulu.

Co znamená pojem multikulturní ošetrovatelství a jaká je jeho náplň?

„Multikulturní ošetrovatelství zahrnuje péči o pacienty pocházející z různých kultur, které u nás ve společnosti žijí a každá z nich má svá specifika. Proto je důležité o daných kulturách co nejvíce vědět, protože každá má něco specifického.“

„Jeden z modelů, který se touto problematikou zabývá, je model Vycházejícího slunce, který vytvořila Leiningerová. Jedná se o jakýsi návod jak dosáhnout určitého cíle v ošetrovatelství s tím, že určitou představu má sestra a určitou představu má pacient podle jeho zvyklostí nebo kultury a je potřeba, aby pacient přijal svoji léčbu. Je to v podstatě návod jak v určitých oblastech k tomu pacientovi přistupovat. Určitě ještě existuje další model, ale na ten si již bohužel nevzpomínám.“

„Z cizích kultur u nás bývají převážně Vietnamci a Číňani. V podstatě největší problém v péči je se s nimi dorozumět. Pro tyto případy máme předtištěné takové poučení, když se dítě překládá a následně je potřeba s maminkou prodiskutovat, jak o dítě pečovat. Pokud ta Vietnamka nebo Číňanka nerozumí, tak právě v těchto návodech je vysvětleno všechno v jejich jazyce a je zde také věta, aby si zajistili překladatele, pokud je potřeba. Číňani mají svá specifika hlavně ve stravě, tímto směrem jim nemocnice nevychází moc vstříc a je velice časté, že jim stravu donáší příbuzný z domova, nikomu z nás nedělá problém, že si tam jí své jídla. Pro nás jako pro dětské sestry je specifické, že u čínských, ale i vietnamských dětí se nesmíme dotknout jejich hlavy, abychom jim nebrali energii. Takže i když je velké horko a dítě se potí, maminka mu stejně dá čepici a rukavice, aby se mu na ně nesahalo. Takže když rozumí, je důležité se s ní domluvit a vyhýbat se těmto oblastem. Pokud ovšem nerozumí a my jako sestry začneme stahovat rukavičky, tak ona to přijme s úsměvem a pokud přijdete za chvíli, tak je má opět na sobě. V těchto případech je potřeba hlídat teplotu toho dítěte. Dále pokud se dítě narodí, málokdy se stává, že si maminka dítě

chce hned vzít k sobě. Ona chce odpočívat až do rána, takže se pak všechny důležité věci okolo vysvětlování dějí až druhý den ráno. Jinak jsou to pacienti, kteří jsou velice trpěliví, ale na druhé straně velice umanutí. Oni trpělivě přijmou naprosto všechno a potom si to udělají po svém. Co se týče komunikace, tak máme předtištěné poučení, tudíž žádné piktogramy na oddělení nepoužíváme. Velice v těchto případech využíváme překladatele, kterého si oni sami zařídí. Ve většině případů se s tlumočníky již známe a máme na ně již i číslo, takže se s nimi domluvit není problém. Jsou případy, kdy místo překladatele je přítomen manžel, který většinou umí více česky než jeho žena.“

Jakým způsobem se u vás odebírá anamnéza?

„Anamnézu čerpáme převážně z dokumentace gynekologické, protože jsou první, kdo tu rodičku vyzpovídá. Je zde již obsažená rodinná anamnéza a další důležité informace jako jsou alergie, a abychom eventuelně věděli, čím dokrmovat dítě. Pro nás je problém se rodičky ptát, jestli má alergie v bolestech. Další anamnézu si již doplňujeme v průběhu hospitalizace sami. U fyzikálního vyšetření je problém vyšetření fontanely, ale vědí, že je to důležité a musí to být, ale vyloženě toto vyšetření přetrpí, v tomto směru jsou ukáznění. Objevili se u nás i pacientky arabské národnosti a ani v tomto případě nenastal žádný problém. Pouze si sestry musely zvyknout, že jsou zahalené, ale z jiného pohledu žádné nedorozumění nenastalo. Na našem oddělení jsou převážně lékařky ženy, takže není problém ani s odmítnutím ošetření ohledně pohlaví. Specifické je i podání informací, kdy doktor sdělí stav maminky a dítěte, ale po té, co přijde na návštěvu otec, tak všechny informace musí zopakovat znovu přímo jemu. Za ten čas už si lékaři zvykli, že u podání informací musí být přítomen otec rodiny. Vše toto je spíše o zvyklosti, ale do žádné dokumentace tyto údaje nezaznamenáváme. Co se týče vyznání a otázky náboženství, toto také neřešíme, pouze pokud je to dítě ve špatném stavu. V tomto případě se umožní provést křest, nebo jakýkoliv jiný rituál. Rodině většinou dopřejeme klid a můžu říci, že si ještě nikdo nestěžoval na jakékoliv obřady. Ohledně problémů, které se občas naskytnou, jsou pouze, v komunikaci, kterou se snažíme úspěšně řešit. Vyloženě na specifické informace týkající se cizinců se neptáme, pro nás je důležité vědět alergie, prostě se nedotazujeme na to, co by pro ně

bylo vyloženě nepřipustné. Dokumentaci, kterou u nás používáme, nemáme zhotovenou zvlášť pro cizince, používáme pro všechny jednotnou.“

Jaký máte názor na návrhy ošetrovatelské dokumentace?

„Z těchto dvou návrhů bych upřednostnila tu kratší verzi. Je snadnější na vyplňování a vystihuje to nejdůležitější, v čem se naše kultura liší od jiných.“

„Pro nás je důležitý a zanechala bych zde tlumočníka a kontakt na něj, to je u pacientů cizí národnosti důležité a nezbytné. Dále je nepostradatelný kontakt na rodinu, protože je zde stanovené koho, budeme informovat o stavu jak maminky, tak toho dítěte. V piktogramech máme trochu mezeru, ale myslím si, že by nám to velice v některých situacích pomohlo. Co se týče jídla, já se matky zeptat můžu, co třeba nejí nebo jí, ale v tomto to u mě končí a já nemohu rozhodovat o tom, co budou vařit v kuchyni, maximálně jim mohu nabídnout vegetariánskou stravu, ale oni stejně tento problém řeší donáškou jídla z domova. Více by se mi zde líbila ta spiritualita, i pro to dítě, hlavně u nezralých dětí, tato informace by pro nás v těchto případech byla dobrá, abychom věděli, jak se zachovat a přistupovat k té rodině.“

Rozhovor číslo 10:

Desátý rozhovor byl veden se sestrou, která pochází z Vysočiny a pracuje na oddělení akutní péče. Tato sestra dosáhla vysokoškolského vzdělání s titulem bakalář.

Co znamená pojem multikulturní ošetrovatelství a jaká je jeho náplň?

„Multikulturní ošetrovatelství znamená ošetrování pacientů pocházejících z jiných kulturních oblastí, zemí, s jiným vyznáním, nebo jiná minorita, která se liší přístupem k určitým věcem.“

„Jeden z modelů, který znám, je od Leiningerové a potom Gigerovou a Davidhizarovou. Model podle paní Leiningerové je spíše teoretický, který slouží k popsání té dané skupiny. Ten druhý model je spíše praktičtější, kdy se jedná již o sběr dat o tom konkrétním daném jedinci.“

„Občas se u nás na oddělení vyskytnou jedinci vietnamské národnosti, jednou jsme zde měli pacienta z Indie. Největším problémem, který je na prvním místě, je samozřejmě zajištění komunikace. Většinou tento problém řešíme přes tlumočníka, na kterého máme kontakt přes informační centrum nemocnice to nám sežene člověka, který ovládá danou řeč, kterou požadujeme. Většinou se jedná o osoby, které již známe, a delší dobu již s nemocnicí spolupracují. Také se stává, že již oni sami s tlumočníkem přijdou. Jinak na oddělení máme nejdůležitější fráze, které se používají, ale pouze v angličtině. Obrázkové piktogramy se u nás na oddělení zatím nepoužívají. V nejhroších situacích využíváme slovník. V případě indického pacienta jsme zajišťovali hlavně specifika v oblasti výživy, kdy jsme jeho problém řešili vegetariánskou výživou.“

Jakým způsobem se u vás odebrává anamnéza?

„Na anamnézu speciální místnost nemáme, odebíráme ji již při příjmu pacienta i z důvodu toho, že dělám na akutní péči a tam v té počáteční fázi není ani moc času na její odběr. Následně pokud je stabilizovaný, tak se snažíme to podstatné zjistit již u lůžka. Nebo když přijde rodina na návštěvu, tak od ní. S fyzikálním vyšetřením jsem dosud žádné problémy neměla, nestalo se my, že by někdo striktně něco odmítl a nechtěl se nechat vyšetřit. Co se týče těch specifík, na které se v naší anamnéze

zaměřujeme, tak to se spíše týká té stravy, kdy zjišťujeme pouze, zda něco striktně odmítají. Další informace se týká komunikace. Ptáme se, zda budou potřebovat toho tlumočníka nebo zda tuto funkci zastane někdo z rodiny a je schopen jim tuto službu poskytovat s tím, že umí dobře česky. Potom se na začátku ptáme, v tomto případě to bylo třeba u Inda, jestli si přeje zařídit nějaké duchovní služby. Tyto dotazy nemáme vypracované dopodrobna, jsou to jen povrchní otázky, které nás mají nasměrovat určitým směrem, jak jednat s tím pacientem. V žádném případě se mi nestalo, že by mi někdo odmítl podat jakoukoliv informaci co se týče anamnézy. Také si hlídáme pojištění, kdy zjišťujeme, zda jsou cizinci na našem území delší dobu, ty většinou již mají zařízené povinné pojištění a potom nám tedy stačí pouze průkaz pojišťovny, ale stejně se kontaktuje naše sekretářka, která to vše má na starosti a vše si řeší sami na personálním. My si pouze zaznamenáváme, že se jedná o cizince. Co se týče dokumentace, tak nepoužíváme pro pacienty cizí národnosti odlišnou dokumentaci, máme pro všechny jednotnou.“

Jaký máte názor na návrhy ošetřovatelské dokumentace?

„Takže asi proto, že pracuji v akutní péči, tak se přikláním k té kratší verzi, která má podstatně méně informací a je rychlejší na vyplnění, a v podstatě tím zjistíme pouze ty specifika. Líbí se mi, že se následně může přiložit k naší stávající dokumentaci. Jiné informace bych nepřidávala, nechala bych to tak jak to je. Zdá se mi opravdu, že je tam to podstatné od té komunikace, výživy a jsou tam opravdu ty informace, na které by se sestra stejně zeptala, nebo kde by očekávala, že by mohl být problém. Opravdu ve shrnutí bych nechala tu krátkou verzi, s tím, že si ponecháme naší stávající dokumentaci.“

Rozhovor číslo 11:

Další rozhovor byl proveden se sestrou pracující na dětském oddělení lůžkové části, která pochází z Královéhradeckého kraje. Tato sestra vystudovala vysokou školu, kterou zakončila bakalářským titulem.

Co znamená pojem multikulturní ošetrovatelství a jaká je jeho náplň?

„Multikulturní péče je péče o více kultur, které mají odlišnou historii, zvyky a chování. Může jít o cizince, pacienty jiného vyznání a jiná etnika. Díky zjištění těchto znaků dochází k poskytování odlišné péče.“

„Model, který se k této oblasti vztahuje, je od Leiningerové, jedná se o model Vycházejícího slunce a jde o to, aby ta péče byla poskytována podle těch jednotlivých kultur, tradic a zvyků.“

„Pacienti cizinci se u nás objevují opravdu ojediněle. Co si pamatuji, tak to byli Vietnamci, jeden Holanďan, Kazachstánu a romští občané. Musím se přiznat, že u nás žádná specifika, které by byly spojené s poskytováním péče cizincům i s tím, co jsme se učili ve škole, tak nic takového neděláme. Samozřejmě jednou z častých komplikací a největším problémem je komunikace, pokud pacient nerozumí. Většinou to řešíme tím způsobem, že nejdříve se zkusíme dorozumět prostřednictvím zdravotnického personálu. Některé sestry velice dobře některé jazyky ovládají, takže to pro ně není zase až takový problém. Nejprve se snažíme domluvit přes angličtinu a u těch Vietnamských pacientů to jsou děti, které již v současné době dochází do českých škol a umí plynule česky. Pokud ale i přesto dojde k situaci, že nerozumí, tak se několik případů řešilo i komunikací s jinými rodinnými příslušníky. Volbu tlumočnicka necháváme až jako poslední možnost, ale v poslední době se dá říci, že jsme ho vůbec nevyužívali. Samozřejmě kontakt na něj máme, je na sesterně, a protože jsme fakultní nemocnice, tak je to tlumočnick, který je určen pro nemocnici. Co se týče piktogramů, ty nepoužíváme a ani je na oddělení nemáme. Pojištění my jako řadové sestry ve službě neřešíme, buď to řeší lékař anebo sestra, která je jakousi sekretářkou. Tento údaj si ponechávají oni a my ho v dokumentaci zaznamenaný nemáme, ani ho tam nedopisujeme. Pouze necháváme ofotit doklady nebo pas, který pak předáváme právě

sekretářce. Vzhledem k tomu, že jsme na intenzivní péči, tak stravování je u nás spíše až druhořadé, když se přechází na normální stravu, tak jsem se vyloženě s žádnými specifiky nesetkala a ani se na ně neptáme. Ze směru náboženství se mi stalo pouze jednou, že tatínek dítěte měl zvláštní požadavek, ale opět s ním přišel on sám, zda může provádět odpolední modlitby, což jsme mu samozřejmě umožnili.“

Jakým způsobem se u vás odebírá anamnéza?

„Základní informace nejprve odebíráme z lékařské dokumentace, anebo pomocí dotazování se rodičů, a pokud jsou to větší děti, tak se někdy ptáme přímo jich. Fyzikální vyšetření provádíme a nesouhlas s nějakým výkonem jsem také nezažila. Většinou všichni souhlasili, protože jde přece jenom o tu akutní fázi onemocnění. Ty cizinci k nám přijdou většinou s tím, že jim pomůžeme. Ale je jim samozřejmě nutné vysvětlit, co se bude dít a co je potřebné udělat a proč. Specifické informace, které od pacientů zjišťujeme, jsou samozřejmě různé dle věku těch dětí. Určitě se zaměřujeme na tu výživu a specifika denního režimu toho dítěte a to je asi tak pro nás to nejdůležitější. Do dokumentace nezaznamenáváme údaje, zda je to cizinec, nebo zda rozumí, ale tyto informace si předáváme u lůžka při předání ústního hlášení pouze mluvenou formou. Odlišnou dokumentaci pro cizince nemáme, na oddělení je pro všechny dětské pacienty jednotná dokumentace, kterou používáme u všech. Pouze souhlasy s výkonem máme přeložené do několika jazyků.“

Jaký máte názor na návrhy ošetrovatelské dokumentace?

„Hned na začátku bych chtěla říci, že vzhledem k tomu, že pocházím z té akutní péče, tak bych si vybrala tu kratší verzi, kde je uvedeno podstatně méně informací a tuto specifickou péči vystihuje v tom nejdůležitějším. Co se týče obsahu informací, tak u té výživy bych spíše dala zakázané režimy výživy, protože bych řekla, že oblíbené a neoblíbené je spíše o tom, co mě chutná a co mě nechutná, a to samé bych změnila i u tekutin. Spiritualitu bych nechala tak, jak jí máte zpracovanou, i když se na toto téma v současné době ptát je ožehavé, protože je to docela soukromá věc těch pacientů a mnohdy pro ně i citlivá.“

Rozhovor číslo 12:

Dvanáctý rozhovor jsem vedla se sestrou pracující na interním oddělení lůžkové části, která se nachází v Plzeňském kraji. Tato sestra dosáhla středoškolského vzdělání.

Co znamená pojem multikulturní ošetrovatelství a jaká je jeho náplň?

„Multikulturní ošetrovatelství je dle mého názoru péče o pacienty, kteří pocházejí z ciziny a mluví jiným jazykem a projevují se jiným chováním. Mám takový dojem, že toto ošetrovatelství se zde objevilo až v posledních letech.“

„Bohužel žádný model, podle kterého by se měla péče odvíjet neznám a ani jsem se s ním nesetkala za dobu své praxe. Abych pravdu řekla, nevím, že nějaké druhy modelů u nás existují a jaké to jsou, asi to bude tím, že jsem starší sestra.“

„Na oddělení se s mnoha cizinci nesetkáme, za tu dobu, kterou jsem zde, jsem zažila cizince pocházející z Ruska, pár Vietnamců a také Angličana. Největším problémem pro mě a i pro jiné sestry je komunikace s cizincem, který nerozumí našemu jazyku. V tomto případě využíváme nejprve své síly a snažíme se dorozumět jazyky, kterými hovoříme samy. Využíváme nejen sestry, ale i lékaře. V současné době je to trochu snazší, protože máme k dispozici počítače, na kterých si můžeme nějaké nejdůležitější fráze přeložit. Možnost piktogramů k dispozici bohužel nemáme, ale možná, že by to pro nás mohlo být i přínosem ke snadnějšímu dorozumívání. Samozřejmě pokud není nikdo, kdo by byl schopen se s pacientem domluvit, tak přistupujeme k možnosti využití tlumočnicka, na kterého máme na oddělení kontakt přes centrálu. Je k dispozici pro celou nemocnici. Víím, že cizinci mají různé stravování, ale na našem oddělení se na tuto informaci neptáme. Pacienti mají možnost si vybrat z několika jídel, které mají v denní nabídce a sestry jinou možnost nabídky nemohou poskytnout, pouze v podobě vegetariánské stravy. Zatím, za tu dobu co tu jsem, se mi nestalo, že by si někdo na stravu stěžoval v tom ohledy, že si přeje něco jiného a my mu to nedokážeme zajistit. Pokud pacienti jídlo, které jim nabízíme, nechtějí, tak to řeší přes rodinu, která jim stravu, na kterou jsou zvyklí, přinese. Z náboženského hlediska se na tyto informace neptáme, ani je nikam nezaznamenáváme do dokumentace. Necháváme na nich, pokud mají nějaké přání nebo požadavky, a pokud v této oblasti

něco potřebují, tak se jim dle možností snažíme vyhovět, ale s žádnými specifiky kromě přivolání kněze jsem se nesetkala.“

Jakým způsobem se u vás odebírá anamnéza?

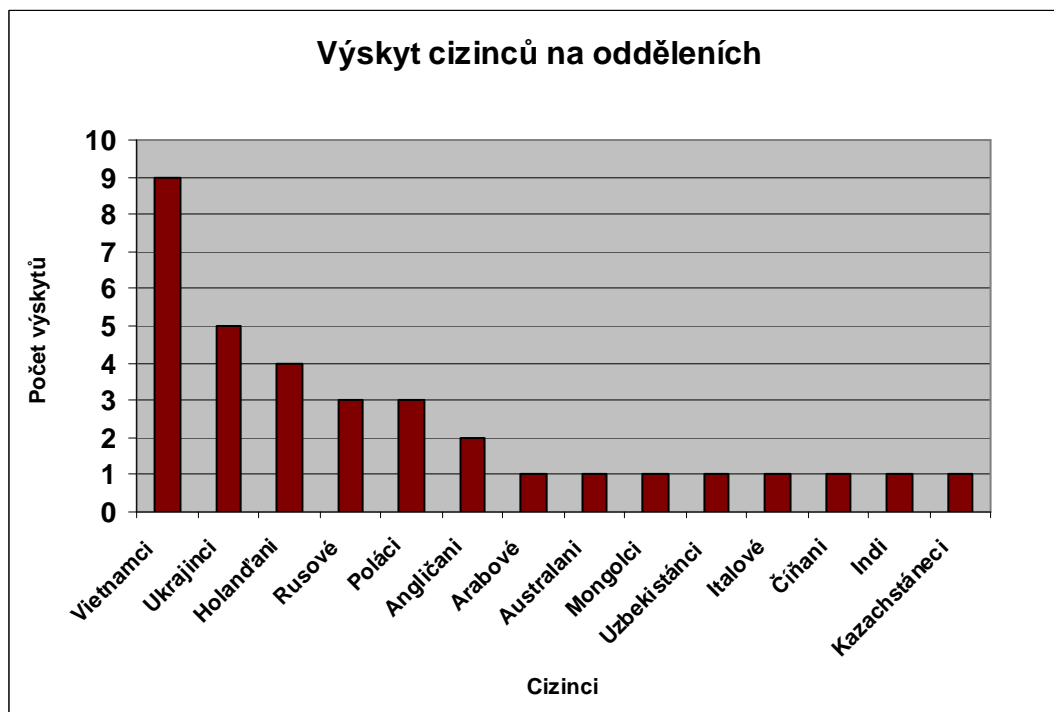
„Anamnézu odebíráme při příjmu pacienta, když k nám přichází na oddělení. Většinou si ho bereme na vyšetřovnu, která je k jejímu odběru určená. Zde máme soukromí a dostatek času na vyplnění důležitých informací. Co se týče dokumentace, používáme jednotnou verzi pro všechny pacienty, ať se to týká cizince, nebo místního občana. Informace, které obsahuje, jsou stejné, jako mají jiné dokumentace v jiných nemocnicích, jde o základní údaje. Žádná specifika, které by byly určeny cizincům, zde nemáme. Týká se to komunikace, výživy a jiných. Prostě jsou zde pouze nejdůležitější položky, jako jestli je pacient schopen samostatně přijímat potravu, zda je diabetik. U komunikace, pokud je to cizinec, tak si pouze píšeme, zda rozumí a odkud pochází. Pojištění my nezjišťujeme, touto informací se zabývají na sekretariátě a my jí nemáme v dokumentaci uvedenou. Pouze je nám při odchodu pacienta sděleno, zda pacient bude platit hotově nebo ne. Na náboženské vyznání se neptáme a nikam ho nezaznamenáváme.“

Jaký máte názor na návrhy ošetřovatelské dokumentace?

„Pokud se na obě vytvořené dokumentace podívám, již na první pohled je mi sympatičtější ta kratší verze. Už proto, že se na našem oddělení pacienti cizí národnosti objevují velice zřídka, tak by bylo pro nás sestry velice složité se jednou za čas v té delší verzi orientovat. Pokud se budeme bavit o kratší verzi dokumentace, tak informace, které jsou zde obsaženy, mi přijdou dostačující. U stravy bych ještě vyloučila bod kde s oblíbeným jídlem a pitím, protože pro mě jako pro sestru, je v tomto případě důležité, co pacient nemůže nebo nejí. Pokud mohu říci, dle mého názoru, tak pro nás pro sestry, je dokumentů, které sestra musí vyplnit tak mnoho, že já osobně bych zůstala při starém a používala pouze dokumentaci, kterou máme již k dispozici.“

4.2 Grafické znázornění

Graf číslo 1 : Výskyt cizinců na odděleních



Na následujícím grafu je zobrazena četnost nejčastěji ošetřovaných cizinců, se kterými se sestry setkaly ve své praxi. První místo zaujímají Vietnamci s celkovým počtem devíti výskytů. Dalším národem jsou Ukrajinci, o které se staralo pět sester a následují je Holanďani, o které pečovaly tři sestry. S Rusi a Poláky mají zkušenost tři sestry. Dvakrát uvedly sestry péči o cizince pocházející z Velké Británie a za nimi následuje velký počet cizinců, jejichž zkušenost s péčí uvedly sestry pouze jednou a jedná se o tyto národnosti: Arabové, Australani, Mongoli, Uzbekistánci, Italové, Číňani, Indi a na závěr také Kazachstánci.

Tabulka číslo 1: Problematika komunikace s cizinci

	Problémy s komunikací	využití personálu	rodiny	tlumočnicka	piktogramů	přeložených vět
Sestra 1	ano	ano	ano	ano	ne	ne
Sestra 2	ne	ne	ne	ano	ne	ano
Sestra 3	ano	ne	ano	ano	ne	ano
Sestra 4	ano	ne	ano	ano	ne	ne
Sestra 5	ano	ne	ne	ano	ano	ne
Sestra 6	ano	ne	ano	ano	ne	ne
Sestra 7	ano	ano	ano	ano	ne	ne
Sestra 8	ano	ano	ano	ano	ano	ne
Sestra 9	ano	ne	ano	ano	ne	ne
Sestra10	ano	ne	ne	ano	ne	ano
Sestra 11	ano	ano	ano	ano	ne	ne
Sestra 12	ano	ano	ne	ano	ne	ne

Tato tabulka znázorňuje přehled problematiky komunikace sester s pacienty a možnost využití alternativ a jejich incidence, které sestry při komunikaci s cizincem využívají. Nejčastějším problémem, který sestry uváděly, byla schopnost dorozumět se. S tímto bodem mělo problém jedenáct sester, pouze jedna problémy při komunikaci neuvádí. Dalším bodem v tabulce je jedna z možností komunikace, jedná se o využití nemocničního personálu, který daný jazyk ovládá. Tuto variantu, jak z přehledu vyplývá, využívá pouze pět sester. Osm sester uvádí rodinu jako jednu z možných alternativ při dorozumívání a čtyři sestry tuto možnost nevyužívají. Použití tlumočnicka uvedlo všech dvanáct sester a piktogramy využívají při komunikaci jen dvě sestry. V tabulce je také patrné, že tři sestry používají ke komunikaci přeložené věty a ostatní sestry, jak tabulka znázorňuje, tuto možnost nevyužívají.

5 Diskuse

Tato diplomová práce měla za cíl zjistit, zda sestry v ošetrovatelské dokumentaci zjišťují specifické informace týkající se klientů pocházející z cizí země a jestli je potřebné, aby tyto informace ošetrovatelská dokumentace obsahovala. Druhým cílem bylo vytvoření návrhu ošetrovatelské dokumentace pro pacienty pocházející z cizích zemí. V šetření jsme se zaměřili na to, zda sestry mají povědomí o multikulturním ošetrovatelství a jaký obsah otázek, na které se sestry ptají, je obsažen v anamnestické dokumentaci zaměřené na cizince. Dále jsme zjišťovali, zda se sestry již s péčí o cizince setkali a v čem spočívala rozdílná péče. Výzkumným vzorkem bylo dvanáct sester pocházejících z rozdílných dvanácti nemocnic po celé České Republice a pracujících na různých odděleních. Sestry, se kterými bylo vedeno šetření, pocházely z různých krajů v České Republice. Z jihočeského kraje byly tři sestry, dvě sestry pracovaly ve středočeském kraji, čtyři sestry byly z Plzeňského kraje, jedna sestra z Vysočiny, jedna sestra byla z Jihomoravského kraje a jedna z Královehradeckého kraje. Metody, které byly použity ke sběru informací, byl nestandardizovaný rozhovor a obsahová analýza dat.

5.1 *Multikulturní ošetrovatelství*

První otázka, která byla sestrám v rozhovoru položena byla, zda ví, co znamená pojem multikulturní ošetrovatelství a co tento pojem zahrnuje. Jedna z dvanácti sester uvedla, že jí pojem multikulturní ošetrovatelství nic neříká a nic o něm neví. Více se k této otázce nechtěla vyjadřovat. Zbýlých jedenáct sester na tuto otázku odpovědělo velice podobně. V rozhovoru číslo dva sestra uvádí, že se jedná o péči o klienty pocházející z jiné země a vyznávající různá náboženství. Tuto samou odpověď použila i sestra v rozhovoru číslo tři, ale uvedla navíc informaci, že se přihlíží i na kulturu jedince. Sestra v rozhovoru číslo čtyři péči o cizince obměnila za péči o jiné národy. Dotazované sestry číslo pět a šest uvedly, že se jedná o péči o lidi jiných národnostních menšin či skupin. Sestra v rozhovoru číslo sedm se vyjádřila, že jde o poskytnutí péče cizincům, různým minoritám a lidem cizí národnosti nebo také s různým vyznáním. Podle sestry číslo osm multikulturní ošetrovatelství znamená péče o klienty jiné

národnosti a sestra ve dvanáctém rozhovoru odpověděla, že se jedná o péči o lidi pocházející z jiné země, tedy cizince. Pomocí jednoho výrazu se vyjádřila také sestra číslo devět, která odpověděla, že zahrnuje péči o pacienty různých kultur. Podobnou odpověď vyjádřila i další sestra číslo devět. V rozhovorech číslo deset a jedenáct obě sestry uvedly body jako vyznání a setra číslo deset ještě přidala ke svému vyjádření péči o lidi jiné kultury a minority. Sestra číslo jedenáct ještě dále uvedla péči o pacienty, kteří mají jiné chování, zvyky a jsou jiného etnika. Každá sestra odpověděla jinak, ale v konečné myšlence co multikulturní ošetřovatelství znamená, se shodly. Pokud se vrátíme úvodem k první sestře, která v rozhovoru uvedla, že neví, co znamená tento druh ošetřovatelství, tak nás, musím říci, velice zaskočila právě svojí odpovědí, protože v této době, kdy dochází k rozvoji ošetřovatelství a to právě v této oblasti, je velice šokující. Přemýšlela jsem, zda je to způsobeno vzděláním, které je pouze středoškolské. Nevědomost by neměla být ani ze strany stáří sestry, protože má naopak dlouholetou praxi a měla by rozdílnost péče, která se od dřívějších dob zřetelně změnila, vnímat. Myslím, že v tomto případě je to nedostatkem jejího zájmu se i nadále v její profesi vzdělávat a zjišťovat nové a nové věci. Také si myslím, že je velice důležité tuto informaci vědět a brát multikulturní ošetřovatelství v potaz, protože se u nás v posledních letech díky otevřeným hranicím a cestování objevuje více a více cizinců a lidí různých vyznání pocházejících z jiných kultur. Kdokoliv z nich se může octnout v nemocničním zařízení a požadovat adekvátní ohleduplnou péči, kterou očekává nejen od lékařů, ale i od sester. Tento můj názor koresponduje s informacemi uvedenými v knize Špirudové (45, str. 15): „Vlivem globalizace žijeme ve zmenšujícím se světě, což také znamená život ve stále multikulturnějších společnostech. Mezi různými etnickými skupinami jsou nalézány dlouhotrvající zdravotní nerovnosti. Zdravotnická péče proto musí být poskytována s ohledem k těmto nerovnostem a musí přispívat k jejich odstraňování. Kulturní setkávání lidí je stále proměnlivější a neřízenější v důsledku narůstajícího pohybu lidí a kapitálu napříč hranicemi“. K tomuto názoru se také vyjadřuje Křivánková (21, str.19) v časopise Sestra: „Přednášející doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc., z Ústavu společenských a humanitních věd Lékařské fakulty Univerzity Palackého v Olomouci. Seznámila přítomné s problematikou multikulturního

ošetřovatelství, ve kterém zdůraznila nutnost seznamovat se v dnešním světě s odlišnostmi jiných, mnohdy nám vzdálených kultur a tradic. Podle slov paní docentky cizinců z celého světa stále přibývá. Už není ojedinělé, že se s nimi setkáváme v nemocnicích, a proto je dobré vědět, jak se v takových situacích zachovat, co je potřebné udělat. Multikultura ve zdravotnictví je dnešní realita, a to nejen u příjemců zdravotní péče, ale také u jejich poskytovatelů“.

Druhý dotaz byl, zda sestry znají nějaký ošetřovatelský model vztahující se k tomuto tématu. Odpovědi sester ve většině případů byly ovlivněny jejich výší vzdělání, z celkového počtu dvanácti sester zná osm sester alespoň jeden ošetřovatelský model týkající se multikulturního ošetřovatelství. Ve všech případech, kdy sestry projevily znalost modelu, se jednalo o vysokoškolsky vzdělané, z těchto sester má sedm bakalářský titul a jedna sestra má magisterský titul. Ve všech případech pozitivních odpovědí sestry uvedly ošetřovatelský model dle Leiningerové a zodpověděli správně, že se jedná o model Vycházejícího slunce. Stručně charakterizovaly jeho podstatu a popsaly ho. Sestra v rozhovoru číslo deset uvedla jako jediná ještě jeden, a to model Gigerové a Davidhizarové. Oba dva modely srovnala mezi sebou a uvedla, že model vycházejícího slunce je spíše teoretický a slouží k popsání dané skupiny na rozdíl od modelu Gigerové a Davidhizarové, který je praktičtější a slouží již ke sběru dat o konkrétním daném jedinci. Zbylé čtyři sestry číslo jedna, pět a dvanáct žádný ošetřovatelský model neznají a sestra číslo dva si na něj již nevzpomíná. Pro orientaci, sestry číslo jedna, pět a dvanáct mají dosažené středoškolské vzdělání a poslední sestra v rozhovoru číslo dva má bakalářské vzdělání. Z této charakteristiky vychází, že sestry studující na vysokých školách mají větší přehled o modelech, které se problematikou multikulturního ošetřovatelství zabývá a ukazuje to na jednu velice důležitou a podstatnou věc, a to, že se na středních školách touto problematikou nezabývají. Další otázka pojednávala o tom, zda se na jednotlivých odděleních nemocnic dotazovaných sester objevují cizinci a pokud ano, jaká specifika v rámci multikulturního ošetřovatelství se u nich objevovala a které vyžadovaly. Všechny sestry, se kterými jsem vedla šetření, se na svých odděleních alespoň jednou setkaly s klientem

pocházejícím z cizí země. Více zkušeností s těmito pacienty udávají sestry pracující na chirurgických odděleních, nežli na interních či dětských odděleních.

Jedním ze specifík, se kterým se sestry setkaly, byl problém s komunikací. Tento fenomén udává jedenáct sester z dvanácti v podobě jazykové bariéry a považují ho za největší komplikaci při poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Jedna sestra v rozhovoru číslo dva udává, že prozatím problémy s komunikací neměla, protože většinou cizinci ovládali český jazyk, nebo si vystačila s anglickým jazykem. Tento problém sestry řeší více způsoby u pěti sester. Sestra číslo jedna, sedm, osm, jedenáct a dvanáct využívají možnost překladu v podobě zdravotnického personálu. Následně také využívají možnost znalosti českého jazyka z řad příbuzných klienta, a to v rozhovorech číslo jedna, tři, čtyři, šest, sedm, osm, devět a jedenáct. Další možností, kterou sestry uváděly, pokud by klient nerozuměl, bylo použití tlumočnicka. V tomto případě ho uvedlo všech dvanáct sester. Další možnost, na kterou jsem se v souvislosti s problémem dorozumívání zeptala bylo, zda na odděleních využívají možnosti piktogramů. Celkem deset sester v rozhovorech číslo jedna, dva, tři, čtyři, šest, sedm, devět, deset, jedenáct a dvanáct piktogramy na svém oddělení nepoužívají, protože je na svém oddělení nemají k dispozici. Ve zbylých dvou případech je sestry používají, tato odpověď se objevuje v rozhovoru číslo pět a osm, kdy sestra v osmém rozhovoru udává, že piktogramy používá velice málo. Některé sestry uvádějí možnost využití přeložených vět do cizího jazyka, a to v rozhovorech dva, tři a deset.

S problémem ohledně stravování se na sestry obrátilo pět cizinců, u sester v rozhovorech číslo tři a deset tento problém řešili přes dietní sestru, kdy klient následně dostával vegetariánskou stravu, v tomto případě se jednalo o cizince pocházející z Indie a arabských států, kde je zakázané požívat vepřové a hovězí maso. U sester číslo čtyři, šest, devět a dvanáct pacienti pocházející z ciziny svůj problém se stravováním řešili prostřednictvím rodiny, která jim jídlo, na které jsou zvyklí, nosila do nemocničního zařízení z domova. Sestry uvedly, že jejich rozhodnutí akceptovaly, protože nemají takové možnosti a sestra v rozhovoru číslo devět dokonce uvedla, že nemocnice v tomto ohledu klientům cizincům nevychází mnoho vstříc a tato situace je velice častá. Opačný případ se vyskytuje v rozhovoru číslo šest, kde sestra uvádí, že jsou sice případy, kdy si

klienti nechávají přinášet jídlo od příbuzných z domova, ale oni jako sestry se snaží v této problematice udělat své maximum a jejich požadavkům vyhovět tím, že se spojí s kuchyní a snaží se s nimi domluvit. Dle mého názoru by se sestry na odděleních měly snažit problém se stravováním řešit alespoň podobným způsobem, protože každý cizinec nemá možnost donášky jídla z domova od rodiny a je důležité, abychom se mu snažily zajistit uspokojení základních potřeb, do kterých stravování bezpochyby patří. V této situaci nemůžeme klienta pocházejícího z cizí země, který má nějaké stravovací omezení, nechat hladovět. Samozřejmě, že tento problém by se měl řešit i na jiných místech, a to v nemocniční kuchyni, která by měla vycházet sestrám v jejich požadavcích nějakým způsobem vstříc. Také v časopise sestra se autorka článku Sedláková (39, str. 17) k tomuto problému vyjadřuje. „V rámci rozvoje naší země se do zdravotnických zařízení dostane mnoho nemocných, kteří mají odlišné náboženství a s tím související výživové vlastnosti. My si zajisté nepřejeme, aby nemocný zůstal pasivním článkem přijímané péče. Je proto nutné dbát na individuální vyhledávání výživových zvyklostí ze strany sester. Pokud sestra bude vědět, co si nemocný přeje či nepřeje, co má tedy respektovat, může tyto potřeby aktivně uspokojit. Přispěje tak ke kladné spoluúčasti nemocného na péči a bezpochyby napomůže k získání důvěry ke zdravotnickému personálu“.

Dále sestra v rozhovoru číslo tři uvádí, že u klientů cizinců dochází k početnějším návštěvám, které se zdržují delší dobu i přes návštěvní hodiny. V tomto jim vychází sestry na oddělení velice vstříc a nechávají je na pokojích s klienty. Také specifický úsměv u klientů pocházejících z Vietnamu byl zaregistrován sestrou v rozhovoru číslo šest, která uvádí, že podle ní je větší problém s chováním cizinců, na které nejsme zvyklí. V tomto případě se jedná o stálý úsměv a souhlas se vším, co je vietnamskému klientovi řečeno. Pokud však toto jejich chování někdo nezná, tak by usoudil, že je vše v pořádku a klient by přitom nic nepochopil. Sestra uvádí, že z tohoto důvodu pokládá za důležité, aby sestry o těchto druzích chování věděly. Sestra v rozhovoru číslo šest ještě uvádí, že se setkala ze zvláštním požadavkem od klienta židovského vyznání, kdy si přál, aby mu byla na oddělení provedena rituální obřizka. Tomuto požadavku zdravotnický personál nemohl vyhovět.

Dle mého názoru je opravdu důležité, pokud se na oddělení takovýto klient pocházející z jiné země či jiného vyznání objeví, o něm a jeho kultuře vědět alespoň nejzákladnější poznatky, abychom my, jako sestry mohly provádět kvalitní a hlavně kompletní ošetrovatelskou péči, která ve všech směrech klienta uspokojí a napomůže mu k jeho rychlému uzdravení. Tento můj názor koresponduje s knihou Zabezpečení efektivní ošetrovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu od Tóthové (48, str. 15,16). „K zajištění rovnoprávného přístupu ke kvalitní zdravotní péči pro různé populace musí všichni poskytovatelé zdravotní péče podporovat postoje, chování, znalosti a dovednosti potřebné pro práci v kulturně diverzifikovaném pracovním prostředí. K tomu, aby zdravotničtí pracovníci na všech úrovních pracovali s respektem a účinně s klienty různých minoritních skupin, je důležité, aby měli dostatečné vědomosti a dovednosti, poskytovali takovou profesionální zdravotní péči, která je kulturně citlivá, kulturně vhodná a kompletní“.

Výzkumná otázka číslo 3: Je potřebné, aby součástí ošetrovatelské dokumentace byly specifické informace týkající se pacientů cizinců?

Z následujících informací, které vyplynuly z výzkumného šetření, se sestry při péči o klienty pocházející z cizí země setkávají se specifickou péčí, která je u těchto klientů potřebná. Aby docházelo ke kvalitní péči, tak je potřebné, aby ošetrovatelská dokumentace tyto informace obsahovala.

5.2 Odběr ošetrovatelské anamnézy

Dalším bodem v šetření bylo, jakým způsobem sestry odebírají ošetrovatelskou anamnézu a jaké specifické informace mají uvedeny v dokumentaci, kterými se zaměřují na péči o klienty cizího původu či jiného vyznání. První naše otázka směřovala na zjištění, kde a jakým způsobem sestry odebírají ošetrovatelskou anamnézu. V tomto šetření nám vyšel zajímavý výsledek, kdy šest sester, a to číslo tři, pět, šest, sedm, jedenáct a dvanáct odebírají anamnézu v samostatné místnosti v soukromí a dostatečném klidu, aby na klienta měly čas. Dalších šest sester, jedná se o sestry číslo jedna, dva, čtyři, osm, devět a deset, které sběr informací odebírají mimo

vyhrazenou místnost, a to na pokoji klienta. V tomto případě s ostatními šesti sestrami nesouhlasím, protože by si měli na klienta vyhradit dostatečný čas a soukromí pro odběr těchto citlivých informací, je to také důležité i z důvodu případné přítomnosti tlumočníka, který se s klientem dostatečně seznámí a on mu může důvěřovat ve sdělení důvěrných informací. Můj názor podkládá Koziérová (18, str. 178,1 79) „Místo na rozhovor má odpovídat podmínkám soukromí v zájmu co nejlepší komunikace. Důležité je dobré osvětlení a větratelná místnost bez hluku, pohybu jiných lidí a jiných vyrušení. Neustálé vyrušování, hluk, telefony nebo pohyb mohou přerušit myšlenku, soustředění a také atmosféru a může to vzbudit dojem, že sestra je zaneprázdněná“.

Další otázky směřovaly k obsahu anamnézy zaměřené na specifika. Šest sester z dvanácti do dokumentace zaznamenávají, že se jedná o klienta pocházejícího z cizí země, avšak speciální kolonku v dokumentaci na tento údaj nemají a wpisují ho na volné místo v dokumentaci. Jedná se o sestry číslo jedna, tři, čtyři, sedm, osm, a deset. Sestra číslo jedna ještě k tomuto údaji přikládá kopii dokladu, který má cizinec s sebou. Dalším bodem bylo zdravotní pojištění, které přímo na oddělení zjišťuje pouze sestra číslo dva, pět a šest. Sestra číslo pět dále rozvádí, že na tento údaj na oddělení má speciální dokumentaci a sestra v šestém rozhovoru zaznamenává záznam do chorobopisu. Co se týče zbývajících sester, tak tento údaj na oddělení nezjišťují. V pěti případech tento údaj zaznamenává sekretářka, a to u sester číslo jedna, tři, deset, jedenáct a dvanáct. U sester číslo čtyři, sedm a osm zapisují zdravotní pojištění již na ambulanci. Dalším údajem, o kterém se sestry v šetření zmiňují, je komunikace. U tohoto údaje zaznamenávají různé informace. Sestra číslo jedna, tři, osm a dvanáct do dokumentace vyplňuje, zda klient rozumí našemu jazyku. V rozhovoru číslo osm sestra informaci, zda klient rozumí nevyplňuje do připravené kolonky v dokumentaci, protože jí zde nemají, ale zaznamenává tento údaj na prázdné viditelné místo v anamnéze. V tomto směru také zaznamenávají údaj při potřebě tlumočníka, kde zapisují jméno a kontakt na něj. Tato informace se objevuje v rozhovorech číslo dva, tři, pět, sedm, osm, deset a dvanáct. Specifickým údajem, který by neměl dle mého názoru v dokumentaci, která je určena klientům cizincům chybět, je stravování, avšak šetření, které jsem u sester prováděla, můj názor nepotvrzuje, protože z dvanácti sester údaj

zahrnující zakázané jídlo zjišťují pouze tři sestry a to číslo sedm, deset a jedenáct. Zbývajících devět sester tento údaj nezjišťují a v dokumentaci ho obsažen nemají. Toto zjištění pro nás bylo velikým překvapením, protože jak jsem již uváděla dříve, stravování je jednou ze specifik, které mají své místo v multikulturním ošetřovatelství v rámci kompletní péče o cizince nebo klienty s rozdílným vyznáním. Zajímavé však zůstává, že v šetření, které bylo zaměřeno na multikulturní ošetřovatelství, sestry tento údaj uvádějí a považují ho za problematický a vždy ho s klienty nějakým způsobem musely řešit. Již proto je nepochopitelné, proč sestry i přesto tyto informace nezjišťují a v některých případech je dokonce nemají obsažené v ošetřovatelských dokumentacích. Následně navážu na problematiku náboženského vyznání a její přítomnost v rozhovoru týkající se sběru informací klientovy anamnézy. Údaje o náboženském vyznání zjišťují pouze dvě sestry z dvanácti, což je pro nás opět šokující informace. Jedná se o sestry v rozhovorech číslo šest a deset. Sestra v šestém rozhovoru přiznává, že tuto položku vyplňuje pouze s cizinci, nikoliv s klienty pocházejícími z České republiky, a to pouze v rozsahu základních údajů (zda je věřící a jestli má nějaké požadavky). Sestra v rozhovoru číslo deset se ptá na toto téma také pouze povrchně, aby ji nasměrovalo určitým směrem, jak jednat s klientem.

Tento problém nastiňuje výzkumná otázka číslo 1: Je dokumentace užívaná v nemocnicích uzpůsobená na uspokojování biologických, psychických, sociálních a spirituálních potřeb pacientů cizinců?

Z šetření vyplývá, že sestry nezjišťují specifické údaje zaměřené na klienty cizince a tím dochází k nedostatečnému uspokojování potřeb cizinců, kteří k nám přicházejí do nemocničních zařízení.

Dále jsem se při zpracování diplomové práce zaměřila na to, zda se v nemocničních zařízeních používá specifická dokumentace určená svým obsahem pouze klientům cizincům. Z tohoto šetření vplynulo, že u všech dvanácti sester se na jejich oddělení nepoužívá rozdílná dokumentace, která by byla určená pouze klientům pocházejícím z cizí země. U všech klientů jak cizinců, tak tuzemců se používá totožná

se stejným obsahem informací. Následně při zpracování údajů získaných z rozhovorů dotyčných sester vyplynulo, že na jednotlivých odděleních vycházejí sestry z dokumentace paní Gordonové a v osmi případech se sestra v anamnéze na specifické informace týkající se klientů cizinců neptá. Pouze ve dvou případech se objevila kladná odpověď, a to v rozhovorech číslo tři, konkrétně zaměřená na komunikaci a v rozhovoru číslo deset, kde se setra zaměřuje na stravování.

Výzkumná otázka číslo 2: Používá se v nemocnicích specifická dokumentace zaměřená na pacienta cizince?

Tato výzkumná otázka ve výzkumném šetření poukázala na jednotnost ošetrovatelské dokumentace pro všechny pacienty a nepotvrdila žádnou existenci dokumentace, která by se používala pouze pro klienty pocházející z cizí země.

5.3 Zhodnocení návrhu ošetrovatelské dokumentace

Na závěr rozhovoru jsem sestřám předložila dva návrhy ošetrovatelské dokumentace vytvořené pro pacienty pocházející z cizí země, jiné kultury či jiného vyznání. Z těchto dvou návrhů si jedenáct sester zvolilo kratší verzi ošetrovatelské anamnézy, ve které vidí výhodu vložení těchto specifických informací do jejich stávající dokumentace a dochází tím k plynulému navázání. Sestry v rozhovorech číslo jedna a čtyři udávají, že je pro ně tato verze mnohem jednodušší než verze s podstatně větším množstvím informací. Snadnější na vyplňování informací a tudíž i přehlednější se jeví kratší verze ošetrovatelského návrhu sestřám v rozhovorech číslo jedna, dva, pět, sedm a devět a sestřám číslo pět a deset se tato verze zdá rychlejší. Jiný názor má sestra v rozhovoru číslo šest, která z výběru dvou návrhů ošetrovatelské dokumentace zvolila delší verzi návrhu, která by se používala pouze u cizinců a jejich stávající dokumentaci by v případě příjmu klienta cizince nevyužívala. Dále nás v šetření zajímalo, zda jsou sestry spokojené s obsahovou stránkou navržené dokumentace a pokud ne, jakým způsobem by jednotlivé body anamnézy pozměnily. K prvnímu bodu, který se týká identifikačních údajů, sestry žádné připomínky neměly. Údaje o komunikaci se velice líbily sestřám číslo jedna a osm, které je v jejich současné dokumentaci obsažené

nemají, dále sestře číslo čtyři, protože údaje o komunikaci velice často využívají a měla by je ráda obsažené v dokumentaci. Údaje, které jsou v této složce obsažené, se zdají být dostačující sestře v rozhovoru číslo pět a také s nimi souhlasí sestra v sedmém rozhovoru. Sestra číslo devět u komunikace uvedla do popředí užívání piktogramů, jméno a kontakt na tlumočnicka, ale z této složky jinak nic nevyřadila. S těmito názory s jednotlivými sestrami souhlasím, protože složka komunikace je jednou z nejdůležitějších údajů, díky které od klienta zjišťujeme podstatné věci a pokud by nebyla možnost dorozumění se mezi klientem a zdravotnickým personálem, nedocházelo by k dostatečnému uspokojení potřeb klienta a nedokázali bychom mu pomoci. Tento můj názor koresponduje s knihou Multikulturní ošetřovatelství 2, kde Špirudová (45, str. 66) uvádí: „Komunikace je definována jako schopnost výrazových prostředků k vytváření a udržení mezilidských vztahů. Lidé dané etnické a kulturní skupiny hovoří plynule jazykem svojí skupiny, ale nemusejí ovládat jazyk kraje, ve kterém se momentálně nacházejí. Dostávají-li se takovíto jedinci do nemocničního zařízení a nejsou schopni na základě neznalosti jazyka vyjádřit svoje těžkosti, popsat problémy a porozumět instrukcím, dochází k neuspokojování potřeby komunikace. Tato jazyková bariéra a s ní související nedostatek informací může vyvolat frustraci, strach, úzkost, hněv, smutek a mnoho nepříznivých emočních stavů, které jsou projevem neuspokojené potřeby jistoty a bezpečí, jež jsou řazeny mezi základní lidské potřeby“. Dalším údajem, který je uveden v kratší verzi ošetřovatelské dokumentaci, je složka výživy, ve které se sestry zaměřily na údaj oblíbených a neoblíbených potravin, který by z dokumentace odstranily, v tomto případě se jedná o sestry v rozhovorech číslo jedna, dva, čtyři, osm, deset a dvanáct. Sestra číslo devět ve své odpovědi uvádí, že bohužel při uvedení informací s nimi stejně nemůže nic dělat, protože to nezáleží na ní, ale na jídelně. Po dlouhém uvažování jsem se sestrami souhlasila a odstraním z ošetřovatelské dokumentace údaj o oblíbených potravinách, protože pro sestru to není tak podstatný údaj jako informace o neoblíbeném jídle. Dle mého názoru je tento údaj velice důležitý, protože klienti pocházející z cizích zemí, nebo vyznávají jiná náboženství, mívají výživová omezení, která jsou pro ně podstatná. V tomto případě se jedná o možné dodržování půstů nebo zákazy přijímání různých potravin. V tomto směru se vyjádřila

i sestra v rozhovoru číslo deset, která by tento údaj pozměnila na zakázané výživové režimy. U výživy se také pozastavila sestra v rozhovoru číslo tři, která by vynechala zvyky při stravování a naopak sestra číslo pět by k tomuto bodu chtěla možnosti, které by se daly pouze zaškrtnout. V tomto případě jsme údaje ponechaly tak, jak byly v dokumentaci uvedené, protože by následná nabídka zvyklostí při jídle obsahovala velký počet jednotlivých bodů a dále také z důvodu existence nespočetných druhů kultur, které se stravují jiným způsobem. U položky tekutin by sestry číslo tři a dvanáct rovněž jako u stravování odstranily neoblíbené tekutiny a sestry číslo dva, tři a čtyři by neuváděly údaj o pití alkoholu, protože je to uvedené již v základní anamnéze, kterou mají na jejich oddělení a také se tato informace uvádí v lékařské anamnéze. Ke spiritualitě v navržené anamnéze se vyjádřily jen čtyři sestry, které jí považovaly za důležitou a měly pouze pozitivní připomínky ve smyslu, že v této anamnéze má své místo a velice se jim líbí. Jedná se o sestry dva, sedm, devět a jedenáct. S názorem těchto sester absolutně souhlasím. Spiritualita má v multikulturním ošetřovatelství nepostradatelné místo. Také patří mezi potřeby, které je třeba uspokojit, aby byl klient dostatečně spokojený a docházelo k co nejrychlejšímu uzdravení. Z předešlého šetření, které se zabývalo specifickými informacemi, které sestry od klientů pocházejících z cizí země zjišťují vyplynulo, že na tento důležitý bod se v nemocničních zařízeních zapomíná a posunuje se do pozadí, jako by nebylo součástí člověka. Přitom spiritualita je v nejtěžších chvílích klienta ta nejdůležitější, o kterou se mohou opřít. Z tohoto důvodu jednoznačně souhlasím, že zde má své nepostradatelné místo a zdravotničtí pracovníci by si to měli uvědomit. V knize Multikulturního ošetřovatelství Špirudová (45, str. 91) uvádí že: „Duchovní přesvědčení může nabýt větší význam v době onemocnění a umírání než kdy jindy v lidském životě. Víra může významným způsobem ovlivňovat přístup nemocného a jeho rodiny k nemoci, k těžkostem, které jsou spojeny s diagnostickou léčbou, k riziku a umírání. Obvykle však duchovní přesvědčení pomáhá lidem akceptovat jejich chorobu a dělat si plány do budoucnosti. Náboženství může připravit lidi na smrt a posilovat je během života. Dokáže dát životu i smrti smysl, může být přístavem síly, klidu a víry v době krize, může poskytnout pocit bezpečí, nebo vytvořit hmatatelnou síť sociální podpory“. Dalším bodem je ošetření, ke kterému se

sestra v rozhovoru číslo pět vyjádřila jako k nápaditému a velice vhodnému a sestra číslo jedenáct by do této položky ještě přidala údaj, kde by bylo uvedeno, zda se může u klienta odebírat biologický materiál. Následně v delší části navržené anamnézy by sestra číslo šest informace, které se týkají specifík objevujících se pouze u cizinců ponechala, ale u standardních údajů by udělala nějaké zásahy. Například u údajů o pokožce by zde přidala záznam, zda má klient dekubity. U vyprazdňování stolice jí chybí údaj o inkontinenci a tudíž by ho tam doplnila. U položky reprodukce by naopak odstranila údaj o klimakteriu a výtoku, protože jsou to údaje, které patří spíše do lékařské anamnézy a když už by tyto informace ponechala, tak pouze u anamnézy na gynekologickém oddělení. Na závěr by k ošetrovatelské dokumentaci přidala záznamy jako nutričním screening, Barthela a Nortonovou. Po zhodnocení této dokumentace sestra uvedla, že by byla ráda, kdyby jí byla konečná verze dokumentace poskytnuta.

V současné době je velice důležité, aby se problematika multikulturního ošetrovatelství řešila, protože klientů pocházejících z cizí země na našem území přibývá a mají právo na stejně kvalitní ošetrovatelskou péči jako každý jiný člověk. Z následného šetření vyplynulo, že je potřeba, aby se sestry v této oblasti vzdělávaly a mohly tak poskytnout ohleduplnou péči.

6 Závěr

Ošetrovatelská dokumentace a její záznamy jsou velice důležitou součástí pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Je využívána především k zjištění podstatných informací a jejich stálému obnovování, díky kterým u klienta určíme zdravotní problém, který u něj nastal a přetrvává. Její důležitost spočívá v komunikaci mezi zdravotnickým personálem a celým multidisciplinárním týmem. Díky specifickým informacím, které jsou v ní obsaženy, můžeme poskytnout ošetrovatelskou péči, která uspokojí potřeby každého z nás bez ohledu jaké jsme národnosti a vyznání.

Téma diplomové práce je „Specifika ošetrovatelské dokumentace při poskytování ošetrovatelské péče pacientům cizincům“. Na počátku byly stanoveny dva cíle, zjistit, zda jsou v ošetrovatelské dokumentaci obsaženy specifické informace k poskytování ošetrovatelské péče pacientům cizincům a zjistit, zda je potřebné, aby součástí ošetrovatelské dokumentace byly specifické informace týkající se pacientů cizinců. Oba cíle byly splněny a z jednotlivých výzkumných otázek vyplynuly tyto závěry.

Výzkumná otázka číslo jedna řešila, zda je dokumentace, která se užívá v nemocnicích uzpůsobená na uspokojování biologických, psychických, sociálních a spirituálních potřeb pacientů cizinců. Z výzkumného šetření vyplynulo, že sestry od klientů pocházejících z cizí země nezjišťují specifické informace, které by vedly poskytování kvalitní ošetrovatelské péče a tudíž nedochází k dostatečnému uspokojování potřeb klientů cizinců a v mnohých situacích nemají možnost tuto specifickou péči klientům poskytnout z důvodu špatné organizace nemocnice.

Výzkumná otázka číslo dvě se zaměřila na to, zda se v nemocnicích používá specifická dokumentace zaměřená na pacienta cizince. Z rozhovorů sester vyplynulo, že se u všech pacientů používá jednotná ošetrovatelská dokumentace a na oddělení se nepoužívá rozdílná verze určená pouze pacientům pocházejícím z cizí země.

Následující výzkumná otázka číslo tři se zaměřila na to, zda je potřebné, aby součástí ošetrovatelské dokumentace byly specifické informace týkající se pacientů

cizinců. Z následujících informací, které vyplynuly z výzkumného šetření se setry při péči o klienty pocházející z cizí země setkávají se specifickou péčí, která je u těchto klientů potřebná. Aby docházelo ke kvalitní péči, tak je potřebné, aby ošetřovatelská dokumentace tyto informace obsahovala.

Ošetřovatelská dokumentace je velice důležitá, na tom se shodnou všichni zdravotničtí pracovníci, avšak v tomto ohledu je také velice komplikovaná a nejednotná. Největším problémem, který zde nastává je, že každý z nás je jedinečný a má tudíž své individuální potřeby, které je třeba po dobu hospitalizace zajistit. Tyto potřeby jsou rozdílné s ohledem na kulturu, zemi, ze které jedinec pochází a náboženství, které vyznává. Proto je důležité všechny tyto informace sjednotit a zamyslet se nad celoplošným užíváním těchto důležitých dat, které se problematikou cizinců zabývají. V současné době je toto zaměření důležité, protože vlivem migrace se na našem území České Republiky bude vyskytovat mnoho rozdílných kultur a národností, které budou od zdravotnického personálu očekávat tu nejkvalitnější ošetřovatelskou péči s přihlédnutím na jejich potřeby. Výsledky této práce by mohly být podkladem pro další studium a to nejen na vysokých školách, ale i pro sestry na odděleních nemocnic. Tato práce by také mohla poukázat na nedostatky v ošetřovatelské péči a v ošetřovatelské dokumentaci zaměřené na klienty pocházející z cizí země. Vzhledem k výsledkům by následně mohla na tuto práci navázat výzkumná činnost v podobě kvantitativního šetření, která by mohla vycházet z těchto hypotéz.

H1: Dokumentace užívaná v nemocnicích není uzpůsobená na uspokojování potřeb pacienta cizince.

H2: V nemocničních zařízeních se používá specifická dokumentace zaměřená na pacienta cizince.

H3: Ke zjištění informací o klientovi jiné kultury se v nemocničních zařízeních využívá model podle Gordonové.

H4: Ošetrovatelská dokumentace užívaná v nemocničných zařízeních obsahuje specifické informace týkající se pacientů cizinců.

Na základě šetření vznikl konečný návrh ošetrovatelské dokumentace, který má následující formu a obsah.

OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE PRO KLIENTY CIZINCE

1. Identifikační údaje:

Jméno: Přímení:

Rodné číslo: Zdravotní pojištění:

Způsob placení:

2. Komunikace:

Rozumí Česky Ne Ano Částečně

Užívání jiného jazyka:

Dorozumívání:

Prostřednictvím rodiny Kontakt:

Tlumočnick Kontakt:

Piktogramy

3. Výživa:

Neoblíbené potraviny: Ne Ano

Druh:

Zvyky při stravování: Ne Ano

.....

Jiná specifika:

.....

Neoblíbené tekutiny: Ne Ano

Druh:

Zvyky při přijímání tekutin: Ne Ano

4. Spiritualita:

Vyznání: Ne Ano Jaké

Potřeba duchovního: Ne Ano Kontakt:

Specifické požadavky: Ne Ano Jaké

.....

Potřeby modliteb: Ne Ano Kdy:.....

Důležité pomůcky:

5. Ošetření: pouze ženou Pouze mužem Nerozlišuji

Při ošetření přítomnost někoho z rodiny: Ano nutné Ne

Klient upřednostňuje zásady své kultury: Ne Ano

Klient dává přednost léčbě: Přírodní Odborné

6. Bydlení: Přechodné bydliště Trvalé bydliště Domov důchodců:

S rodinou Sám Jiné zařízení:

Partnerem/ kou manželem / kou

7 Seznam použitých zdrojů

- 1) AUTOR NEZNÁMÝ .*Čína*. 1.vyd. Praha: Ikar, 2008. 672 s. ISBN 978-80-249-0985-1.
- 2) ABRAM, U. Péče v multikulturní společnosti. *Florence*. Praha: 2007, roč. 3, č. 9, s.366-367. ISSN 1801-464x.
- 3) BÁRTLOVÁ, S. *Výzkum a ošetřovatelství*, 2 vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2.
- 4) BRABCOVÁ, I. Zdravotní stav imigrantů ve vybrané lokalitě České republiky 2: závislost, výživa, doprava. *Kontakt*. České Budějovice: 2010, roč. 12, č. 1, s. 55-65. ISSN 1212-4117.
- 5) CICHÁ, M. Spirituální potřeby nemocných muslimského vyznání. *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 3, s. 22-23. ISSN 1210-0404.
- 6) DOENGES, M. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. vyd. Praha: Grada, 2001. 565 s. ISBN 80-247-0242-8.
- 7) FRANTÁLOVÁ, D. Dokumentace nemusí být nutným zlem. *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 11, s. 7. ISSN 1210-0404.
- 8) GÁLIS, Radek. Češka v muslimském Rijálu. *Sestra*. Praha: 2006, roč. 16, č. 7-8, s. 8-9. ISSN 1210-0404.
- 9) GÁLIS, R. V islámských zemích rozhoduje o vyšetření ženy její muž. *Sestra*. Praha: 2006, roč. 16, č. 7-8, s. 23. ISSN 1210-0404.

- 10) HORŇÁKOVÁ, A. Úspěšná mezikultúrna komunikácia. *Sestra*. Praha: 2007, roč. 6, č. 7-8, s.14. ISSN 1335-9444.
- 11) IVANOVÁ, K. *Multikulturní ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 248 s. ISBN 80-247-1212-1.
- 12) JOHNSTONE, S. *Ukraine*. 2. vyd. Footscray: Lonely Planet Publications, 2008. 292 s. ISBN 978-1-74104-481-2.
- 13) KAJANOVÁ, A. a kol. *Sociální práce s etnickými a menšinovými skupinami*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v českých Budějovicích, 2009. 104 s. ISBN 978-80-7394-181-9.
- 14) KLÁNOVÁ, M. Zdravotnická dokumentace. *Sestra*. Praha: 2009, roč. 19, č. 6, s. 12-13. ISSN 1210-0404.
- 15) KOBER, L. Specifika ošetrovatelské péče o cizince. *Sestra*. Praha: 2008, roč. 18, č. 10, s. 24. ISSN 1210-0404.
- 16) KOLEKTIV. *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče*. 1.vyd Ostrava: Repronis, 2003. 120 s. ISBN 80-7042-344-7.
- 17) KONTROVÁ, Lubica. Vedení zdravotnej dokumentácie po novom. *Sestra*. Praha: 2009, roč. 8, č. 11-12, s. 4. ISSN 1335-9444.
- 18) KOZIEROVÁ, B. *Ošetrovatelstvo*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.

- 19) KOZLOVÁ, L. *Jak psát bakalářskou a diplomovou práci*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2008. 56 s. ISBN 978-80-7394-112-3.
- 20) KROPÁČEK, L. *Základy asijských náboženství. I. díl, Judaismus, islám, hinduismus, džinismus, buddhismus, sikhismus, pársismus*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 269 s. ISBN 80-246-0832-4.
- 21) KŘIVÁNKOVÁ, M. Multikulturní ošetrovatelství a zahraniční zkušenosti sester a porodních asistentek. *Sestra*. Praha: 2008, roč. 18, č. 3, s.19. ISSN 1210-0404.
- 22) LHOŤAN, L. Žena je totéž co pes. *Reflex*. Praha: 2010, roč. 21, č. 35, s. 28 – 31. ISSN 0862-6634.
- 23) MARGENSTERNOVÁ, M. *Interkulturní psychologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007. 218 s. ISBN 978-80- 246-1361-1.
- 24) MARPHY, Sharon. Mapping the literature of transcultural nursing [online]. C2006. poslední revize .4. 2006 [cit.2011-14-7].
Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1463039/>
- 25) MIČUDOVÁ, E. Ošetrovatelská dokumentace v nemocničním informačním systému. *Sestra*. Praha: 2006, roč. 16, č. 3, s. 24-25. ISSN 1210-0404.
- 26) MOCKOVÁ, J. Vietnamci v České republice. *Sestra*. Praha: 2007, roč.17. č. 4, s. 26. ISSN 1210-0404.
- 27) MUCHOVÁ, L. *Porozumění světovým náboženstvím*. 1. vyd. Brno: Kartuziánské nakladatelství, 2006. 117 s. ISBN 80-86953-03-3.

- 28) NÁDASKÁ, I. Mezikultúrna komunikácia a její bariéry. *Sestra*. Praha: 2006, roč.5, č.7-8, s.20-21. ISSN 1210-0404.
- 29) NEJEDLÁ, M. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. 1. vyd. Praha : Grada, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1150-8
- 30) NEWMAN, J. *Judaismus od A do Z*. 1. vyd. Praha: Sefer, 2004. 285 s. ISBN 80-900805-3-4.
- 31) NĚMCOVÁ, J. Saturace spirituálních potřeb pacientů. *Diagnóza*. Praha: 2010, roč. 6, č. 1, s. 26-29. ISSN 1801-1349.
- 32) ONDRÁŠ, F. Kulturní zvláštnosti Arabské klientely. *Florens*. Praha: 2007, roč.3, č. 7-8, s. 334. ISSN 1801-464x.
- 33) PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 152 s. ISBN 80-247-1211-3.
- 34) PÁNEK, J. *Základy výživy*. 1. vyd. Praha : Svoboda Servis, 2002. 207 s. ISBN 80-86320-23-5.
- 35) PRUCHA, J. *Interkulturní komunikace*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 200 s. ISBN 978-80-247-3069-1.
- 36) PUTÍK, A. *Židé – Dějiny a kultura*, 3. vyd. Praha: Helvetica & Tempora, 2005. 160 s. ISBN 80-86889-11-4.
- 37) SEDLÁKOVÁ, G. Rodinné ošetrovatelství, rodinná sestra a vietnamská komunita. *Florence*. Praha: 2006, roč.2, č.2, s. 50-51. ISSN 1801-464X

- 38) SEDLÁKOVÁ, G. *Základy ošetrovania vyznávačov Buddhizmu. Florence.* Praha: 2007, roč.3, č.4, s.165-166. ISSN 1801-464X.
- 39) SEDLÁKOVÁ, G. *Výživa a púst v různých kulturách. Sestra.* Praha: 2009, roč. 8, č. 7-8, s. 16- 19. ISSN 1335-9444.
- 40) RYŠLINKOVÁ, M. *Česká sestra v Arabském světě multikulturní ošetrovatelství v praxi.* 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 123 s. ISBN 978-80-247-2856-8.
- 41) STAŇKOVÁ, M. *Jak provádět ošetrovatelský proces.* 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. 66 s. ISBN 80-7013-283-3.
- 42) ŠAFRÁNKOVÁ, A. *Interní ošetrovatelství I.* Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. 280 s. ISBN 80-247-1148-6.
- 43) ŠIŠKOVÁ, T. *Menšiny a migranti v České republice.* 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 188 s. ISBN 80-7178-648-9.
- 44) ŠIŠKOVÁ, T. *Menšiny a migranti v České republice: my a oni v multikulturní společnosti 21. století.* 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 188 s. ISBN 80-7178-648-9.
- 45) ŠPIRUDOVÁ, L. *Multikulturní ošetrovatelství II.* 1. vyd. Praha: Grada , 2006. 248 s. ISBN 80-247-1213-X.
- 46) TÓTHOVÁ, V. *Ošetrovatelský proces a jeho dokumentace.* 1. vyd. Praha: Triton, 2009. 159 s. ISBN 978-80-7387-286-1.
- 47) TÓTHOVÁ, V. *Všeobecná sestra pro absolventy vyšších odborných škol.* 1. vyd. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2008. s. 310.

48) TÓTHOVÁ, V. a kol. *Zabezpečení efektivní ošetrovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu*. 1. vyd. Praha: Triton, 2010. 195 s. ISBN 978-80-7387-414-8.

49) VELEMÍNSKÝ, M. a kol. *Klinická propedeutika pro studující ZSF*. 5vyd. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta, 2005. 144 s. ISBN 80-7040-837-5.

50) VELKOBORSKÁ, J. *Základy ošetrování pacientů islámské komunity. Sestra*. Praha: 2009, roč. 19, č. 3, s. 22-23. ISSN 1210-0404.

51) VONDRÁČEK, L. *Ošetrovatelská dokumentace v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 72 s. ISBN 80-247-0704-7.

52) VONDRÁČEK, L. *Sestra a její dokumentace: návod pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 88 s. ISBN 978-80-247-2763-9.

53) WORKMAN, B. *Klíčové dovednosti sester*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. 259 s. ISBN 80-247-1714-X

54) ZÁKON č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění zákona č. 285/2002 Sb. a zákona č. 225/2006 Sb.

8 Klíčová slova

Dokumentace

Ošetrovatelství

Cizinci

Anamnéza

Vietnamci

Číňani

Islám

Ukrajinci

9 Přílohy

Příloha 1: Seznam otázek pro rozhovor se sestrami.

Příloha 2: Návrh ošetřovatelské dokumentace delší verze

Příloha 3: Návrh ošetřovatelské dokumentace kratší verze

Příloha 4: Cizinci vyznávající Židovství

Příloha 5: Cizinci vyznávající Buddhismus

Příloha 6: Model Gigerové a Davidhizarové

Příloha 1: Seznam otázek pro rozhovor se sestrami

1. Multikulturní ošetřovatelství

- Víte co znamená pojem multikulturní ošetřovatelství a co zahrnuje?
- Znáte nějaký model, který se na tuto oblast péče zaměřuje?
- Ošetřujete na Vašem oddělení klienty cizí národnosti často?

2. Odběr Anamnézy

- Kde anamnézu s klientem odebíráte?
- Provádíte u klienta fyzikální vyšetření?
- Jaké informace zjišťujete u klientů cizinců?
- Máte nějaké problémy při odběru informací?
- Používáte odlišnou dokumentaci u klientů cizinců?

3. Návrh ošetřovatelské dokumentace

- Jaký názor máte na zhotovenou dokumentaci?
- Vložila by jste do dokumentace nějaké jiné informace, nebo by jste naopak některé vyřadila?

Příloha 2: Návrh ošetrovatelské dokumentace delší verze

OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE PRO KLIENTY CIZINCE

Identifikační údaje:

Jméno: **Přímení:**
Rodné číslo: **Zdravotní pojištění:**
Způsob placení: **Adresa:**
Země původu : **Telefon:**
Kontakt na příbuzné:
Přijetí: První Opakované Překlad:
Alergie: Ne Ano
Informovanost příbuzných: Ne Ano
Kouření: Ne Ano Počet za den:
Drogy: Ne Ano

Komunikace:

Rozumí Česky Ne Ano Částečně
 Užívání jiného jazyka:
 Prostřednictvím rodiny Kontakt:
 Tlumočník Kontakt:
 Piktogramy
 Řeč plynulá Narušená Apatie Klidný Rozrušený Nekomunikuje
 Zmatenost Orientovaný Jiné
Poruchy sluchu: Ne Ano Jaké:
 naslouchadlo
Poruchy zraku: Ne Ano Jaké:
 Brýle Čočky

Vědomí: Jasně Somnolence Sopor Koma GSC:
Dezorientace: Místem Osobou Časem

<p><u>Bolest:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Akutní <input type="checkbox"/> Chronická</p> <p>Projevy: <input type="checkbox"/> Verbálně <input type="checkbox"/> Emočně <input type="checkbox"/> Změnou polohy <input type="checkbox"/> Imobilizací</p> <p><input type="checkbox"/> Agresivitou <input type="checkbox"/> Jiné.....</p> <p>Výskyt: <input type="checkbox"/> Ráno <input type="checkbox"/> Večer <input type="checkbox"/> V noci <input type="checkbox"/> Stále <input type="checkbox"/> Při pohybu</p> <p><input type="checkbox"/> Jiné.....</p> <p>Charakter: <input type="checkbox"/> Tupé <input type="checkbox"/> Ostré <input type="checkbox"/> Bodavé <input type="checkbox"/> Vystřelující <input type="checkbox"/> Kolikovitá</p> <p><input type="checkbox"/> Pulzující <input type="checkbox"/> Křečovitá <input type="checkbox"/> Nelze hodnotit <input type="checkbox"/> Jiné.....</p> <p>Intenzita:</p> <p>1 2 3 4 5</p>
<p><u>Psychický stav:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Spolupracuje <input type="checkbox"/> Nespolupracuje <input type="checkbox"/> Klidný <input type="checkbox"/> Rozrušený <input type="checkbox"/> Orientovaný</p> <p><input type="checkbox"/> Zmatený <input type="checkbox"/> Jiné</p>
<p><u>Pohyblivost:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Chodící <input type="checkbox"/> Sedící <input type="checkbox"/> Ležící <input type="checkbox"/> Invalidní vozík <input type="checkbox"/> Berle <input type="checkbox"/> Protéza</p> <p><input type="checkbox"/> Riziko pádu</p>
<p><u>Spánek:</u> Narušený <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano</p> <p>Zvyky před spaním:</p>
<p><u>Pokožka:</u></p> <p>Změny na kůži <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano</p> <p><input type="checkbox"/> Odřeniny <input type="checkbox"/> Modřiny <input type="checkbox"/> Podlitiny <input type="checkbox"/> Opruzeniny <input type="checkbox"/> Ekzém <input type="checkbox"/> Cyanoza</p> <p><input type="checkbox"/> Popáleniny <input type="checkbox"/> Otoky <input type="checkbox"/> Jiné</p>
<p><u>Výživa:</u></p> <p>Dieta č. Chuť k jídlu: <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne Důvod:</p> <p>Alergie: <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano</p> <p>Příjem potravy: <input type="checkbox"/> Sám <input type="checkbox"/> S pomocí <input type="checkbox"/> Krmen</p> <p><input type="checkbox"/> NGS <input type="checkbox"/> NJS <input type="checkbox"/> PEG</p> <p>Neoblíbené potraviny: <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano</p> <p>Druh:</p> <p>Oblíbené potraviny: <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano</p> <p>Druh:</p> <p>Zvyky při stravování:</p> <p>Jiná specifika:</p> <p>Příjem tekutin za 24 hodin Pocit žízně: <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano</p> <p>Druh tekutin: <input type="checkbox"/> Čaj <input type="checkbox"/> Šťáva <input type="checkbox"/> Mléko <input type="checkbox"/> Voda <input type="checkbox"/> Limonáda</p>

Jiné:

Neoblíbené tekutiny: Ne Ano

Druh:

Oblíbené tekutiny: Ne Ano

Druh:

Alkohol: Ne Ano

Vyprazdňování:

Močení: Sám na lůžku WC s dopomocí

Obtížné bez obtíží inkontinence močový katétr číslo.....

Časté Bolestivé Příměsi Pálení Řezání

Jiné.....

Stolice: Pravidelná Nepravidelná Poslední kdy:

Příměsi Druh: Četnost:

Zácpa Průjem Stomie Pleny

Zbarvení: Hnědá Acholická Zelená Jiné

Konzistence: Tuhá Řídká Vodnatá Skybala

Jiné

Plynatost: Ano Ne

Odchod plynů: Ano Ne

Dýchání: Obtíže Ne Ano

Astma Dušnost Bolesti Stridor Kašel

Jiné:..... Dráždivý

Vzhled sputa: S expektorancí

Pomůcky k dýchání:

Reprodukce: Menstruace Ne Ano Pravidelná Nepravidelná

Antikoncepce: Ne Ano Jaká

Klimakterium: Ne Ano

Výtok: Ne Ano

Prostata Problémy: Ne Ano Jaké

Spiritualita: Vyznání: Ne Ano Jaké

Potřeba duchovního: Ne Ano Kontakt:

Specifické požadavky: Ne Ano Jaké

Potřeby modliteb: Ne Ano Kdy:

Důležité pomůcky:

Ošetření: <input type="checkbox"/> pouze ženou <input type="checkbox"/> Pouze mužem <input type="checkbox"/> Nerozlišuji
Při ošetření přítomnost někoho z rodiny: <input type="checkbox"/> Ano nutné <input type="checkbox"/> Ne
Klient upřednostňuje zásady své kultury: <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano
Klient dává přednost léčbě: <input type="checkbox"/> Přírodní <input type="checkbox"/> Odborné
Bydlení: <input type="checkbox"/> Přechodné bydliště <input type="checkbox"/> Trvalé bydliště <input type="checkbox"/> Domov důchodců:
<input type="checkbox"/> S rodinou <input type="checkbox"/> Sám <input type="checkbox"/> Jiné zařízení:
<input type="checkbox"/> Partnerem/ kou <input type="checkbox"/> manželem / kou

OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE PRO KLIENTY CIZINCE

1. Identifikační údaje:

Jméno: **Přímení:**

Rodné číslo: **Zdravotní pojištění:**

Způsob placení:

2. Komunikace:

Rozumí Česky Ne Ano Částečně

Užívání jiného jazyka:

Dorozumívání:

Prostřednictvím rodiny Kontakt:

Tlumočnick Kontakt:

Piktogramy

3. Výživa:

Neoblíbené potraviny: Ne Ano

Druh:

Oblíbené potraviny: Ne Ano

Druh:

Zvyky při stravování: Ne Ano

.....

Jiná specifika:

.....

Druh tekutin: Čaj Šťáva Mléko Voda Limonáda

Jiné:

Neoblíbené tekutiny: Ne Ano

Druh:

Oblíbené tekutiny: Ne Ano

Druh:

Zvyky při přijímání tekutin: Ne Ano

Alkohol: Ne Ano

4. Spiritualita:

Vyznání: Ne Ano Jaké

Potřeba duchovního: Ne Ano Kontakt:

.....

Specifické požadavky: Ne Ano Jaké

.....

.....

Potřeby modliteb: Ne Ano Kdy:.....

Důležité pomůcky:

5. Ošetření: pouze ženou Pouze mužem Nerozlišuji

Při ošetření přítomnost někoho z rodiny: Ano nutné Ne

Klient upřednostňuje zásady své kultury: Ne Ano

Klient dává přednost léčbě: Přírodní Odborné

6. Bydlení: Přechodné bydliště Trvalé bydliště Domov důchodců:

S rodinou Sám Jiné zařízení:

Partnerem/ kou manželem / kou

Příloha 4: Cizinci vyznávající Židovství

Židovské náboženství je monoteistické, vyznávající jednoho boha. Důležitým dokumentem pro židy je Bible, podle které se dennodenně řídí a žijí podle ní. Zde jsou obsaženy dvě části, které mají veliký význam, Tóra a Talmud. Důležitým symbolem židovství je takzvaná Menora. Jedná se o sedmiramenný svícen, který představuje strom života a důležitým číslem je číslo sedm, které představuje sedmé nebe nebo sedm planet a je symbolem plnosti. Pojetí času je u Židů velice odlišné, používají odlišný kalendář, který se řídí podle lunárního cyklu. Měsíc je v tomto případě 28 až 30 dní dlouhý. Měsíce se začínají počítat od prvního jarního nazývaného Nisan a aby toto fungovalo, tak není nic divného, když se jednou za dva či tři roky v kalendáři objeví i třináctý měsíc. Dny se zde dělí na všední a sváteční a podle toho také dělí modlitební knihy na všední, šabatu a knihy nového měsíce, neboli svátků. Židé jsou velikým národem a proto se rozdělují dle míry dodržování víry na ortodoxní Židy, do této skupiny patří ti nejpřísnější členové, následně jsou to konzervativní Židé a do poslední skupiny patří reformní, méně přísní členové tohoto náboženství. Židé pocházejí z Izraele, odkud byli v minulosti již třikrát vyhnáni. Do této země přišli v roce 1250 př. n. l.. Uznání tohoto náboženství se židé dočkali až po roce 1781, kdy Josef II. vydal toleranční patent a německá vláda vyhlásila svobodu náboženství (11, 27, 36).

Komunikace s Židem

Jediným problémem v komunikaci, který by mohl s lidmi, kteří vyznávají toto náboženství nastat, je jazyková bariéra. Židovský národ je rozprostřen po celém světě a tudíž se v tomto případě můžeme setkat s různými druhy jazyků. Avšak židé se rozdělují do tří hlavních skupin. První z nich jsou Aškénázští Židé, kteří užívají převážně jazyk jidiš, který je odvozen od německého jazyka a je mu velice podobný. Druhou skupinou jsou Sefardští Židé, kteří mluví převážně starošpanělštinou a tento jazyk je zároveň používán při bohoslužbách v synagogách. Třetí, poslední skupinou jsou Orientální Židé, kteří pocházejí z Blízkého východu a upřednostňují arabštinu (27).

Rodinný život Židů

Rodina je pro věřícího v židovskou víru základem pro jeho život. Dříve a v současné době u některých ortodoxních věřících má muž v rodině i navenek hlavní slovo. V tomto případě ženy nesmí studovat, účastnit se bohoslužeb spolu s muži a jsou drženy spíše v postranní náboženské obce. V současné době jsou muž i žena v rodině rovnocennými partnery, pokud se nejedná o ortodoxní formu náboženství a manželství, je dohodou mezi oběma lidmi. Manžel plní úlohu zabezpečovací a zajišťuje dostatečnou finanční podporu pro rodinu. K ženě se chová s úctou a pro případ jeho úmrtí jí musí do budoucna finančně zajistit. Děti jsou v rodině považovány za dospělé a plně zodpovědné za své chování v období puberty. Dívky se za dospělé považují od svých dvanácti let a u chlapců je tato hranice o rok déle, tedy od jejich třinácti let (27, 36, 20).

Strava Židů

Židovská kuchyně má velice mnoho svých specifíků a má tendenci spíše ke zdravému stravování. Důležité je pro začátek vědět, že tato kuchyně se rozděluje na kuchyni, kde se zpracovává maso, které je čisté nebo-li kašer a nečisté. Za čistá zvířata se považují sudokopytníci a přežvýkavci jako jsou hovězí, kozy, ovce, vysoká zvěř jako jsou srny, gazely a antilopy. Zcela nevhodné a nečisté maso je vepřové, velbloudí, koní, oslí, ale i tlustokožců, jakýkoli brouci, masožravci a vodní savci. Mezi opeřená zvířata, která se smí jíst, patří převážně domácí, a to drůbeží, kachní, husí, krocení, koroptví a z divokých zvířat jsou to holubi a bažanti. Naopak zakázaní jsou ty ptáci, kteří jsou draví, ti kteří jedí mršinu a netopýři. Za čisté ryby se považují takové, které mají ploutve a šupiny. V žádném případě se na stole nesmí objevit žraločí maso, jeseter, rejnok, úhoř a jakákoliv jiná dravá ryba. Zcela nevhodná jsou zvířata, která lezou po břiše, tedy všichni plazi, obojživelníci, měkkýši a korýši. V jídelníčku se také nesmí ocitnout zvířata, která jsou nějakým způsobem nemocná a nebo byly již nalezeny mrtvé, tedy považované za mršiny. Další striktně zakázanou surovinou je krev. V tomto případě je také důležité, jakým způsobem zvíře zemřelo. Mělo by to být nenásilnou smrtí, kdy krev ze zvířete musí být vždy odvedena. Aby v mase nezůstal ani zbytek

krve, maso se proplachuje v čisté vodě, posype se solí a nechává se hodinu odležet, aby z něj zbylá krev vyšla a maso se opět omyje. Z těla zvířete se odstraňují některé jeho části, které jsou nevhodné, jedná se o tuk a hlavní žíly. Vyskytují se zde také potraviny, které se považují za neutrální a mohou se servírovat se vším jako příloha, jedná se o zeleninu, ovoce a vejce. Poslední důležitou zásadou je, že nesmíme v jídelníčku smíchat potraviny masitého původu s mléčnými. Tyto dva druhy potravin musíme jíst vždy odděleně, mléko nesmí následovat ani po masitých jídlech, až teprve po uplynutí šesti hodin. Pokud je tomu naopak a požijeme nejprve mléko, je důležité si vypláchnout ústa a zajíst kouskem chleba. V tomto případě se dokonce používá i oddělené nádoby, aby nedošlo k smíchání těchto potravin (1, 36, 39, 30).

Tělesný vzhled Židů

Židé jsou poznat dle svého specifického oblečení. Muži nosí pokrývku hlavy, nejčastěji je to klobouk nebo čepice, které se také říká kipa. Dále nosí modlitební plášť nazývaný talit, je zhotoven z vlny nebo hedvábí a má obdélníkový tvar. Rozlišujeme jeho dva druhy, velký, který se používá při bohoslužbách a malý, který muž nosí celý den pod svými šaty. U žen se s pokrývkou hlavy setkat můžeme, ale není to u nich povinné, nejčastěji se jedná o šátek (36, 27).

Péče o zdraví Židů

Pokud se někdo z židovského vyznání ocitne v nemoci, ve většině případech je pravidlem, že v této situaci vyhledají odbornou zdravotnickou pomoc. Avšak může se stát, že v období šabatu odbornou pomoc odmítnou, samozřejmě jen tehdy pokud zdravotní stav neohrožuje jedince na životě. Nestraní se a nemají zakázané jakékoli výkony, avšak pokud dojde k amputaci nebo odebrání nějaké části jejich těla, je důležité tyto části těla dát rodině, protože s nimi musí být dotyčný pohřben. Z tohoto důvodu u ortodoxních židů nepřipadá v úvahu, aby podstoupily dárcovství orgánů. Přerušit těhotenství je možné pouze v případě, že je zdravotně ohrožena matka dítěte, v ostatních případech je potrat nepřijatelný. Důležitá je pro židy i hygiena rukou, kterou provádějí vždy po toaletě, ale i po probuzení. Pokud umírá příslušník židovské víry, vždy u něj je

někdo přítomen. Velice často se můžeme setkat s takzvaným pohřebním bratrstvem, které je po celý čas u umírajícího spolu s rodinou a pomáhá jim a podporuje. Po smrti je důležitá očista mrtvého a oblečení do košile a modlitební šály. Pohřeb by se měl konat co nejdříve (36, 11).

Příloha 5: Cizinci vyznávající Buddhismus

Vznik buddhismu se datuje okolo 6. stol. př. n. l. v oblasti severní Indie. Postupně se toto náboženství rozšiřovalo dále do Thajska a Malajsie. Dnes je jedno z nejrozšířenějších náboženství, které najdeme na celém světě. Buddhismus rozeznává čtyři rozlišné cesty o utrpení, o vzniku utrpení, o zániku utrpení a poslední je cesta, která vede k zániku utrpení. Jedním z pojmů v buddhismu je dharma, což je Budhovo učení, které obsahuje povinnosti a normy, kterými se má věřící řídit. Dále Buddha může dosáhnout takzvané nirvány, což je stav harmonie. Jde o to, že v lidském světě není nic trvalého a dochází v životě ke koloběhu, pokud něco zanikne, tak na druhé straně opět něco vzniká. Základem víry je karma, díky které se člověk po své smrti vrací zpět na svět v dalším životě v různých formách. Náboženská obec se nazývá sangha a obsahuje mnišské členy, ale i věřící mezi laiky. Mnichem se může stát každý, kdo dosáhl dvacátého roku života za podmínek, že je volný, není vojákem, nedluží nikomu peníze a není otrokem. buddhismus má dva směry, první je určen laické veřejnosti a ten druhý je pro ortodoxní věřící (38).

Rodinný život Buddhisty

Rodina je pro buddhistu velice důležitá, ale pro buddhisty je ve společnosti základem shanga. V manželství jsou muž i žena rovnocennými partnery a vzájemně se podporují v pracovním životě. Žena je představitelkou moudrosti, vyrovnanosti, intuitivnosti a muž představuje čtyři aktivity, kterými jsou uspokojení, rozmnožování, fascinující a ochraňující. V buddhismu se vyskytují mniši, kteří žijí z dobročinnosti druhých lidí. Člověk, který se chce stát mnichem, se musí vzdát své dosavadní práce. Pokud jsou muž a žena ve svazku manželském, aby se mohli muži stát mnichy, musí mít nejprve povolení od svých manželek, že takto mohou učinit. Denní režim mnichů je velice jednoduchý, vstává se velice brzy ráno, odpoledne je věnováno učení mladších členů sanghy a meditaci. Večer po západu slunce je klášter přístupný okolním věřícím. Buddhisté jsou velice vzdělaní a také se ve vzdělávání podporují a jsou k němu vedeni.

K jejich přednostem patří skromnost, snaha pomoci druhým a upřednostňují duchovní život (38).

Strava Buddhisty

Buddhismus v zásadě striktně nezakazuje jakékoliv potraviny, které by nemohli být použity v jídelníčku. Avšak snaží se jíst velice zdravě, upřednostňuje vegetariánskou stravu a zásadou je nepřejídat se a dodat tělu takové potraviny, které potřebuje. U masitých jídel se dává přednost sladkovodním i mořským rybám. Pokud mají buddhisté maso ze zvířete, jí ho až po sedmi týdnech po jejich zabití, protože věří, že po této době se z masa ztrácí podstata zvířete. Pro buddhisty je důležité, aby zvíře nebylo zabito kvůli potřebám dotyčného člověka. Co se týče jídla, buddhisté dodržují půst, který začíná v červenci a končí v září. Stravování je v tomto období závislé na potravinách, které jsou formou darů od věřících přicházejících do klášterů. Půst končí velikou hostinou uvnitř kláštera. Někteří buddhisté jsou přesvědčeni o takzvaném zenovém jídle. Tito lidé nepožijí jídlo, které by pocházelo z bytosti, která trpí, využívají možnosti vegetariánství. Nejčastějším nápojem užívaným buddhisty je čaj. Co se týče alkoholu, tomu se striktně vyhýbají (38, 39).

Tělesný vzhled Buddhisty

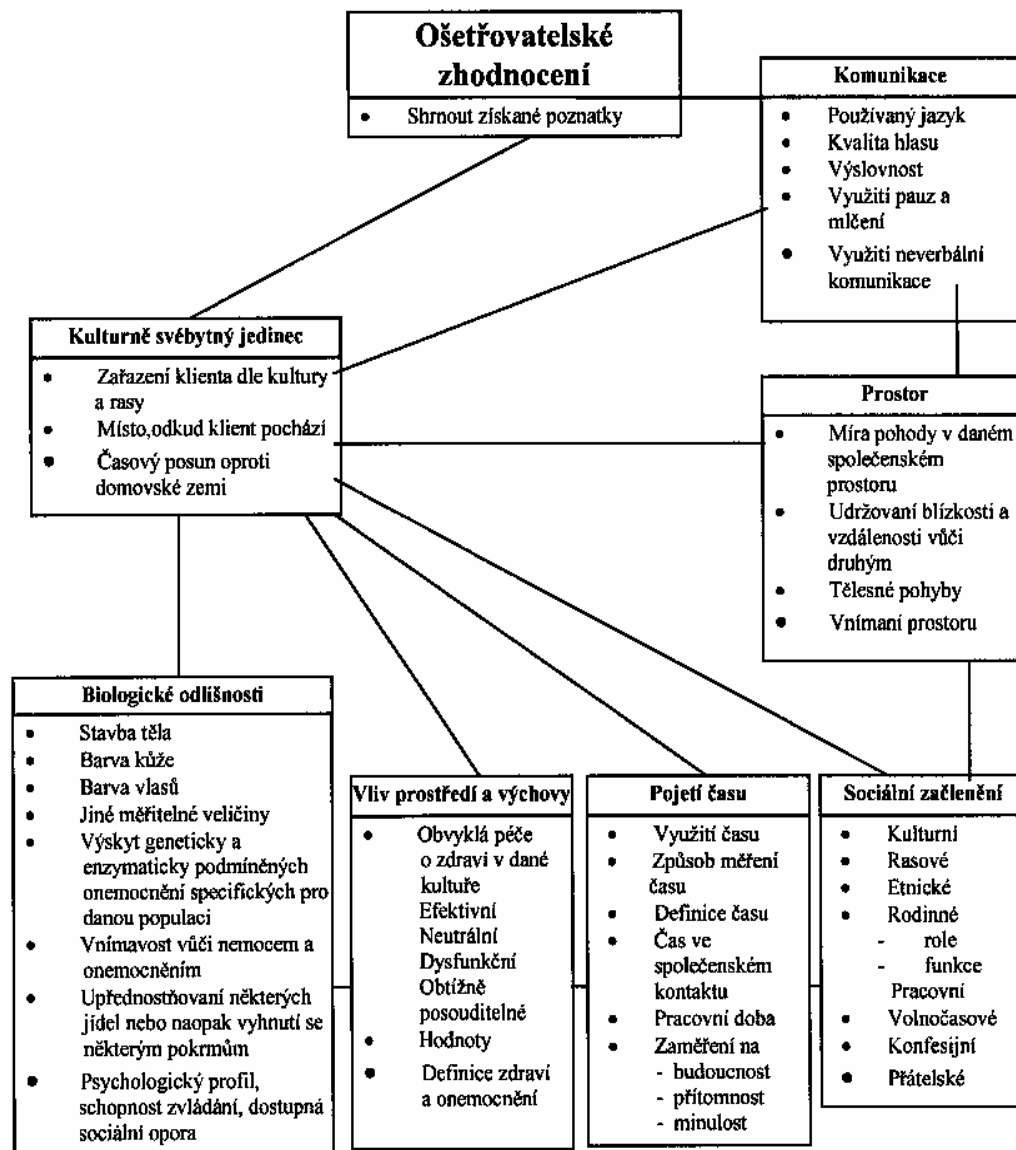
Specifický vzhled buddhisty je vidět spíše u mnichů, jsou poznatelní díky své oholené hlavě a nosí na sobě takzvaná roucha, která jsou trojí, zbarvená do oranžově – hědé barvy (38).

Péče o zdraví Buddhisty

Buddhisté kladou veliký důraz na prevenci zdraví prostřednictvím zdravého životního stylu. Pokud dojde k léčení nějaké nemoci a jsou věřícímu předepsány léky, upřednostňuje spíše užívání bylinek a homeopatik. Také dávají přednost spíše alternativní medicíně, ale zdravotnickému zařízení se nijak nevyhýbají (38).

Příloha 6: Model Gigerové a Davidhizarové

**Model pro transkulturní ošetrovatelské zhodnocení podle Gigerové a Davidhizarové:
(jednotlivé položky)**



Obr. č. 5: Položky modelu podle šesti jevů kulturní diverzity