

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Přístup zdravotnické záchranné služby k ošetření
klientů z rozdílných kultur**

bakalářská práce

Autor práce: Zuzana Trešlová
Studijní program: Specializace ve zdravotnictví
Studijní obor: Zdravotnický záchranář
Vedoucí práce: PhDr. Jolana Ročňová

Datum odevzdání práce: 14. 8. 2012

ABSTRAKT

Přístup zdravotnické záchranné služby k ošetření klientů z rozdílných kultur

V současné době žije v České republice velmi pestrá etnická populace a ve všech zdravotnických zařízeních, od praktických lékařů po nemocniční zařízení se setkáváme s cizinci. Tato bakalářská práce stručně shrnuje teorii multikulturního ošetřovatelství a specifika ošetřování vybraných skupin cizinců. Cílem práce bylo zmapovat četnost výjezdů Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje k pacientům/klientům z rozdílných kultur a zároveň zjistit, jak zdravotničtí záchranáři ze Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje k těmto pacientům/klientům přistupují.

Obsahem teoretické části je charakteristika záchranné služby, popsán je také obor zdravotnický záchranář, jeho kompetence i pracovní náplň. V další části se práce věnuje multikulturní péči. Nejprve je stručně popsána multikulturní péče a vysvětleny pojmy s tímto tématem související. Dále je probírána multikulturní komunikace a její formy, poté jsou rozebírána specifika péče o pacienty cizince, zde konkrétně o romské, vietnamské a ukrajinské obyvatelstvo. Na konec je krátce zmíněn systém zdravotní péče o cizince a zdravotní stav migrantů v České republice.

Druhá část, praktická, je věnována výzkumu, který probíhal metodou kvantitativní, a to formou dotazníků. Z výsledků vyplývá, že se zdravotničtí záchranáři Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje orientují v zásadních rozdílech v odlišnosti kultur, první hypotéza se tedy potvrdila. Zdravotničtí záchranáři se dle výzkumu dostatečně dorozumí anglickým nebo německým jazykem, ale současně uvádějí, že častým problémem při ošetřování klienta/cizince je jazyková bariéra. Toto tvrzení však nikdy nepřesáhlo více jak polovinu výsledků, proto tuto hypotézu nemohu potvrdit, ale ani vyvrátit.

Záchranáři pracující na zdravotnické záchranné službě nepotřebují znát multikulturní ošetřovatelství do hloubky. Důležité je ovládat alespoň jeden světový jazyk a pokud je to možné, mít auto vybaveno komunikačními kartami.

ABSTRACT

The Approach of Medical Rescue Service to Treatment of Clients from Different Cultures

At the present time a varied ethnic population lives in the Czech Republic and foreigners are found in all medical institutions, from general practitioners to hospitals. This bachelor thesis briefly resumes the theory of multicultural nursing and the special characteristics of treating selected groups of foreigners. The aim of the thesis is both to map out the frequency of departures of the Medical Rescue Service of South Bohemia to patients/clients from different cultures, and to find out how the paramedics from the Medical Rescue Service of South Bohemia approach these patients/clients.

The theoretical part contains characterization of rescue service, describes the profession of the paramedic and their competence. In the following part the thesis deals with multicultural health care. At first multicultural health care is described and the terms connected with this subject are explained. Then multicultural communication and its forms are discussed, the special characteristics of health care for foreign patients (in this particular case Romany, Vietnamese and Ukrainian inhabitants) are analysed. Finally the system of health care for foreign patients and the state of health of migrants in the Czech Republic are briefly mentioned.

Part two, which is practical, is devoted to research, which used the quantitative method in the form of questionnaires. The findings suggest that the paramedics from the Medical Rescue Service of South Bohemia are well informed about the basic differences in distinct cultures, which means that the first hypothesis was confirmed. According to research paramedics are able to communicate adequately in English or German but at the same time they say that the language barrier is a frequent problem when treating a foreign client. However, this claim never exceeded fifty per cent of the results, therefore I can neither confirm nor refute this hypothesis.

Paramedics working for the medical rescue service do not need to know multicultural health care in depth. It is important to know at least one world language and, if possible, to have a car equipped with communication cards.

Prohlášení

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

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich 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.

V Českých Budějovicích dne 14.8. 2012

.....

Zuzana Trešlová

Poděkování

Děkuji PhDr. Jolaně Ročňové za odborné vedení, praktické připomínky a cenné rady, které mi poskytla během zpracování mé bakalářské práce. Její ochotné pomoci a času který mi věnovala si velmi vážím. Dále děkuji svým blízkým a přátelům za trpělivost a vstřícnost během studia.

OBSAH:

ÚVOD	- 9 -
1 SOUČASNÝ STAV	- 10 -
1.1 Přednemocniční neodkladná péče	- 10 -
1.2 Charakteristika zdravotnické záchranné služby	- 10 -
1.2.1 Vnitřní členění územních středisek a zařízení	- 11 -
1.2.1.1 Zdravotnické operační středisko	- 11 -
1.2.1.2 Výjezdové skupiny	- 11 -
1.2.2 Zdravotnický záchranář.....	- 12 -
1.2.3 Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje	- 13 -
1.2.3.1 Oblasti Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje	- 14 -
1.3 Multikulturní/transkulturní péče	- 15 -
1.3.1 Základní pojmy	- 17 -
1.3.2 Kulturně rozdílná a shodná péče.....	- 19 -
1.4 Multikulturní/transkulturní komunikace	- 20 -
1.4.1 Verbální komunikace	- 20 -
1.4.2 Neverbální (mimoslovní) komunikace	- 21 -
1.4.3 Alternativní způsoby komunikace	- 23 -
1.5 Specifika péče o pacienty cizince	- 24 -
1.5.1 Romové	- 24 -
1.5.2 Vietnamci	- 26 -
1.5.3 Ukrajinci	- 28 -
1.6 Současná situace cizinců na území České republiky	- 29 -
1.6.1 Systém zdravotní péče o cizince v České republice	- 30 -
1.6.2 Zdravotní stav migrantů	- 31 -
2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	- 32 -
2.1 Cíle práce	- 32 -
2.2 Hypotézy	- 32 -
3 METODIKA	- 33 -

3.1 Použité metody.....	- 33 -
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	- 33 -
4 VÝSLEDKY	- 34 -
5 DISKUZE	- 55 -
6 ZÁVĚR	- 62 -
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	- 64 -
8 KLÍČOVÁ SLOVA.....	- 70 -
9 PŘÍLOHY	- 71 -

Seznam použitých zkratk

PNP	přednemocniční neodkladná péče
ZZS	zdravotnická záchranná služba
PČR	Policie České republiky
HZS	Hasičský záchranný sbor
IZS	Integrovaný záchranný systém
RZP	rychlá zdravotnická pomoc
RLP	rychlá lékařská pomoc
LZS	letecká záchranná služba
RV	rendez – vous
ZZS Jčk	Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje
OS	oblastní středisko
VŠ	vysoká škola
VOŠ	vyšší odborná škola

ÚVOD

Vlivem politických změn ve světě, neustále se měnícími ohnisky válečných a etnických konfliktů, nízké úrovně péče a slabého sociálního zabezpečení se do popředí dostává stále více problém migrace – příliv jiných etnik do Evropy, včetně České republiky. Ve všech zdravotnických zařízeních od praktických lékařů po nemocniční zařízení se setkáváme s cizinci, jejichž počet v České republice neustále stoupá a etnická populace zde žijící je dosti pestrá, což může způsobit řadu problémů. Jedním z důvodů je fakt, že většina Čechů není připravena na soužití s jinými etniky. Na odborné praxi jsem se několikrát setkala s příjmem pacienta/klienta – cizince, kde byl mnohdy problém v komunikaci nebo jsem se setkala se zdravotnickým personálem, který označuje národnostní menšiny nevhodnými familiárními výrazy.

Protože studuji obor Zdravotnický záchranář, zajímal mě přístup zdravotnického záchranáře k pacientům/klientům – cizincům nebo pacientům/klientům národnostních menšin. Z těchto důvodů jsem si vybrala toto téma.

Cílem práce je zjištění, jaký přístup volí zdravotnický záchranář k ošetření pacientů/klientů z rozdílných kultur. Dalším cílem je zmapovat četnost výjezdů zdravotnické záchranné služby k pacientům/klientům z rozdílných kultur.

Velký podíl migrantů v České republice tvoří vietnamská komunita a země východního bloku převážně se zastoupením ukrajinské komunity. Největší národnostní menšinou v České republice jsou Romové. Na tyto skupiny jsem se zaměřila i ve své bakalářské práci.

Práce obsahuje dvě části. První část tvoří teorie, kde je rozčleněna Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje, vysvětleny pojmy související s multikulturní péčí a stručně popsána ošetřovatelská specifika výše uvedených skupin obyvatelstva.

Druhá část je věnována výzkumu, který byl proveden formou dotazníku se zaměřením na základní jazykové a multikulturní znalosti zdravotnických záchranářů pracujících na Zdravotnické záchranné službě Jihočeského kraje.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Přednemocniční neodkladná péče

Přednemocniční neodkladná péče (dále jen PNP) je definována jako péče o postižené na místě jejich úrazu nebo náhlého onemocnění a v průběhu jejich transportu a předání k dalšímu odbornému ošetření ve zdravotnickém zařízení.

PNP je indikována a zdravotnickou záchrannou službou (dále jen ZZS) poskytována při stavech, které člověka bezprostředně ohrožují na životě, mohou vést prohlubováním patologických změn k náhlé smrti, způsobují bez rychlého odborného zásahu trvalé následky, působí akutní bolest a utrpení, nebo které změnou chování a jednání postiženého ohrožují jeho i okolí (2).

1.2 Charakteristika zdravotnické záchranné služby

Spolu s Policií České republiky (dále jen PČR) a Hasičským záchranným sborem České republiky (dále jen HZS) je ZZS základní složkou integrovaného záchranného systému. „Indikací“ pro výjezd a zásah ZZS je poskytování PNP (5).

ZZS nepřetržitě zabezpečuje, organizuje a řídí prostřednictvím jednotného spojového systému kvalifikovaný příjem, zpracování a vyhodnocení tísňových výzev a určení nejvhodnějšího způsobu poskytování PNP. Dále zabezpečuje poskytování nebo zajištění PNP na místě vzniku úrazu nebo náhlého onemocnění, při dopravě postiženého a při jeho předávání v cílovém zdravotnickém zařízení, dopravu raněných, nemocných a rodiček v podmínkách PNP mezi zdravotnickými zařízeními, dopravu související s plněním transplantačního programu, dopravu raněných a nemocných v podmínkách PNP ze zahraničí do České republiky, PNP při likvidaci zdravotních následků hromadných neštěstí a katastrof. (3)

Část těchto základních úkolů plní zdravotnická operační střediska, ostatní pak výjezdové skupiny ZZS. Činnost ZZS musí být zabezpečena nepřetržitě 24 hodiny denně (8).

1.2.1 Vnitřní členění územních středisek a zařízení

ZZS v ČR provozují územní střediska záchranné služby zřizované jednotlivými kraji, ty se dále organizačně člení na oblastní střediska záchranné služby a jednotlivá výjezdová stanoviště (2).

Součástí územního střediska je vždy řídicí úsek, zdravotnické operační středisko a středisko letecké záchranné služby.

Součástí oblastního střediska je vždy řídicí úsek a zdravotnické operační středisko.

Součástí územního a oblastního střediska jsou výjezdové skupiny, technický úsek a krizový útvar zajišťující koordinaci postupu s ostatními složkami integrovaného záchranného systému.

Územní a oblastní střediska musí být vybavena zdravotnickými, dopravními, spojovými a dalšími prostředky a pracovníky odborně způsobilými pro tuto činnost. Vedoucími územních i oblastních středisek jsou lékaři (3).

1.2.1.1 Zdravotnické operační středisko

Zdravotnické operační středisko nepřetržitě a bezprostředně řídí činnost výjezdových skupin ZZS a integruje činnost všech článků PNP v určené spádové oblasti v nepřetržitém provozu. Činnost zdravotnického operačního střediska zajišťují zdravotničtí pracovníci (3).

1.2.1.2 Výjezdové skupiny

Přednemocniční neodkladnou péči poskytují výjezdové posádky, které jsou rozděleny do tří skupin. První je skupina rychlé zdravotnické pomoci (dále jen RZP), v níž je nejméně dvoučlenná posádka ve složení řidič a záchranář, nebo řidič – záchranář a záchranář. Alespoň jeden z posádky musí mít kvalifikaci minimálně středního zdravotnického pracovníka. Záchranář s vyšší kvalifikací je přitom vedoucí

skupiny. Druhým typem je skupina rychlé lékařské pomoci (dále jen RLP) s nejméně tříčlennou posádkou, v jejíž sestavě jsou stejní pracovníci jako ve skupině RZP a dále lékař, který je současně vedoucím skupiny. Posledním druhem skupiny je letecká záchranná služba (dále jen LZS), v níž zdravotnická část posádky je nejméně dvoučlenná ve složení lékař a záchranář (3).

Zvláštním typem výjezdové posádky je posádka rendez – vous (dále jen RV). Tzv. setkávací systém, kterou tvoří osobní vůz, řidič – záchranář a lékař. RV nahrazuje v některých oblastech posádky RLP. Vyjíždí dle potřeby spolu s posádkami RZP, popřípadě dojíždí dodatečně, pokud si posádka RZP lékaře vyžádá nebo pokud je potřeba pouze lékařské posouzení. Příkladem je konstatování smrti (33).

1.2.2 Zdravotnický záchranář

Zdravotnický záchranář získává odbornou způsobilost dle § 18. Zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů o nelékařských zdravotnických povoláních absolvováním akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu zdravotnických záchranářů, nejméně tříletého studia v oboru diplomovaný zdravotnický záchranář na vyšších zdravotnických školách, nebo střední zdravotnické školy v oboru zdravotnický záchranář, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 1998/1999 (6).

Kompetence zdravotnického záchranáře jsou stanoveny v § 3. odst. 1. a § 17. vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Zdravotnický záchranář bez odborného dohledu a bez indikace poskytuje v rámci PNP, včetně letecké záchranné služby a dále v rámci anesteziologicko – resuscitační péče a v rámci akutního příjmu specifickou ošetrovatelskou péči. Mezi tuto specifickou péči patří například: monitorace a hodnocení vitálních funkcí včetně snímání elektrokardiografického záznamu, zajišťování periferního žilního vstupu, provádění prvního ošetření ran, včetně zástavy krvácení, zajišťování nebo provádění bezpečného vyproštění nebo transportu pacientů a další. Jsou však činnosti, které

záchranař provádí na základě indikace lékaře. Sem patří například zajišťování dýchacích cest dostupnými pomůckami, podávání léčivých přípravků, zajišťování intraoseálního vstupu a jiné. Celé znění vyhlášky je k dispozici v příloze (příloha č. 1). Zdravotnický záchranař tedy v posádce RZP poskytuje přednemocniční neodkladnou péči bez odborného dohledu a provádí ošetrovatelskou péči v rozsahu svých kompetencí (4).

1.2.3 Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje

Počátky Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje (dále jen ZZS JčK) se datují okolo roku 1923. V tomto roce vznikl Dobrovolný zdravotní sbor, který v Českých Budějovicích založil Václav Bitzan. Později vznikla Záchranná stanice města Českých Budějovic. Za 2. sv. války byl ve městě zřízen lazaret a záchranná stanice se podílela na řešení zdravotních problémů. Během války tu však sídlila i německá armáda, která zde měla svoji zdravotnickou jednotku. Po 2. sv. válce se ujal řízení záchranné stanice magistrát města, avšak už v roce 1948 došlo ke změně v dopravě pacientů. Tuto službu převzal Československý červený kříž. Oficiální název byl Zdravotnická dopravní služba. Nejprve se na výjezdech účastnili pouze řidiči, kteří ale neměli žádné zdravotnické vzdělání. Později se členy zdravotnické dopravní služby stali dobrovolní zdravotníci s výcvikem, kteří zároveň byli členy Československého červeného kříže. Na místě se pacient neléčil, jak je tomu dnes, ale rychle se naložil a vezl do nemocnice. Tato situace trvala až do roku 1952. S transformací socialistického zdravotnictví do ústavů národního zdraví byl Červený kříž nucen vydat veškerá sanitní vozidla a tím ztratil i zdravotnickou dopravní službu. V českobudějovickém ústavu národního zdraví se začala koncipovat dopravní služba, která převzala úkoly od zdravotnické dopravní služby. V této době se začalo mluvit o záchranné službě.

V roce 1957 byli vypisováni do směn lékaři ze všech oddělení ústavu národního zdraví. Postupně byli vyčleňováni lékaři specialisté jen pro zásahy na záchranné službě. Kolem roku 1980 vznikají v dalších oblastech kraje podobné záchranné služby.

V roce 1985 se koncipovala záchranná služba jako samostatné oddělení. Primářem se stal MUDr. Jan Tuček, který byl současně jmenován krajským lékařem pověřeným

řízením záchranné služby v rámci kraje. Bylo vybudováno oddělení RZP – rychlé zdravotnické pomoci, které se skládalo z odpovědného lékaře a sestry v jednom voze a druhé výjezdové skupiny, v níž vyjížděli lékaři z chirurgického oddělení jako tzv. druhý zálohový vůz a dále speciální vůz pro převoz nedonošenců. Roku 1993 byla zřízena vlastní organizace záchranné služby tzv. Stanice záchranné služby Krajského úřadu národního zdraví. Tomu v roce 1991 předcházelo zahájení činnosti Letecké záchranné služby na vojenském letišti v Plané u Českých Budějovic. Tím bylo zahájeno novodobé budování záchranné služby do dnešní podoby. Po roce 2000 došlo ke sloučení všech středisek záchranné služby v kraji do celokrajské organizace Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje, jejímž zřizovatelem je Jihočeský kraj (36).

Od 1.7.2005 až do dnes je ZZS Jčk příspěvková organizace, která je zřízena Jihočeským krajem jako samostatný jednotný funkční, organizační a hospodářský celek s právní subjektivitou. V čele organizace stojí ředitel, který je statutárním orgánem ZZS Jčk a je oprávněn jednat jejím jménem ve všech věcech. Ředitele jmenuje a odvolává Rada Jihočeského kraje. Organizačně se ZZS Jčk člení na územní středisko, které je v Českých Budějovicích a je zde zároveň ředitelství celé organizace, dále na oblastní střediska, výjezdová místa a výjezdové skupiny (35).

1.2.3.1 Oblasti Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje

Základním úkolem ZZS JčK je poskytovat obyvatelstvu Jihočeského kraje zdravotní péči a služby v souladu s koncepcí PNP.

V současnosti poskytuje ZZS JčK odbornou zdravotní péči v oborech, Záchranná služba (výjezdové skupiny RLP a RZP, výjezdové skupiny RV a posádka LZS), Protialkoholní záchytná stanice (PZS) a akutní detoxikační centrum (ADS) a Lékařská služba první pomoci (LSPP).

ZZS Jčk je členěna na jedno územní a šest oblastních středisek a dále pak do jednotlivých výjezdových stanovišť. Střediska jsou – Územní středisko České Budějovice, Oblastní středisko (dále jen OS) Český Krumlov, OS Jindřichův Hradec, OS Písek, OS Prachatice, OS Strakonice, OS Tábor.

V současné době má ZZS Jčk šestadvacet výjezdových stanovišť s třiačtyřiceti posádkami přes den tj. od 7:00 do 15:30 hod. a osmatřiceti posádkami v noci tj. od 15:30 do 7:00 hod (stav k 1.8. 2011).

Za rok vyjíždí posádky ZZS Jčk k více jak 60 000 zásahům (37).

1.3 Multikulturní/transkulturní péče

Na pozadí globalizace proudí do stále více států velký počet lidí hovořících nejen jiným jazykem, ale přinášejících i jiné zvyky, názory, přesvědčení, než je v daných podmínkách obvyklé. Spolužití různých kultur se stává každodenní „normalitou“, implikující nutnou souvislost mezi kulturou a ošetrovatelskou péčí, neboť ani ta neprobíhá v akulturním prostředí. Klient, příslušník jiné kultury je označován jako migrant, zástupce etnické menšiny, cizinec. Péče o něho pak jako multikulturní, transkulturní, či interkulturní (14).

Pečující personál a ostatní spolupracovníci v nemocnici a pacienti pocházejí z rozdílných zemí. Cílem péče je především, poskytnout pacientům přiměřenou péči a tím splnit jejich potřeby. Je třeba přitom respektovat rozdílné kultury a dějiny původních zemí (15).

Termíny „multikulturní“ a „transkulturní“ se dříve používaly (a dodnes často používají) ve zdravotnické literatuře k vyjádření téhož. Je ale třeba upozornit na to, že samotné pojmy „transkulturní“ a „multikulturní“ mají své specifické významové nuance. Pojem „multikulturní“ vyjadřuje mnohočetnost, početné seskupení kultur, které stojí jakoby vedle sebe, izolovaně, neovlivňují se, nemají definované společné prvky (viz. obr. 1, příloha č. 2). „Transkulturní“ významově znamená „přesahující“ hranice kultury – kdy kultury, které se střetávají se vzájemně ovlivňují a jsou mezi nimi popsané identifikované prvky, které jsou společné daným kulturám (viz. obr. 2, příloha č. 2), (30).

Užívání těchto pojmů pomůže objasnit stručný nástin procesu vývoje koncepcí společenského vyrovnávání se s fenoménem migrace v zemích, kde je podíl cizinců v populaci velmi vysoký.

Snahou těchto společností byla dříve koncepce *asimilace migrantů* (vysvětluje se strachem z ohrožení vlastní, často velmi nízké národní identity). Tyto snahy se ale záhy ukázaly jako málo efektivní a na základě kritiky této koncepce se přijal koncept *multikulturalismu* (60. a 70. léta 20. století).

V 80. letech se dospělo ke zjištění, že multikulturalismus nevede k rovnoprávnému soužití, ale spíše se prohlubuje izolovanost cizinců (vytvářejí se cizinecká ghetta), objevují se tendence k jejich společenskému znevýhodňování a sociální segregaci (11).

Moderní pluralitní společnosti ale potřebují sociální a ekonomickou integraci migrantů, jejich zvýšenou participaci na řešení problémů v oblasti sociální, ekonomické i politické (1). Těmto tendencím tedy lépe vyhovuje svým významem koncepce *transkulturalismu*. Pro koncept transkulturalismu je totiž příznačné, že staví do centra pozornosti nikoliv kulturu, ale obousměrnou interakci mezi majoritní společností a cizími minoritními skupinami (11).

Ošetřování klientů jiných národností a kultur vyžaduje odlišnost v přístupu, ale i v posuzování potřeb. V ošetřovatelském procesu se uplatňuje emocionální inteligence sestry, která by měla správně zhodnotit každou situaci a umět rozlišit deficit potřeb a projevy kulturní odlišnosti. A také je potřeba nezapomenout na to, že sestry jsou advokáty všech pacientů a v rámci možností se snažit respektovat jejich kulturní odlišnosti a pomáhat jim překonávat bariery v komunikaci s lékaři, ale i ostatními pacienty (17).

1.3.1 Základní pojmy

Nacionalismus je politickou doktrínou, ale také stavem mysli a pocitem, že stát a národ si musí odpovídat, že musí tvořit jednotu. **Národ** je podle nacionalistů velkou skupinou lidí se společnou kulturou, jejíž podstatnou částí je společný jazyk (15). **Národ** je osobité a vědomé kulturní a politické společenství, na jehož utváření mají největší vliv společné dějiny a společné území. **Národnost** je obvykle chápána jako příslušnost k určitému národu nebo etniku. *Statistická komise OSN* doporučuje zjišťovat národnost obyvatel na základě tohoto širokého vymezení: „*příslušnost ke skupině osob se společným původem, kulturou, případně jazykem, náboženstvím nebo jinou charakteristikou, které ji odlišují od ostatní populace*“ (11).

Národnostní menšiny – tento pojem se v evropských zemích chápe ve smyslu tzv. autochtonní (domácí, původní) národnosti a nezahrnuje skupiny nových imigrantů. V České republice je národnostní menšina definována zákonem č. 273 / 2001 Sb., o právech příslušníků národnostních menšin. *Národnostní menšina je společenství občanů České republiky žijících na území současné České republiky, kteří se odlišují od ostatních občanů zpravidla etnický původem, jazykem, kulturou a tradicemi, tvoří početnou menšinu obyvatelstva a zároveň projevují vůli být považováni za národnostní menšinu za účelem společného úsilí o zachování a rozvoj vlastní svébytnosti, jazyka a kultury* (25).

Kultury utvářejí lidi a lidé mění kultury. **Kultura** byla vždy součástí výbavy lidského druhu. Sdílený způsob slovního vyjadřování, mimika, různá gesta a postoje, způsob oblékání, příprava a konzumace jídla, to vše a mnoho dalšího reprezentuje lidskou kulturu (11). **Kulturní identita** umožňuje ve chvílích krize identity a ve snaze o znovunastolení nezbytné potřeby orientace nově definovat svůj životní svět. Kulturně podmíněné a tím potencionálně konfliktní normy a praktiky každodenního života se mohou stát jak šancí obohacující otevření se druhým, tak bariérou vzájemného chápání (14).

Asimilace je postupné včleňování jednoho etnika a jeho kultury do jiné kultury tak, že znaky původní kultury se ztrácejí a jsou nahrazovány znaky dominantní, přejímané

kultury. V průběhu přirozené, nenásilné asimilace může docházet k vzájemnému obohacování participujících etnických a jiných společenství (11).

Kulturní šok se vyskytne, nachází – li se jedinec v neznámém kulturním prostředí, musí se v něm orientovat a prožívá pocit být cizí. Ten se může projevat steskem po domově, mrzutostí, přecitlivělostí, nerozhodností, frustrací, smutkem a dokonce i nemocí (30).

Etnikum je skupina jedinců, kteří se od jiných skupin odlišují souhrnem faktorů kulturních, rasových, jazykových, dále svojí historií, sebepojetím a také tím, že jsou jako etnicky odlišní vnímáni druhými. Důležitá je zde odlišnost *hodnot, norem, chování a jazyka* (12).

Jednou ze zvláštností multietnické a multikulturní reality světa je to, že v ní hrají významnou roli předsudky. **Předsudky** představují zvláštní komplex v podstatě nezduvodněných postojů a stanovisek, které si lidé osvojují docela nenápadně pod vlivem prostředí, nebo je převezmou od nějaké „authority“ (11). Jakmile je lidem něco nějak cizí, otevírá se možnost pro vznik postoje, jehož jádrem je nedůvěra k odlišnostem, který se označuje jako **xenofobie**. Tyto jevy jsou nejsilnější v případech, kdy jsou v situaci odlišných lidí ti, kdo se skutečně (třeba fyziognomií) liší. V našem prostředí jsou to například Romové nebo Vietnamci, prostě příslušníci jiných ras či etnik. Xenofobie se proměňuje v **rasismus** (29).

Rasa je neutrální antropologický termín, vztahující se k druhové diferenciaci lidských plemen. Jde o souhrn společných dědičných rysů, jimiž se vyznačuje jistá skupina daného druhu lidí. **Rasismus** představuje soubor koncepcí vycházejících ze strachu z cizího (xenofobie) a tvořících jeho ideologickou nadstavbu. Předpokládá fyzickou a duševní nerovnost lidských ras. Rasismus byl v průběhu historie používán jako ideologický základ pro agresivní chování, expanzi, ovládnutí a vykořisťování (29).

Dominantní skupinou – majoritní skupinou rozumíme sdružení uprostřed společnosti, které má výjimečné postavení ve funkci ochránců a držitelů hodnotového systému společnosti a je prvním „udělovačem“ odměn ve společnosti (11). **Minorita neboli menšina** je skupina s menším počtem členů, než má v téže společnosti skupina většinová. V jiném pojetí je to skupina, která je ve společnosti znevýhodněna na základě

připsaných znaků (barva pleti, národnost, náboženské vyznání), jež jsou považovány ze strany příslušníků většiny za méně hodnotné. *Ochrana práv menšiny je považována za jeden ze znaků vyspělé demokratické společnosti* (12).

1.3.2 Kulturně rozdílná a shodná péče

Transkulturní ošetřovatelství se rozvíjí přes padesát let. U zrodu stála a stále je jeho aktivní představitelkou profesorka *Madeleine Leiningerová*.

Madeleine Leiningerová rozvinula teorii, kterou nazvala *teorií kulturně diverzifikované (různorodé) a univerzální (shodné) péče. Myslí tím poznání, pochopení a využívání společných a rozdílných znaků kultur při poskytování ošetřovatelské péče. Tato teorie tvoří základ transkulturního ošetřovatelství* (31). Fakt, že teorie Leiningerové je teorií kulturní diverzity a univerzality (rozmanitosti a univerzálnosti) je patrné i z později vytvořeného modelu, který sama nazvala „Model vycházejícího slunce“ (viz příloha č. 3). Uvedený model má čtyři úrovně, seřazené od nejabstraktnější po nejkonkrétnější.

První úroveň zahrnuje filosofický názor a úroveň sociálního systému, které se řadí nad kulturu. *Druhá úroveň* obsahuje poznatky o jedincích, rodinách a skupinách v odlišných zdravotnických systémech a určuje kulturně specifické a významné vztahy k péči o zdraví. *Třetí úroveň* poskytuje charakteristiky každého systému a specifické rysy každé péče (24).

Čtvrtá úroveň je úrovní o rozhodování a provádění ošetřovatelských opatření ve třech oblastech. *Kulturní péče podporující zachování zdraví, kulturní péče umožňující adaptaci, kulturní péče pomáhající uskutečnit změnu* (31).

Po roce 1990 získalo transkulturní ošetřovatelství status celosvětově uznávané odbornosti, která má otevřen přístup nejen do klinické praxe, ale i do výuky a poradenské činnosti. Do ošetřovatelské praxe byl například zaveden model dalších významných představitelk transkulturního ošetřovatelství *Joyce Newman Gigerové* a *Ruth Davidhizarové*. *Model kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče* usnadňuje a urychluje celostní, kulturně ohleduplné ošetřovatelské hodnocení stavu potřeb klienta/pacienta a tím také zefektivňuje praktickou péči (19). Model ukazuje, že každý jedinec je kulturně unikátní a má být hodnocen v intencích šesti kulturních fenoménů,

kterými jsou komunikace, interpersonální prostor, sociální začlenění, čas, individuem kontrolované prostředí a biologické variace (31).

1.4 Multikulturní/transkulturní komunikace

Komunikací obecně rozumíme způsob, kterým lidé navazují vzájemný kontakt a oznamují si své myšlenky, citové zážitky, postoje. Komunikace je základní společenský proces, který můžeme charakterizovat jako přenos děje od člověka k člověku (14).

Mezikulturní (interkulturní) komunikace se podstatně odlišuje od monokulturní komunikace (tj. probíhající mezi příslušníky téže kultury). Subjekty mezikulturní komunikace vstupují do komunikačního procesu s odlišnými kognitivními a emocionálními strukturami, odlišnými způsoby vnímání a hodnocení skutečnosti (19). Průcha (2010, s. 16) uvádí, že interkulturní komunikaci lze definovat jako procesy interakce a sdělování probíhající v nejrůznějších typech situací, při nichž jsou komunikujícími partnery příslušníci jazykově nebo kulturně odlišných etnik, národů, rasových či náboženských společenství.

Komunikace se dělí na verbální a neverbální. Při verbální komunikaci se používají slovní výrazy mluvené či psané. Při neverbální komunikaci se používají mimoslovní prostředky, jako jsou např. pohledy, gesta, dotyky, prostorové umístění (11).

1.4.1 Verbální komunikace

Verbální komunikace je specificky lidský způsob komunikace, který má formu mluvené nebo psané řeči, tedy formu jazyka. Z historického i vývojového hlediska je nejmladším a nejvyspělejším komunikačním kanálem. K verbální komunikaci řadíme komunikaci zvukovou, to znamená ústní nebo mluvenou a komunikaci grafickou tj. písemnou.

Při komunikaci v multikulturním prostředí je schopnost najít společnou řeč obzvláště složitá. Různorodost jazyků vždy způsobovala dorozumívací problémy. Lidé sice

mohou technicky zvládnout jiný jazyk, přesto neporozumí kultuře národa či etnika, a tím mohou vznikat interkulturní komunikační bariéry (11).

V multikulturním prostředí existují určité verbální odlišnosti, které ovlivňují komunikaci. Je to například oslovování pacientů/klientů. Základní zásada při oslovování pacientů/klientů z jiné kultury ve zdravotnické praxi je zeptat se, jak si přeje být klient oslovován. Když nás pacient/klient naučí, jak ho oslovovat, vyhneme se tím nejen chybě, ale také je to způsob jak navázat vztah s pacientem/klientem a dát mu najevo, že máme o něj zájem.

Další odlišnost je například v tykání a vykání. V českém jazyce se k vyjádření zdvořilosti používá množné číslo. Ale např. ve vietnamštině neexistují slova „já“ a „ty“. Vyjadřování těchto významů závisí na situaci.

Rozdíly jsou též ve slovní zásobě a ve vyjadřování. Tyto rozdíly jsou podmíněné jednak geograficky, způsobem života, a také kulturně (14).

1.4.2 Neverbální (mimoslovní) komunikace

Lidé se nedorozumívají jen pomocí slov, ale také pomocí celé řady různých projevů, které můžeme souborně nazvat mimoslovní či neverbální komunikace. Neverbální komunikace tvoří opticko-kinetický systém znaků. Sdělení kódujeme do gest, mimiky, vzájemné vzdálenosti, doteků, pohybů, oblečení aj. Přenos se děje především optickým a taktilním kanálem (14).

Druhy neverbální komunikace se obvykle liší podle prostředků, kterými je aktér vyjadřuje.

Mimika znamená komunikace výrazem tváře. Z množství mimických projevů je pro vztah pacient/klient – sestra nejdůležitější úsměv. Úsměvem sestra navozuje atmosféru uvolnění, důvěry, sdílnosti a optimismu. Evropané a Američané jím vyjadřují své sympatie, přátelství, dobrou náladu, dobrý úmysl. V Asii v kultuře Japonců, Korejců a Vietnamců je často výrazem nejistoty, omluvy, rozpaků a zmatku. Úsměv tam často vyjadřuje omluvu v případě, že dotyčný nerozuměl tomu, co bylo řečeno.

Haptika je vyjádřením taktilního doteku, tj. doteku „kůže na kůži“. Význam dotekové komunikace se mění v závislosti na tom, koho se dotýkáme, které části těla, jak se

dotýkáme a v jaké situaci. Doteková komunikace je mnohovýznamová a patří k nejzákladnějším formám dorozumívání.

Proxemika je sdělování přiblížením a oddálením. Při prvním setkání s cizincem bychom měli dodržovat určitou míru odstupů. Jediný způsob, jak určit prostorové požadavky nějakého jedince v různých situacích, je důkladně ho pozorovat, než podnikneme jakýkoliv pokus o přiblížení. Velikost osobní zóny je kulturně podmíněná. Například Japonci a Vietnamci žijící v „přelidněném“ prostředí mají osobní sféru menší, Angličané a Australané si rádi udržují osobní sféru větší.

Kinezika znamená řeč pohybů. Lidé obvykle hodnotí jiného člověka i dle dotací jeho pohybů. Jestliže se chceme chovat slušně například vůči Vietnamcům, měli bychom dělat pomalé klidné pohyby a věci podávat s úctou ke druhým. Jenom pohyby, které nejsou ovládnuty afektem, jsou ve vietnamské kultuře pokládány za slušné a uctivé. Stejně neslušné je v této kultuře položení si nohou na stůl, přehození nohy přes nohu či smrkání na veřejnosti do kapesníku.

Gestika neboli řeč rukou. Doprovázejí slovní projevy nebo je zastupují. Gesta jsou ovlivňována vědomím, tj. vědomá gesta, nevědomá gesta a automatická gesta, dále také kulturou, sociálními vlivy a dědičností.

K nejhlubším neverbálním projevům v sociální interakci patří oboustranný zrakový kontakt neboli **pohled**. Pohled je důležitým faktorem v ošetrovatelství a v medicíně vůbec. Oči slouží jako přijímač informací a také jako jejich vysílač. V naší středoevropské kultuře, stejně jako v americké, se oční kontakt hodnotí jako projev pozitivního sebehodnocení, otevřené mysli, zájmu o druhé, věnování pozornosti jiným, projev čestnosti. Neudržení očního kontaktu s partnerem je projevem nečestnosti (11).

Při studiu neverbálních projevů se hledají tzv. **emické projevy**, to znamená projevy vlastní jen určité kultuře, a také tzv. **etogramy**, tj. nepsané, ale přece jen striktně dodržované jednotné normy chování společné všem lidem. Existuje řada obecných, univerzálně srozumitelných neverbálních komunikačních projevů. Například ve všech kulturních oblastech se objevuje neverbální projev objímání a líbání. Jiným příkladem transkulturního neverbálního projevu může být soubor projevů žalu a zármutku.

Všeobecná platnost určitých neverbálních projevů platí tedy především pro neverbální projevy citů, emocí a afektů (19).

1.4.3 Alternativní způsoby komunikace

Profesionální přístup zdravotníků vyžaduje, aby při komunikaci s pacienty byly vysvětlovány příčiny zdravotních potíží a objasněny způsoby léčby, jejich rizika a předpoklady úspěchu. V kulturách evropských národů je obvyklá komunikace prostřednictvím psaných textů, a proto je samozřejmostí, že pacientům jsou informace poskytovány v textech v kombinaci s vizuálními prostředky (obrázky, schémata, tabulky aj.). Avšak v kulturách některých etnik je tento způsob informování méně obvyklý a přirozenější je poskytovat mluvené informace, tedy prostřednictvím vyprávění a naslouchání (26).

V situacích, kdy pacient/klient nehovoří ani jedním z jazyků v němž jsem schopni mu informace poskytnout, a pokud nemáme tlumočnicka, můžeme pro tyto situace vytvořit např. sadu tzv. „**komunikačních karet**“ (**piktogramů**). Komunikace tímto způsobem je zdoluhavější, ale přináší zpravidla potřebnou informaci. Pokud se rozhodneme tento způsob komunikace v praxi používat, musíme sadu karet uzpůsobit potřebám pacientů na svém pracovišti. Piktogram musí být natolik jednoduchý, výstižný a jednoznačný, aby mu lidé obecně snadno rozuměli a uměli ho dešifrovat. Užívání karet samozřejmě předpokládá spolupracujícího pacienta/klienta. Pro pacienty/klienty nespolupracující je to metoda nepoužitelná.

Další možností jak se dorozumět s pacientem/klientem který nemluví jazykem dané země je využití **tlumočnicků k ústnímu tlumočení**. Nejčastěji využívají služeb tlumočnicků lékaři (60%) za účelem odebrání anamnézy, sdělení výsledků, vysvětlení plánovaných vyšetření, získání souhlasu k operaci či zákroku, dále pak před propuštěním pacienta do domácího léčení (31).

Existují zásady, které by se při komunikaci s cizincem měly dodržovat. Základní zásada pro navázání kontaktu s pacientem je vždy použít základní pozdravení a jednoduchou společenskou frázi nejlépe v jazyku, kterému pacient rozumí. Mluvit pomalu, zřetelně artikulovat, přitom nekřičet. Používat gesta a obrázky, které klientovi

zlepší pochopení. Používat jednoduché věty, vyhýbat se souvětím. Všimnout si, kterým slovům klient rozumí nejlépe a ta pak používat. Nechat cizince vyložit jeho pohled na problém (zdravotní). Bedlivě sledovat neverbální příznaky strachu, obav, nepokoje a bolesti, protože jejich projev může být kulturně zkreslený. Po podání informací si ihned ověřit, zda klient skutečně porozuměl. Vyhýbat se medicínským výrazům a zdravotnickému slangu, kterému nemusí klient rozumět. Na doplnění používat obrázky, piktogramy. Nezapomínat, že i při kontaktu s cizincem patří do komunikace nejen již zmíněný pozdrav, oslovení, ale také slova děkuji a prosím.

Umění efektivní komunikace nespočívá jen v tom, že se dovedeme dobře vyjádřit, ale je nutné umět lidi poslouchat a přimět je, aby se rozpovídali (19).

1.5 Specifika péče o pacienty cizince

Pokud má zdravotník pracovat s lidmi, kteří pocházejí z kulturní oblasti kterou nezná, musí se informovat nebo znát určitá specifika ošetrovatelské péče. Největší roli hrají zejména stravovací návyky, komunikační zvyklosti v interakci mezi muži a ženami, dodržovaný osobní prostor, pohřební zvyklosti, odívání a náboženské potřeby. Důležitá je také symbolika barev a předmětů, významy přiřádané objektům a jevům. To, jak sestra přistupuje k pacientovi, jakým způsobem poskytuje ošetrovatelskou péči a zbavuje jej úzkosti a strachu, má za následek jeho spokojenost (34).

1.5.1 Romové

Pravlastí Romů je Indie. Jejich předkové náleželi převážně k původnímu obyvatelstvu tohoto subkontinentu, které se tělesně (mj. tmavší pleti) poněkud odlišovalo od většiny, jež nad ním později převládla. Jejich postavení v indickém kastovním systému prošlo určitým vývojem, který byl převážně sestupný. Již v jejich vlasti jim kočování pomáhalo uplatnit řemeslné dovednosti, zejména kovářské, ale i schopnost bavit publikum hudbou, tancem a různými kejklemi. V nouzi si vypomáhali jak se dalo, mimo jiné žebrotou. Z Indie emigrovali patrně za obživou

a mezi první státy, které osídlili, patřila Arábie a Egypt. V dnešní době žijí po celém světě (27).

K romské národnosti se při sčítání lidu v roce 2001 přihlásilo pouze 11 746 osob. Ve srovnání s rokem 1991 je to téměř trojnásobně nižší počet. Podle kvalifikovaných odhadů je však počet příslušníků romské komunity v ČR mnohonásobně vyšší, hypoteticky až 250 tisíc osob. Podle Českého statistického úřadu se v roce 2011 přihlásilo k romské národnosti 13 tisíc obyvatel (7). Z hlediska územního rozmístění jsou nejvyšší počty osob s romskou národností ve velkých městech, konkrétně v Praze a Ostravě (29).

Pro zdravotníky je velmi důležité, aby si uvědomili odlišnost ve vnímání zdraví a nemoci Romů. Romští spoluobčané mají jiný žebříček hodnot a jiný způsob života. Na prvním místě hodnotového žebříčku Romů je **život** – to vysvětluje proč romská matka, mnohdy tajně – den po porodu opustí nemocnici. Tedy romská matka po porodu odchází domů, protože jí už nejde o život a tedy zde vyvstává druhá žebříčková hodnota a to je **být s rodinou**. Rodina pro Romy znamenala a znamená téměř vše, neboť uspokojuje základní životní potřeby jejích členů. Romové byli při kočování na okolní společnosti zcela nezávislí, ale uvnitř rodiny byli a jsou na sobě naopak závislí beze zbytku. Rodina jsou všichni příbuzní. Intenzivně prožívají vzájemné problémy. Právě proto se pak setkáváme s tím, že do nemocnice přijíždí na návštěvu všichni příbuzní a třeba i ze Slovenska. Nestává se, že by Rom umíral o samotě, je obklopený svými příbuznými, kteří ho doprovázejí posledními okamžiky jeho života. Největší poklad pro Roma jsou děti a největší trest je exkomunikace z rodiny.

Na třetím místě hodnotového žebříčku Romů je **zdraví**. Zdraví podle nich znamená nejen fyzickou odolnost, ale také určité sociální zajištění a toleranci majoritní společnosti.

Při ošetřování romského pacienta/klienta by zdravotník neměl podléhat předsudkům, měl by uznávat individualitu, měl by být výrazně trpělivý, vystupovat klidně, neměl by vybuchnout, ale být empatický a snažit se Roma pochopit. Hlavně v léčbě je vhodné Romovi vše zopakovat nebo se jej zeptat zda si vše pamatuje. Při ošetření romských pacientů/klientů je nutno být s Romem v kontaktu a chovat se k němu jako k ostatním

pacientům, získat si jeho důvěru, projevovat zájem, nebýt odtažitý a respektovat důstojnost. Romové bývají při podezření na jejich snižování agresivní, mohou vést i verbální útok. Sestra by měla v tomto případě zachovat klid a důkladně si pro další komunikaci promyslet, kde udělala chybu. Povolání zdravotníka je pro Romy nečisté řemeslo, nemusí se k nám vždy chovat tak, jak bychom očekávali od jiných lidí (28).

1.5.2 Vietnamci

Vietnam je neformální označení pro Socialistickou republiku Vietnam, která leží v jihovýchodní Asii na východě poloostrova Zadí Indie při pobřeží Jihočínského moře. Vietnam má velmi dlouhou historii, která po celou dobu formovala a rozvíjela národ. Vietnam se dosud řadí mezi rozvojové země, existuje tu mnoho oblastí s nízkou životní úrovní, vláda se však snaží nejen s tímto problémem bojovat (32).

Podle Českého statistického úřadu bylo u nás k 30. 11. 2011 evidováno 55 585 vietnamských státních příslušníků. Kromě nejmladších generací jsou Vietnamci uzavřeným etnikem se silnými sociálními vazbami v jejím rámci. Navenek působí uzavřeně a kontakty s majoritní společností nevyhledávají (20).

Vietnamci jsou silně nábožensky založení, modlitby patří k denním rituálům. Z náboženských směrů převládá buddhismus (tzv. mahájánový buddhismus), konfucianismus, taoismus. Ve Vietnamu žijí také vyznavači hinduismu, islámu a křesťanství (21).

Pravidla slušného chování nařizují neuvádět nikoho na veřejnosti do nesnázi. Naprosto nepřijatelná je otevřená kritika jednotlivce před kolektivem. Za nevhodné považují, pokud se muž dotkne cizí ženy nebo když si někdo položí nohy na nábytek. Při rozhovoru je pro ně nepříjemné, hledíme-li jim přímo do očí, což si mohou vykládat jako domýšlivost nebo povýšenost. Vietnamština nezná vykání a tykání v podobě, jakou známe z jazyka českého. Vietnamci využívají zdvořilostní obraty a slova, jejichž použití vychází z konkrétní situace. Vietnamci se často usmívají nebo nahlas smějí, a to i v situacích které Evropanům nepřipadají směšné, a proto to považují za nepřiměřenou reakci. V okamžiku, kdy Vietnamec nerozumí co se po něm chce, nebo je v dané situaci velmi nejistý, začne se usmívat nebo nahlas smát (20).

Nejdůležitější plodinou výživy obyvatel Vietnamu je rýže, která se připravuje různými způsoby. Potravinám je podle filosofie rovnováhy jing a jang přiřazována síla tepla nebo chladu. Teplé pokrmy jang např. vejce, drůbeží maso, rýže a chladné pokrmy jin např. karotka, fazolové klíčky. Rovnováha ve skladbě potravin vede tak k ovlivňování zdraví (15).

Síly jing a jang ovlivňují rovnováhu a harmonii zdraví, které je vnímáno jako rovnováha mezi horkem a chladem a mezi suchem a vlhkem. Nerovnováha těchto sil způsobí nemoc. Vietnamci jsou velmi skromní, hlavně ženy. Pokud je to možné, upřednostňují sprchu ráno, a to každý den. Stejně tak kvůli soukromí preferují používání záchodu před podložní mísou nebo močovou lahví. Smrkání do kapesníku je považováno za směšné a neslušné. Osobní hygiena je pro vietnamské pacienty velmi důležitá a raději si ji dělají sami. Pokud nemohou, chtějí, aby jim pomáhal člen rodiny stejného pohlaví. ***Dodržování soukromí a osobní stud jsou důležité faktory při pobytu Vietnamců v nemocnici.*** Při prožívání bolesti zůstávají Vietnamci klidní, dokonce se mohou i usmívat. Dobrovolně nepožádají o léky na bolest ze strachu z návyku a z vedlejších účinků. Při zvracení můžou kvůli studu informovat personál až poté, co sami zvratky uklidí. Vždy nejprve zkusí domácí léčení. ***Problém přiznají, až když je pokročilý nebo mají velké bolesti.*** Hodně pozornosti věnují těhotným ženám, zejména dbají na zdravá jídla a dostatek odpočinku. Rodičky trpí tiše, bolest snášejí dobře, nenaříkají, přesto je jim třeba věnovat pozornost. Vždy je důležitá hygiena. Vaginální porod je upřednostňován před císařským řezem. Je-li třeba transfúze, členové rodiny budou ochotni darovat krev. Někteří mohou chtít prokonzultovat nutnost transfúze s jiným lékařem. Vietnamci mají respekt před lékařskými autoritami a vyhledávají předběžné prohlídky, jen když jim to zdůrazní lékař nebo zdravotní sestra. V případě náhlé prohlídky je dobré přizvat i člena rodiny, kterého pacient určí. Obezita není pro Vietnamce problém – naopak je to pozitivní známka dobrého socioekonomického postavení a spokojenosti (11).

1.5.3 Ukrajinci

Pocházejí z Ukrajiny. Obyvatelstvo zde tvoří Ukrajinci (73%), Rusové (22%), Bělorusové (1%) a Židé (0,7%). Úředním jazykem je ukrajinština. Kvůli špatným životním podmínkám utíkají ze své domoviny do západních států (11).

Ukrajinci jsou tradiční českou menšinou. To je dáno nelichotivou ekonomickou situací Ukrajiny, geografickou blízkostí států a poměrně malými jazykovými a kulturními bariérami (10).

Po první světové válce přišlo do Čech mnoho ukrajinských uprchlíků, kteří museli odejít z frontové oblasti. Další uprchlická vlna přišla do Čech po druhé světové válce. Tito ukrajinští uprchlíci získali české občanství a postupně se asimilovali. Další skupina přišla po roce 1989 se snahou zlepšit finanční situaci svou a svých rodin (11). Pobyt velkého počtu ukrajinských dělníků u nás spojuje většina českého obyvatelstva s nárůstem kriminality a zmenšování pocitu bezpečí. Bohužel jsou tyto xenofobní pocity přenášeny i na tradiční ukrajinskou skupinu, která s těmito jevy nemá nic společného.

Soužití ukrajinské menšiny s českou majoritní společností nedělalo do nedávné doby příliš velké problémy. Čeští Ukrajinci si však tradičně stěžují na nedostatečnou míru pochopení svých ukrajinských dějin a ukrajinsko – ruských vztahů. Ale ani sami čeští Ukrajinci nedokázali v minulosti, kdy měli k dispozici větší počet představitelů své humanitní inteligence, tento stav změnit k lepšímu (10).

Ukrajinci v České republice mají slabé znalosti cizích jazyků, nejen češtiny, ale také západních jazyků. Ukrajinci u nás nacházejí uplatnění především ve stavebnictví, potravinářském průmyslu a lesnictví. Vzhledem k neutěšeným sociálním poměrům klesá počet dětí v rodině a ze stejných důvodů je také omezena i možnost středoškolského či vysokoškolského vzdělání a následné uplatnění v daném oboru.

Zdravotnická péče na Ukrajině je katastrofální. Klient/pacient před nástupem na hospitalizaci obdrží seznam věcí, pomůcek a léků, které si musí nakoupit. Například prostěradlo, roušky, vatu, injekční stříkačky a další (11). Pozornost se nyní soustředí na posílení úlohy primární péče, všeobecných a rodinných lékařů. Rychlý přechod do soukromého sektoru zaznamenaly zubní ordinace a specifickým je, že poskytují bezplatnou péči postiženým z černobylské oblasti (19). Ukrajinští klienti/pacienti jsou

velmi ukázně, nemají žádné speciální požadavky a emocionálně se příliš neprojevují. Jsou maximálně ochotni pochopit požadavky režimu oddělení či kliniky a přizpůsobit se jim. Rodinní příslušníci ve většině případů do nemocnice nedorazí, poněvadž nejsou přítomni v ČR.

Při ošetřování ukrajinských klientů/pacientů je největší problém neschopnost kvalitní a produktivní komunikace v souvislosti se slabou znalostí jazyka. Pozornost je nutné zaměřit také na to, zda a kde jsou pojištěni (11).

1.6 Současná situace cizinců na území České republiky

Česká republika je jako středně velký, průmyslový a vyspělý stát cílem migrací pro jednotlivce, ale i pro skupiny osob ze sousedních i vzdálených oblastí. V posledních desetiletích se do České republiky přistěhovaly početné skupiny Romů, hlavně ze Slovenska, z Maďarska a Rumunska. Mezi Romy jsou v České republice jak občané ČR, tak i cizinci (19).

Z předběžných výsledků sčítání lidu, domů a bytů z roku 2011 Českého vyplývá, že nyní největší skupinu z celkového počtu cizinců, představují občané Ukrajiny. V absolutním počtu téměř 118 tisíc. Dříve nejpočetnější skupinu obyvatel se slovenským státním občanstvím tvoří nyní s počtem 84 tisíc téměř pětinu všech cizinců. Významně jsou dále zastoupeni cizinci s občanstvím Vietnamu (53 tis.), Ruska (36 tis.), Německa (21 tis.) a Polska (18 tis.). K romské národnosti se přihlásilo v roce 2011 pouze 5,2 tisíc osob, dalších 7,1 tisíc však uvedlo dvojí národnost romskou a českou. Celkem uvedlo romskou národnost (včetně kombinací s jinými) přes 13 tisíc osob (viz příloha č. 4) (7).

1.6.1 Systém zdravotní péče o cizince v České republice

V České republice je péče o zdraví založena na šesti principech. Solidarita, vysoký podíl samosprávy, vícezdrojové financování s převažujícím podílem veřejného zdravotního pojištění, svobodná volba lékaře a zdravotnického zařízení, svobodná volba zdravotní pojišťovny v rámci systému veřejného zdravotního pojištění, stejná dostupnost poskytovaných služeb pro všechny pojištěnce. Je to systém zdravotní péče, vycházející z evropských tradic, založený na veřejných službách, financovaný převážně z veřejných prostředků (13).

Cizinci jsou účastni na veřejném zdravotním pojištění jen v některých případech. Je to tehdy, jestliže má cizinec povolen trvalý pobyt na území České republiky, dále pak v případě, kdy má cizinec povolen pobyt a zároveň je zde v pracovním poměru a také tehdy, jestliže uzavřel smlouvu se zdravotní pojišťovnou. V prvních dvou případech je zdravotní péče poskytována ve stejném rozsahu jako ostatním pojištěncům. V případě, kdy je uplatněn smluvní princip pak v rozsahu, jenž určuje smlouva mezi pojištěncem a zdravotní pojišťovnou (19).

V některých případech hradí poskytnutou zdravotní péči za stanovených podmínek stát, i když cizinec nemá účast na veřejném zdravotním pojištění, ani si nesjednal smluvní zdravotní pojištění. Touto situací je poskytování zdravotní péče osobám, které požádaly v České republice o azyl, osobám s platným vízem za účelem strpení nebo s platným vízem za účelem dočasné ochrany, nebo cizincům ve výkonu trestu.

Na území České republiky je také mimo rámec veřejného zdravotního pojištění poskytována zdravotní péče cizím státním příslušníkům na základě mezinárodních smluv, uzavřených mezi Českou republikou a jejich domovským státem. Jedná se především o smlouvy o bezplatném poskytování nutné a neodkladné zdravotní péče na území České republiky. Pro uplatnění nároku na zdravotní péči na základě těchto smluv postačí prokázat občanství cestovním pasem. Takto poskytnutou zdravotní péči hradí Ministerstvo zdravotnictví ČR. Přesná úprava podmínek, za kterých je péče poskytována, je uvedena ve správních ujednáních, která jsou součástí těchto smluv. Tyto podmínky se v jednotlivých smlouvách mohou lišit. Proto by se každý cizinec před

odcestováním do České republiky měl informovat, zda splňuje podmínky pro pojištění vyplývající z mezinárodní smlouvy (13).

1.6.2 Zdravotní stav migrantů

Migrace je předmětem zájmu téměř všech zemí a národů. Počet mezinárodních migrantů se odhaduje na 214 milionů. Migrace není novým jevem, ale migrační toky jsou dnes složitější a tvoří různorodou skupinu osob, každou s jinými zdravotními faktory a potřebami. Migrace je nezbytná pro některé společnosti k vyrovnání demografického vývoje a k doplnění kvalifikovaných pracovních sil. Migrace sama o sobě není rizikem pro zdraví, ale ve světě, kde jsou velké kulturní i náboženské rozdíly, se vlády potýkají s problémem integrace zdravotních potřeb migrantů do vnitrostátní politiky. Vlády se stále více uvědomují, že řešení zdravotních potřeb migrantů chrání globální veřejné zdraví, usnadňuje integraci a přispívá k sociálnímu a ekonomickému rozvoji (22).

Informace o zdraví migrantů, které jsou k dispozici, poskytují pouze neúplný obraz o zdraví narůstajícího počtu migrantů a faktorech, které zdravotní stav ovlivňují. Dlouhodobě je největší pozornost věnována migrantům ze států bývalého SSSR, především Ukrajincům. Důsledkem jazykové bariéry a určité uzavřenosti skupiny, je jen velmi málo poznatků o zdraví vietnamské komunity.

Výzkumné studie přinesly určité poznatky o zdraví a zdravotních problémech migrantů. Nejčastější příčinou hospitalizace byl pracovní úraz. Cizinci nebyli dostatečně poučeni o bezpečnosti a ochraně zdraví při práci (BOZP) především z důvodů jazykové bariéry. Navíc většina z nich vykonávala v ČR zcela jinou práci než byla jejich původní profese. Na ohrožení duševního zdraví poukázaly nálezy u cizinců hospitalizovaných na psychiatrických odděleních. Nejčastější příčinou hospitalizace byla závislost na alkoholu a související psychiatrické poruchy. Byl pozorován nárůst počtu psychiatrických pacientů ze států bývalého SSSR a z Polska. Jednalo se převážně o muže v aktivním věku. Společným jmenovatelem byl alkoholismus a s ním související zdravotní problémy. Druhou nejčastější příčinou byla deprese a poruchy adaptace (9).

2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíle práce

1. Zjistit, jak přistupuje zdravotnický záchranář k ošetření pacientů/klientů z odlišného kulturního prostředí.

2. Zmapovat četnost výjezdů zdravotnické záchranné služby k pacientům/klientům z odlišného kulturního prostředí.

2.2 Hypotézy

H 1: Zdravotnický záchranář zná zásadní rozdíly v odlišnosti kultur.

H2: Nejčastější problematikou při uspokojování potřeb pacientů/klientů z odlišného kulturního prostředí v přednemocniční neodkladné péči je jazyková bariéra.

3 METODIKA

3.1 Použité metody

Pro vypracování teoretické části bakalářské práce jsem použila různé metody k získání informací. Jelikož publikací k mé práci je dostatek, používala jsem nejčastěji monografické zdroje, ve kterých jsem vyhledávala informace potřebné pro zpracování dané části. Internetové zdroje jsem používala méně často, většinou pro získání informací, které nejsou dostupné v monografických zdrojích.

Praktická část byla zpracována pomocí kvantitativní formy výzkumu, technikou dotazníku. Dotazník byl anonymní. Byl určen zkoumanému souboru – pracovníkům Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje na pozici zdravotnický záchranář působících ve výjezdových posádkách (příloha č. 5). Tento dotazník obsahoval 20 otázek, které byly v první části dotazníku zaměřeny na věk, vzdělání a jazykové znalosti zdravotnických záchranářů a ve druhé části na zjištění přístupu zdravotnického záchranáře k ošetření pacientů/klientů romské menšiny, vietnamské a ukrajinské národnosti. Respondentům bylo položeno 11 uzavřených otázek, 5 polootevřených a 4 otevřené. U 2 polootevřených otázek bylo možné uvést více správných odpovědí. Stanovila jsem si počet 50-ti respondentů a snažila jsem se tento počet dodržet. To se mi také povedlo. Návratnost správně vyplněných dotazníků byla 100%. Ve výzkumné části jsem použila jako způsob vyjádření odpovědí respondentů metodu vyjádření grafem. Každý graf má svůj popis, který je uveden vždy na téže stránce. Hranice pro potvrzení všech hypotéz byla stanovena na více jak polovinu správně zodpovězených otázek.

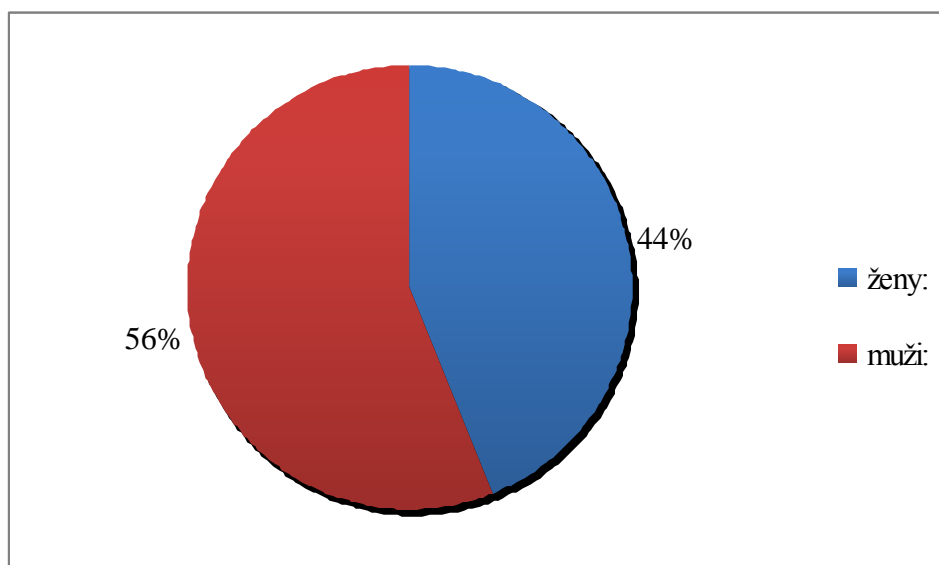
3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořili zdravotničtí záchranáři Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje. Dotazníky byly rozdány na oblastní střediska Tábor, České Budějovice, Český Krumlov, Strakonice a Třeboň v průběhu května 2012. Celkový počet respondentů zúčastněných kvantitativního výzkumu byl 50.

4 VÝSLEDKY

Výsledky výzkumu jsou zpracovány metodou grafického znázornění. Jednotlivé otázky jsou rozděleny a popsány za pomoci procentuálního vyjádření ve výsečových a sloupcových grafech.

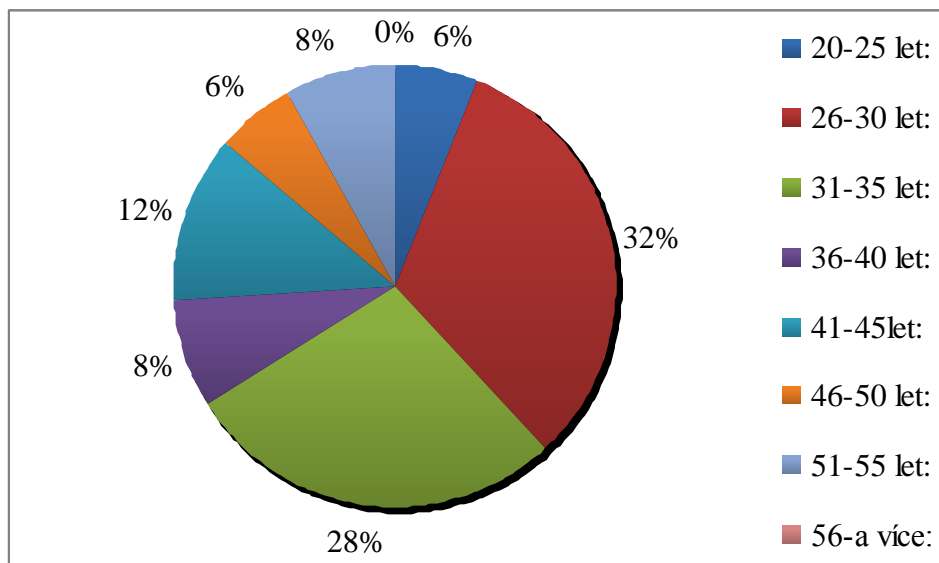
Graf 1 – Vaše pohlaví:



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 50 (100 %) respondentů bylo 28 (56 %) mužů a 22 (44 %) žen.

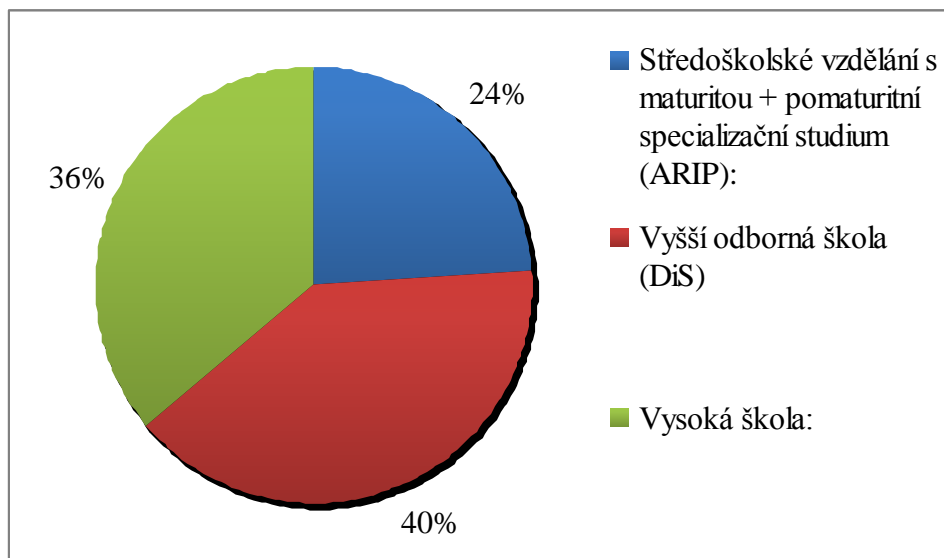
Graf 2 – Kolik je Vám let?



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 50 (100 %) respondentů byli 3 (6 %) v rozmezí věku 20 – 25 let, 16 (32 %) ve věku 26 – 30 let, 14 (28 %) ve věku 31 – 35 let, 4 (8 %) ve věku 36 – 40 let, 6 (12 %) ve věku 41 – 45 let, 3 (6 %) ve věku 46 – 50, 4 (8 %) ve věku 51 – 55 let. Žádnému z respondentů nebylo více jak 56 let.

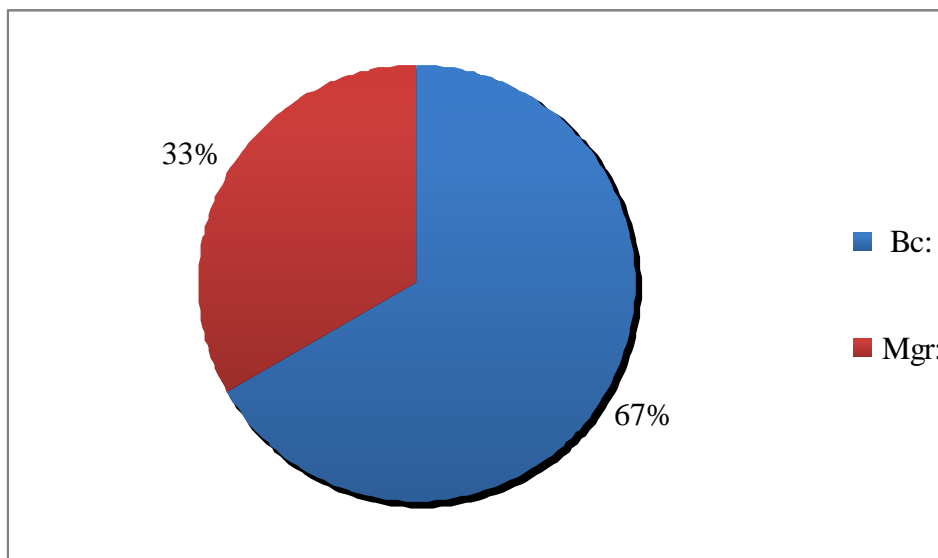
Graf 3 – Jaké je Vaše nejvyšší dokončené vzdělání?



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 50 (100 %) respondentů má středoškolské vzdělání s maturitou + ARIP 12 (24 %) respondentů, 20 (40 %) má vyšší odbornou školu a 18 (36 %) má vysokou školu.

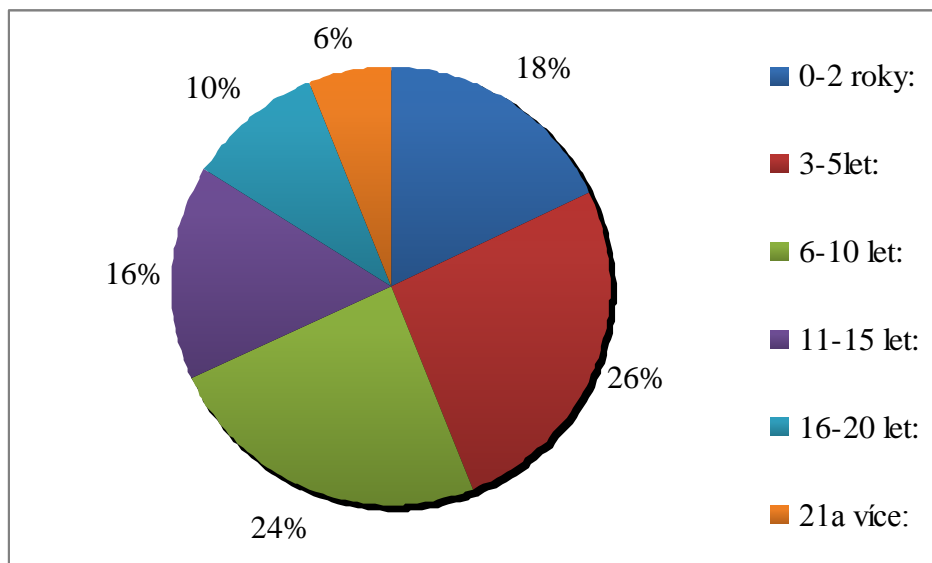
Graf 3 a) – Jaké je Vaše nejvyšší dokončené vzdělání?



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 18 (100 %) respondentů, kteří mají vysokou školu má 12 (67 %) respondentů bakalářský titul a 6 (33 %) má magisterský titul.

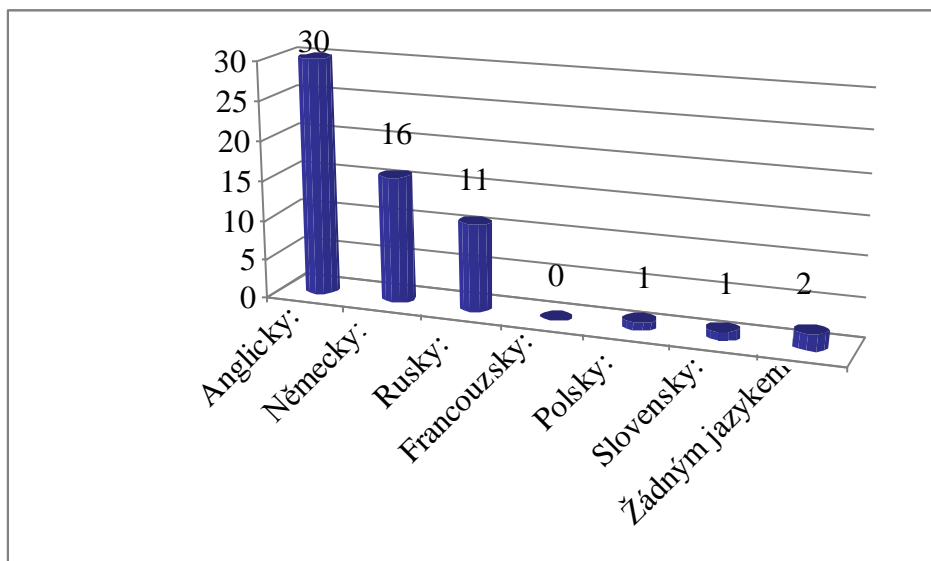
Graf 4 – Jak dlouho pracujete na ZZS?



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 50 (100 %) respondentů pracovalo u záchranné služby 9 (18 %) respondentů maximálně dva roky, 13 (26 %) 3 – 5 let, 12 (24 %) 6 – 10 let, 8 (16 %) respondentů 11 – 15 let, 5 (10 %) 16 – 20 let a pouze 3 (6 %) respondentů pracovalo na ZZS více jak 21 let.

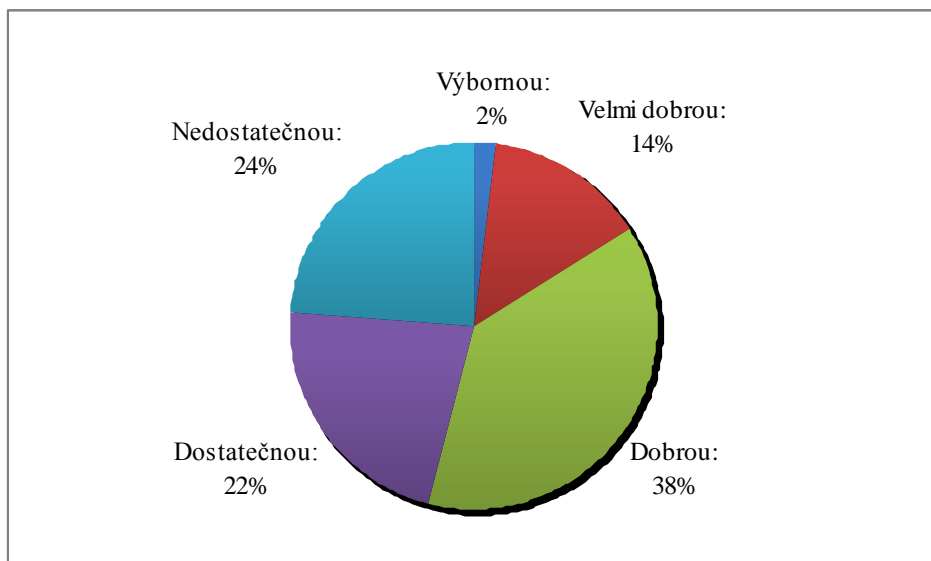
Graf 5 – Jakým jazykem se domluvíte?



Zdroj: vlastní výzkum

V otázce č. 5 mohli respondenti zvolit více možných odpovědí. Celkový počet respondentů byl 50, kteří uvedli celkem 61 odpovědí. Z toho 30 odpovědí bylo anglický jazyk, 16 německý jazyk, 11 ruský jazyk, 2 respondenti se nedomluví žádným jazykem, 1 respondent se domluví polsky a 1 slovensky.

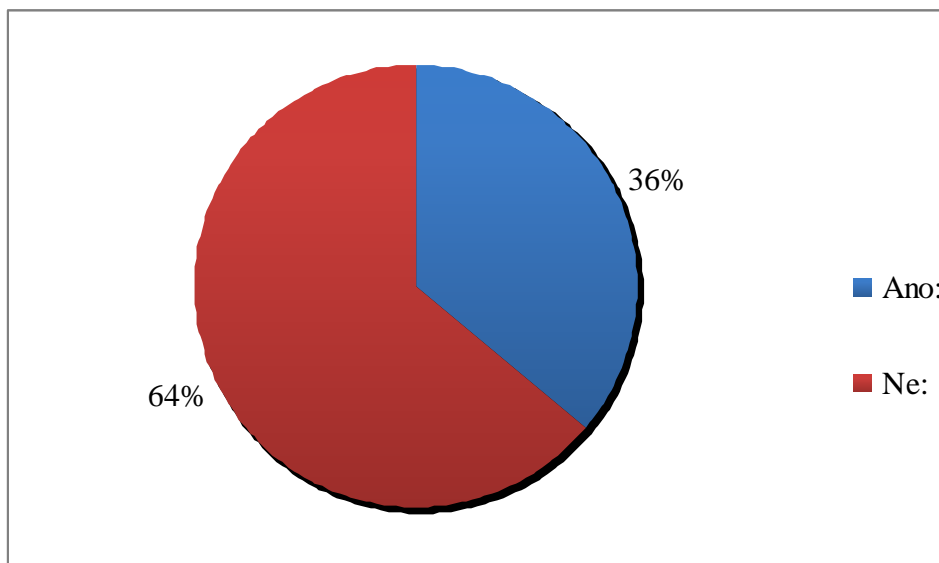
Graf 6 – Vaši znalost cizího jazyka hodnotíte jako?



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 50 (100 %) respondentů uvedl 1 (2 %) výbornou znalost cizího jazyka, 7 (14 %) velmi dobrou znalost jazyka, 19 (38 %) dobrou znalost jazyka, 11 (22 %) respondentů hodnotilo svoji znalost jazyka jako dostatečnou, a celých 12 (24 %) respondentů hodnotilo svoji znalost jazyka jako nedostatečnou.

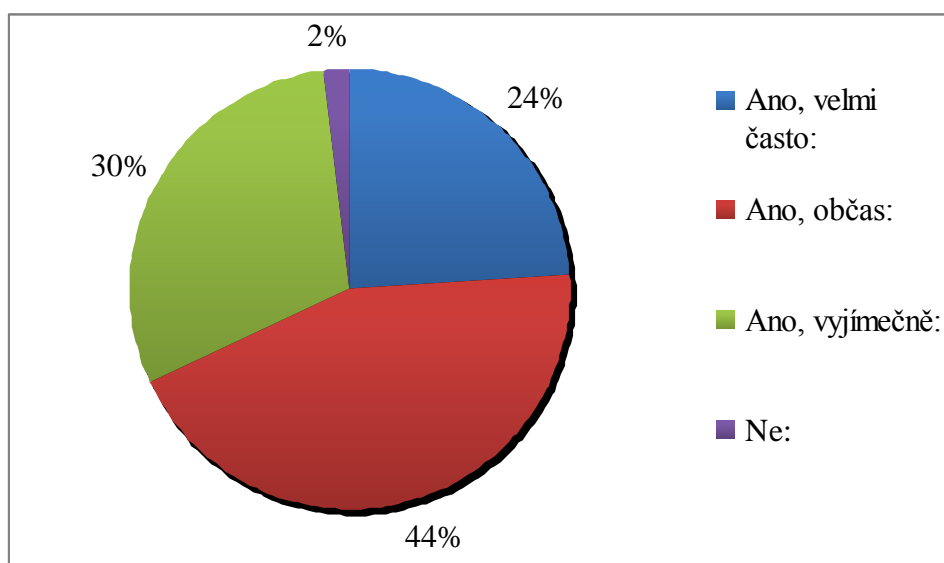
Graf 7 – Zdokonalujete se v současnosti ve znalosti cizího jazyka?



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 50 (100 %) respondentů uvedlo 18 (36 %) ano, zdokonalují se v současnosti ve znalosti cizího jazyka a 32 (64 %) uvedlo, že se v současnosti ve znalosti cizího jazyka nezdokonaluje.

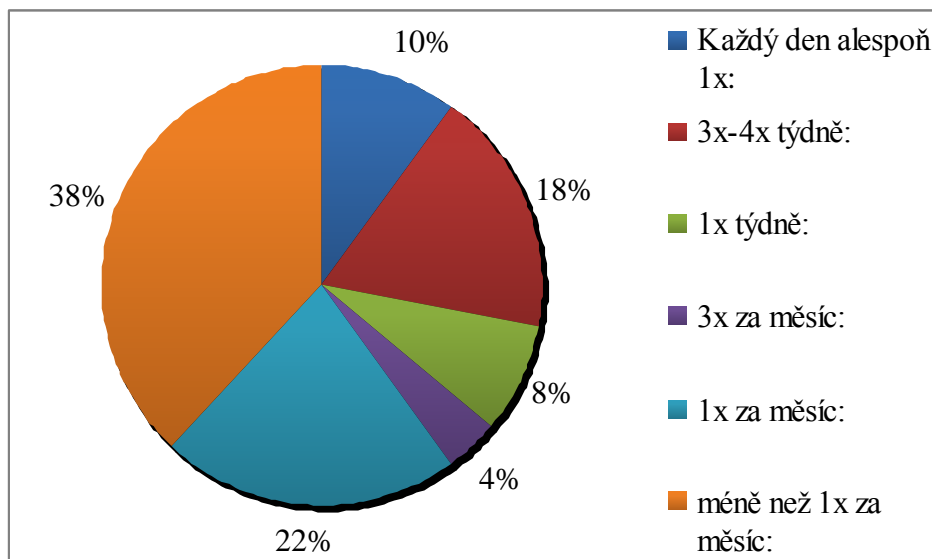
Graf 8 – Ošetřujete při své práci příslušníky národnostních menšin nebo jiných odlišných kultur?



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 50 (100 %) respondentů uvedlo 12 (24 %) - ano, velmi často, 22 (44 %) - ano, občas, 15 (30 %) respondentů uvedlo - ano, výjimečně, a pouze 1 (2 %) uvedl ne.

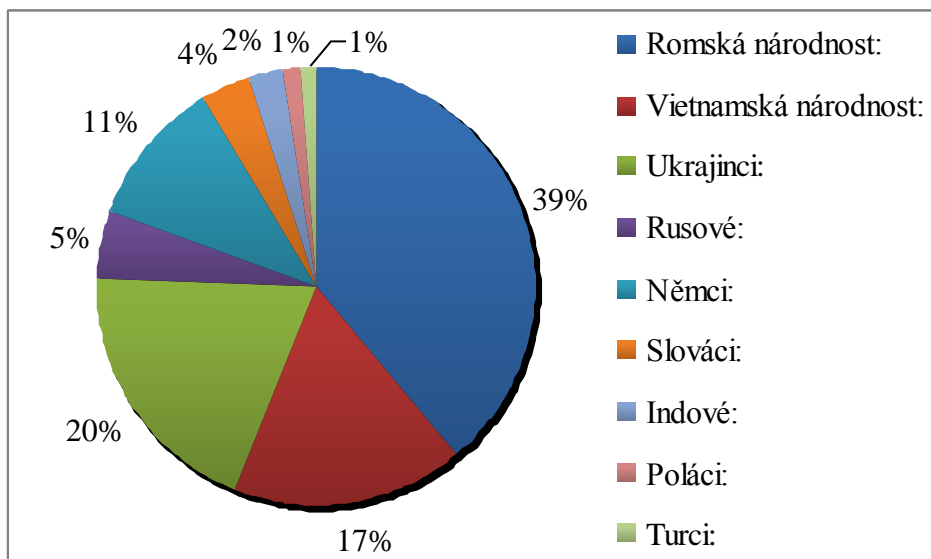
Graf 9 – Jak často vyjíždíte k pacientovi/klientovi z odlišného kulturního prostředí?



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 50 (100 %) respondentů vyjíždělo k pacientovi/klientovi z odlišného kulturního prostředí 5 (10 %) respondentů každý den alespoň 1x, 9 (18 %) respondentů 3x – 4x týdně, 4 (8 %) 1x týdně, 2 (3 %) 3x za měsíc, 11 (22 %) 1x za měsíc a celých 19 (38 %) respondentů vyjíždělo k pacientovi/klientovi z odlišného kulturního prostředí méně než 1x za měsíc.

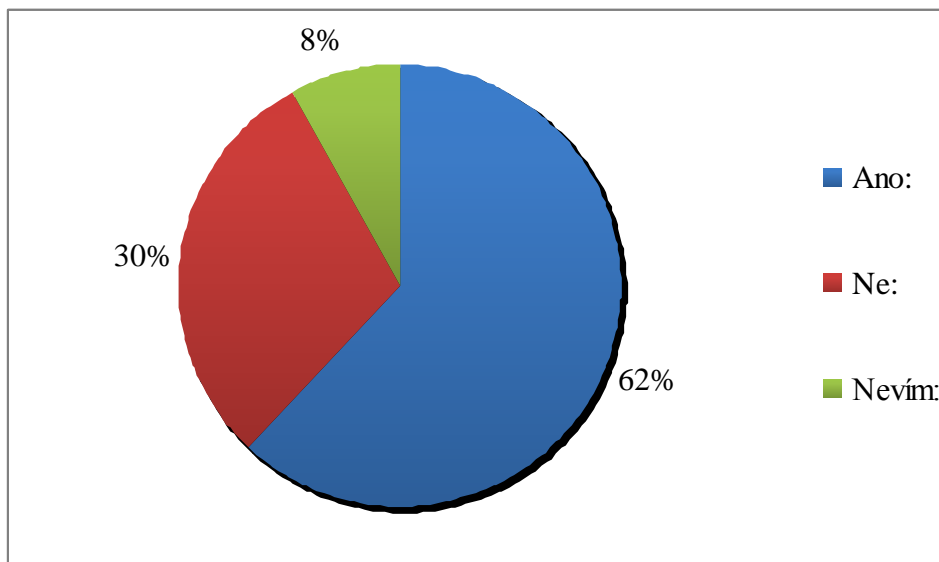
Graf 10 – Jaké pacienty/klienty z jiné země, odlišné kultury nebo národnostní menšiny ošetřujete nejčastěji?



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 10 byla otevřená, proto na ni respondenti mohli napsat svůj vlastní názor a mohli uvést více možností. Celkový počet respondentů byl 50. Tito respondenti uvedli celkem 82 (100 %) odpovědí. 32 (39 %) respondentů ošetřovalo nejčastěji pacienty/klienty romské národnosti, 14 (17 %) pacienty/klienty vietnamské národnosti, 16 (20 %) respondentů ošetřovalo nejčastěji pacienty/klienty ukrajinské národnosti, 4 (5 %) pacienty/klienty ruské národnosti, 9 (11 %) pacienty/klienty německé národnosti, 3 (4 %) pacienty/klienty slovenské národnosti, 2 (2 %) pacienty/klienty z Indie, 1 (1 %) respondent ošetřoval nejčastěji pacienty/klienty polské národnosti a stejně tak pacienty/klienty turecké národnosti.

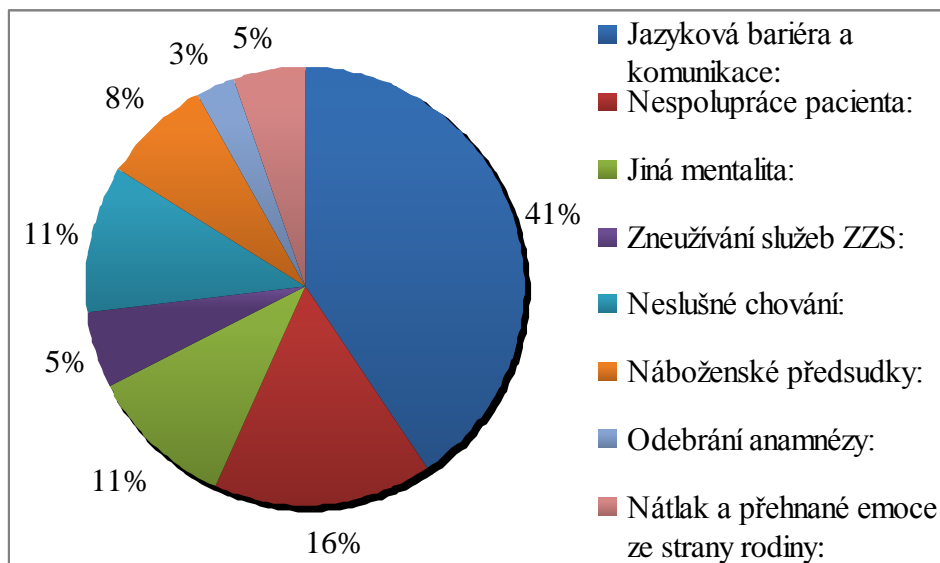
Graf 11 – Je podle Vás rozdíl mezi ošetřováním pacienta/klienta z ČR a ošetřováním pacienta/klienta z národnostní menšiny nebo jiného kulturního prostředí?



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 50 (100 %) respondentů vidělo 31 (62 %) rozdíl mezi ošetřováním pacienta/klienta z ČR a ošetřováním pacienta/klienta z národnostní menšiny nebo jiného kulturního prostředí, 15 (30 %) respondentů nevidělo rozdíl a 4 (8 %) odpovědělo neví.

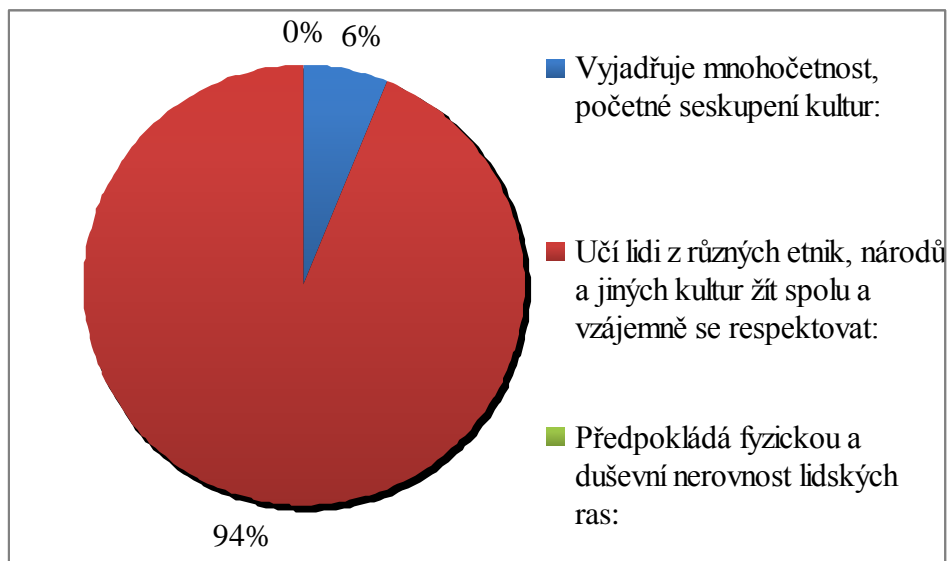
Graf 12 – Pokud jste odpověděl/a ano, uveďte co Vám činí největší problémy:



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku č. 12 odpovídali pouze respondenti, kteří v předchozí otázce odpověděli ano. Tato otázka byla otevřená, proto na ni respondenti mohli napsat svůj vlastní názor a uvést více možností. Celkový počet respondentů, kteří odpověděli ano byl 31. Tito respondenti uvedli celkem 37 (100 %) odpovědí. 15 (41 %) respondentů odpovědělo, že jim největší problémy činí jazyková bariéra, 6 (16 %) odpovědělo nespoleupráce pacienta, 4 (11 %) respondenti odpověděli, že jim největší problémy činí jiná mentalita pacienta/klienta, 2 (5 %) respondenti uvedli zneužívání služeb ZZS jako největší problém, 4 (11 %) respondenti uvedli neslušné chování, 3 (8 %) náboženské předsudky, 2 (5 %) respondentům činí největší problém nátlak a přehnané emoce ze strany rodiny a 1 (3 %) respondent uvádí jako největší problém odebrání anamnézy.

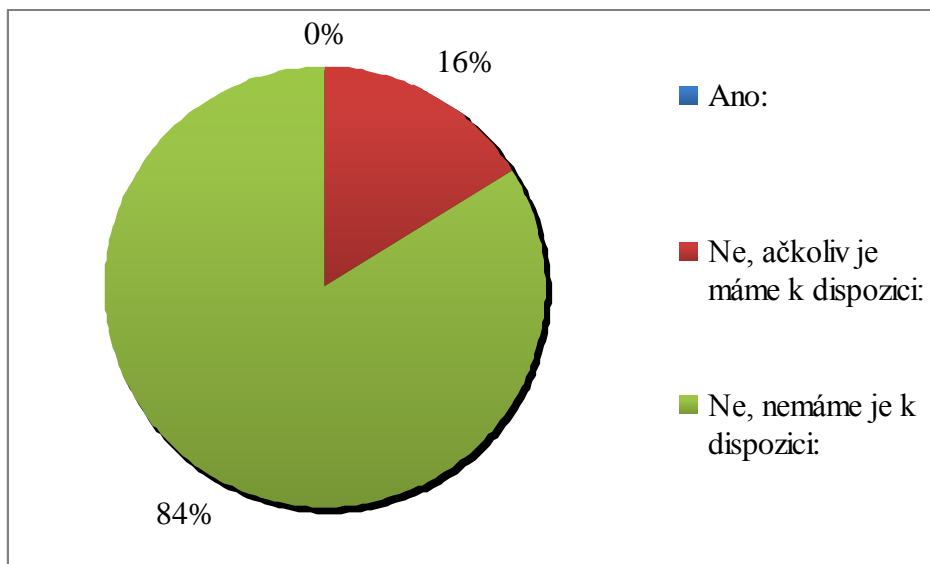
Graf 13 – Co si myslíte, že znamená pojem multikulturní výchova?



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 50 (100 %) respondentů si 47 (94 %) myslelo, že pojem multikulturní výchova učí lidi z různých etnik, národů a jiných kultur žít spolu a vzájemně se respektovat. 3 (6 %) respondenti si mysleli, že pojem multikulturní výchova vyjadřuje mnohočetnost, početné seskupení kultur.

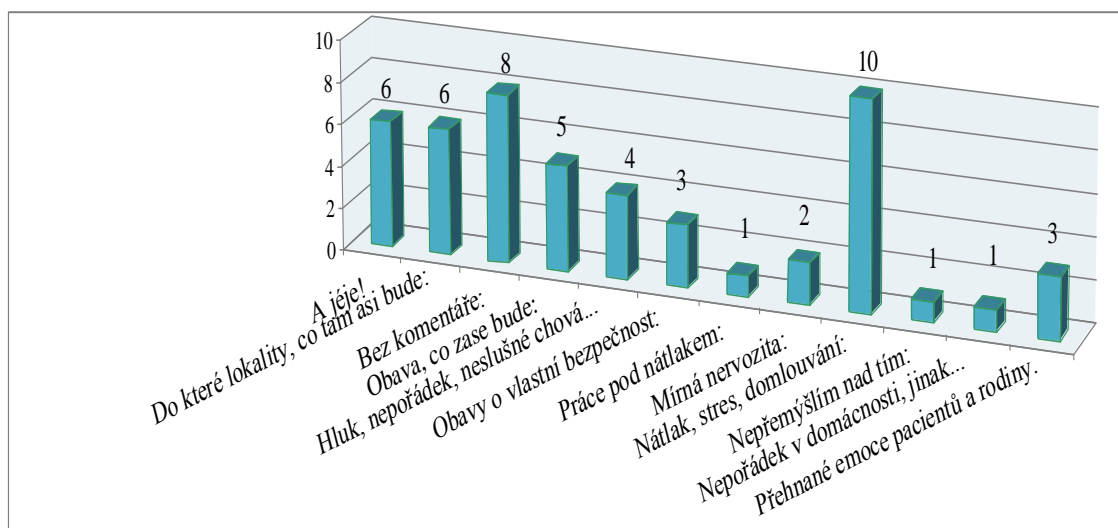
Graf 14 – Používáte při komunikaci s pacientem/klientem z jiného kulturního prostředí tzv. komunikační karty?



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 50 (100 %) respondentů dopovědělo 42 (84 %) ne, nemáme komunikační karty k dispozici, 8 (16 %) respondentů odpovědělo ne, ačkoliv je máme k dispozici a ano neodpověděl nikdo z respondentů.

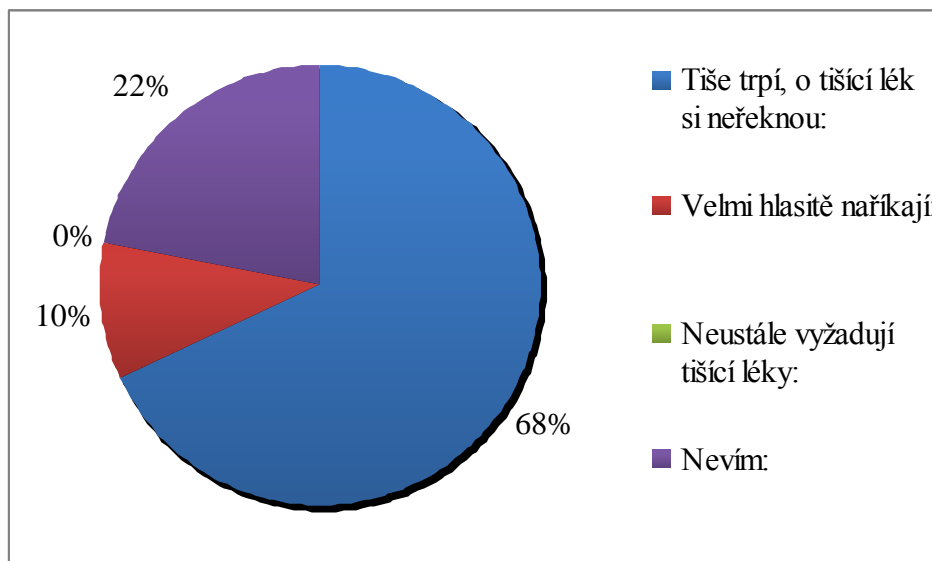
Graf 15 – Pokuste se popsat první myšlenky, které Vám proběhnou hlavou při nahlášení výjezdu do romské komunity:



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 15 byla otevřená, proto na ni mohli respondenti napsat svůj vlastní názor a mohli uvést více možností. Celkový počet respondentů byl 50. Tito respondenti uvedli celkem 50 odpovědí. 6 záchranářů uvedlo jako první myšlenku při nahlášení výjezdu do romské komunity „a jéje!“. 6 záchranářů první napadlo do které lokality pojedou a co tam asi bude. 8 záchranářů nechtělo své myšlenky komentovat, 5 mělo obavu, co zase bude, 4 respondenty napadl při nahlášení výjezdu do romské komunity hluk, nepořádek, neslušné chování a chaos. 3 záchranáři měli obavy o vlastní bezpečnost, pro 1 to byla práce pod nátlakem, pro 2 to byla mírná nervozita, pro 10 to byl nátlak, stres a domlouvání, 1 nad tím nepřemýšlel, 3 záchranáři si představili přehnané emoce pacientů a rodiny a 1 záchranář nepořádek v domácnosti, ale jinak zlé zkušenosti neměl.

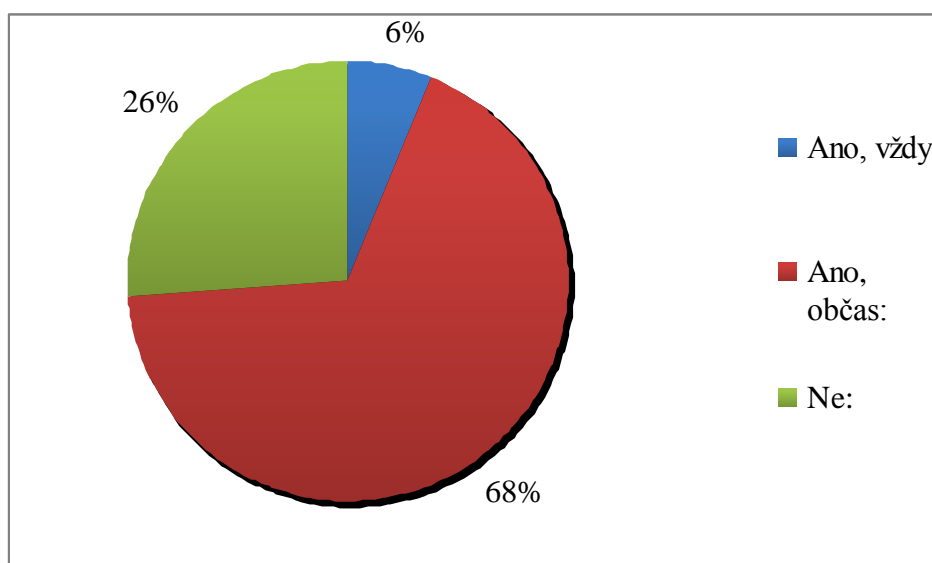
Graf 16 – Při bolestech osoby vietnamské národnosti:



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 50 (100 %) respondentů uvedlo 34 (68 %), že při bolestech osoby vietnamské národnosti tiše trpí, o tisíci lék si neřeknou. 5 (10 %) odpovědělo, že velmi hlasitě nařikají a 11 (22 %) neví. Možnost neustále vyžadují tisíci léky neuvedl žádný respondent.

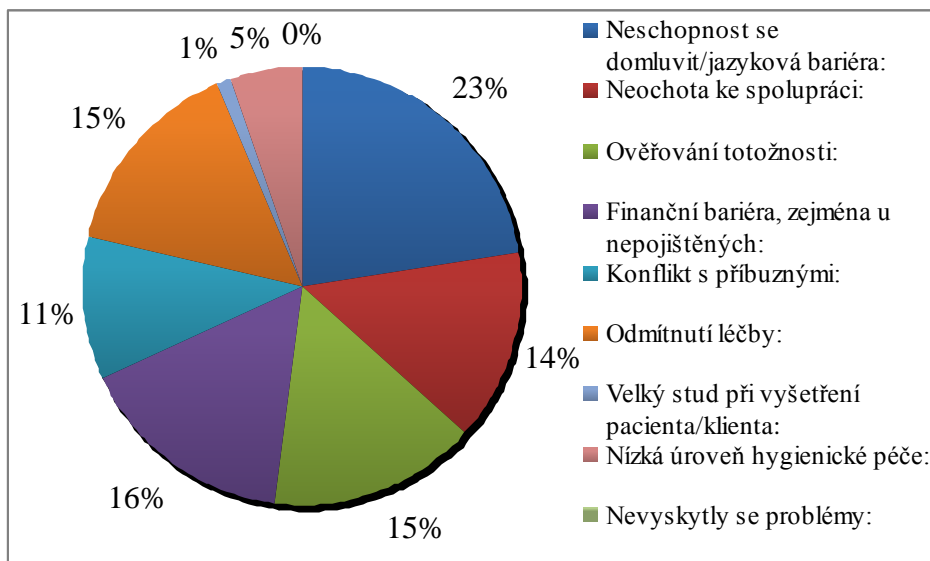
Graf 17 – Vidíte problém v komunikaci při ošetřování ukrajinských pacientů/klientů?



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 50 (100 %) respondentů odpověděli 3 (6 %) ano, vždy vidím problém v komunikaci, 34 (68 %) respondentů odpovědělo ano, občas vidím problém v komunikaci a 13 (26 %) respondentů problém v komunikaci při ošetřování ukrajinských pacientů/klientů problém nevidí.

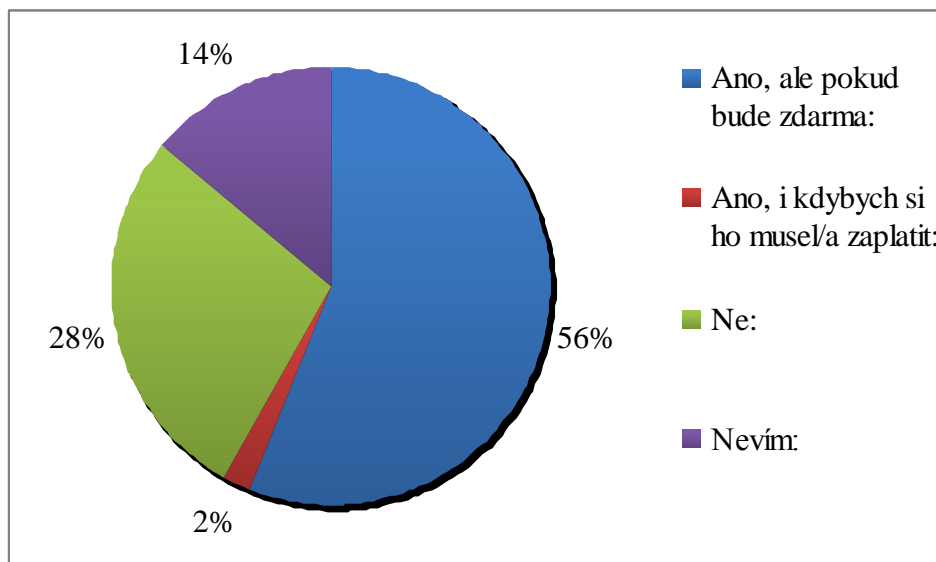
Graf 18 – Vyskytly se v průběhu zásahu u cizince nějaké problémy?



Zdroj: vlastní výzkum

V otázce č. 18 mohli respondenti zvolit více možných odpovědí. Celkový počet respondentů byl 50. Tito respondenti označili celkem 169 (100 %) odpovědí z čehož převažuje u 38 (23 %) záchranářů problém jazykové bariéry, u 24 (14 %) záchranářů neochota ke spolupráci, u 26 (15 %) záchranářů ověřování totožnosti, pro 27 (16 %) záchranářů představují problém finance, u 18 (11 %) konflikt s příbuznými, pro 25 (15 %) záchranářů je problém odmítnutí léčby, u 2 (1 %) velký stud při vyšetření pacienta/klienta a 9 (5 %) záchranářů považuje za problém nízkou úroveň hygieny. Možnost „nevyskytly se problémy“ nezvolil žádný záchranář.

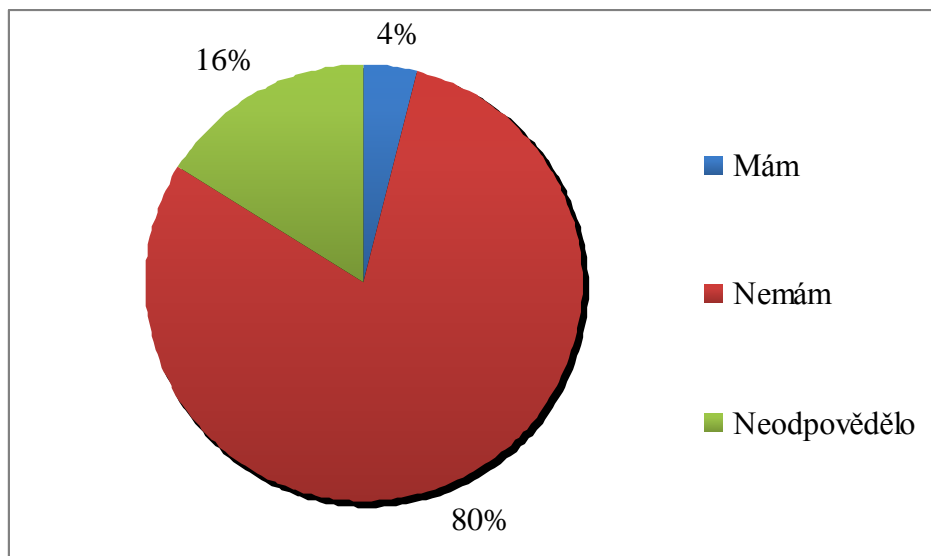
Graf 19 – Uvítal/a byste odborný seminář o problematice multikulturního ošetrovatelství?



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 50 (100 %) respondentů odpovědělo 28 (56%) ano, uvítal bych odborný seminář o problematice multikulturního ošetrovatelství, ale pouze, pokud bude zdarma, 1 (2 %) respondent uvedl ano, i kdybych si ho musel zaplatit, 14 (28 %) respondentů uvedlo ne a 7 (14 %) respondentů uvedlo možnost nevím.

Graf 20 – Máte vlastní zkušenosti se zdravotnickou péčí v cizině?



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 20 byla otevřená, proto na ni mohli respondenti napsat svůj vlastní názor. Celkový počet respondentů byl 50 (100 %). 40 (80 %) respondentů vlastní zkušenosti se zdravotnickou péčí v cizině nemá, 8 (16 %) na tuto otázku neodpovědělo a 2 (4 %) respondenti zkušenosti se zdravotnickou péčí v cizině mají.

5 DISKUZE

Prvním cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jaký přístup volí zdravotnický záchranář k ošetření klientů z rozdílných kultur. Druhým cílem bylo zmapovat četnost výjezdů zdravotnické záchranné služby k pacientům/klientům z rozdílných kultur. Kvantitativní výzkumné šetření probíhalo na Zdravotnické záchranné službě Jihočeského kraje a zaměřovalo se na zdravotnické záchranáře s různým stupněm zdravotnického vzdělání, které legislativně odpovídá pro práci na záchranné službě. Dotazníky byly rozdány osobně do oblastních středisek České Budějovice, Tábor, Český Krumlov, Strakonice a Třeboň v průběhu května 2012. Návratnost dotazníků byla 100%. Správně vyplněných dotazníků bylo 50, návratnost dotazníků použitelných pro výzkum tedy byla 100%.

Byly stanoveny dvě hypotézy. H1: Zdravotnický záchranář zná zásadní rozdíly v odlišnosti kultur a H2: Nejčastější problematikou při uspokojování potřeb pacientů/klientů z odlišného kulturního prostředí v přednemocniční neodkladné péči je jazyková bariéra.

První čtyři otázky charakterizují zkoumaný soubor. První otázkou jsem si respondenty rozdělila na muže a ženy (graf 1). Z celkového počtu 50 respondentů (100 %) bylo 28 (56 %) mužů a 22 (44 %) žen. Procento mužů pracujících na Zdravotnické záchranné službě Jihočeského kraje (dále jen ZZS Jčk) je tedy o něco vyšší než procento žen, které také pracují na ZZS Jčk.

Druhá otázka (graf 2) znázorňuje osm věkových skupin. Nejvíce zastoupenou skupinu tvořila s 16 (32 %) odpověďmi věková skupina 26 – 30 let. Druhou nejvíce zastoupenou skupinou byla věková skupina 31 – 35 let se 14 (28 %) odpověďmi. Následovaly věkové skupiny 41 – 45 let s 6 (12 %) odpověďmi, 36 – 40 let se 4 (8 %) odpověďmi, skupina 51 – 55 let také se 4 (8 %) odpověďmi a skupiny 20 – 25 let, 46 – 50 let, každá se 3 (6 %) odpověďmi. Žádnému záchranáři nebylo 56 a více let. Výsledky výzkumu ukazují, že nejsilněji zastoupenou věkovou skupinou záchranářů, pracujících na ZZS Jčk, je věková skupina 26 – 30 let. To uvádí i KRBOVÁ (2012) v bakalářské práci Úrazy cyklistů z pohledu přednemocniční neodkladné péče.

Třetí otázka (graf 3) ukazuje jednotlivé rozložení respondentů dle vzdělání. Z 50 (100 %) respondentů uvedlo středoškolské vzdělání s maturitou + pomaturitní specializační studium (ARIP) 12 (24 %) zdravotnických záchranářů pracujících na ZZS Jčk. O poznání více respondentů, konkrétně 20 (40 %) byli absolventi vyšší odborné školy s titulem DiS. Vzhledem k síti vyšších odborných škol na území celé republiky, které nabízejí obor zdravotnický záchranář, je to logické. Takto to uvádí i VIKTORA (2011). Tohoto výzkumu se také zúčastnilo 18 (36 %) respondentů, kteří mají vysokoškolské vzdělání. V grafu 3a je zobrazeno 18 (100 %) respondentů s vysokoškolským vzděláním, z toho 12 (67 %) s bakalářským titulem a 6 (33 %) s magisterským titulem. Z výzkumu též vyplynulo, že rozdíl v počtu diplomovaných specialistů a absolventů vysokých škol je v ZZS Jčk minimální. Soudím tak z toho důvodu, že v Jihočeském kraji jsou dvě školy, které obor Zdravotnický záchranář nabízí.

Ve čtvrté otázce (graf 4) je znázorněn výsledek výzkumu, který ukazuje délku praxe záchranářů pracujících na ZZS Jčk. Z celkového počtu 50 respondentů je nejvíce zastoupena délka praxe 3 – 5 let, kterou uvedlo 13 (26 %) respondentů. Následuje 12 (24 %) respondentů s délkou praxe 6 – 10 let, dále 9 (18 %) respondentů s délkou praxe maximálně dva roky, 8 (16 %) respondentů s délkou praxe 11 – 15 let, 5 (10 %) respondentů s délkou praxe 16 – 20 let a poslední 3 (6 %) respondenti s praxí 21 a více let.

Následující tři otázky byly zaměřeny na jazykové znalosti zdravotnických záchranářů pracujících na ZZS Jčk.

Otázkou pátou (graf 5) jsem zjišťovala, jakým jazykem jsou schopni se zdravotničtí záchranáři domluvit. Otázka pátá byla polootevřená a respondenti zde mohli označit více možností, popřípadě doplnit svoji vlastní odpověď. Celkový počet tázaných respondentů byl 50. Ti uvedli celkem 61 odpovědí. Nejvíce zaškrtnutých odpovědí 30 - bylo anglický jazyk. Druhá nejčastější odpověď 16 - byla německý jazyk. Menší počet odpovědí 11 - byl ruský jazyk. 2 odpovědi byly jiným jazykem. 1 respondent uvedl, že se domluví polským jazykem a 1 respondent se domluví slovenským jazykem. Francouzský jazyk neovládá dle mého výzkumu žádný zdravotnický záchranář pracující na ZZS Jčk. Pouze 2 respondenti uvedli, že se nedomluví žádným jazykem.

Otázkou šestou (graf 6) jsem zjišťovala jak zdravotničtí záchranáři ZZS Jčk hodnotí svoji znalost cizího jazyka. Nejvíce respondentů 19 (38 %) hodnotilo svoji znalost jazyka jako dobrou. Celých 12 (24 %) respondentů hodnotilo svoji znalost cizího jazyka jako nedostatečnou. Jako dostatečnou hodnotilo svoji znalost cizího jazyka 11 (22 %) respondentů, velmi dobrou znalost má 7 (14 %) respondentů a výbornou znalost cizího jazyka má pouze 1 (2 %) respondent.

Otázka sedmá byla už spíše doplňující k výše uvedené sérii otázek. Touto otázkou (graf 7) jsem zjišťovala zda se zdravotničtí záchranáři v současnosti ve znalosti cizího jazyka zdokonalují. Z celkového počtu 50 tázaných respondentů odpovědělo celých 32 (64 %), že se v současnosti ve znalosti cizího jazyka nezdokonaluje. Pouze 18 (36 %) respondentů odpovědělo, že se v současnosti ve znalosti cizího jazyka zdokonaluje.

V tomto výzkumu se ukázalo, že polovina všech respondentů ovládá anglický jazyk, čtvrtina respondentů ovládá německý jazyk a ještě menší procento ovládá též ruský jazyk. Většina záchranářů (76 %) hodnotila svoji znalost cizího jazyka jako vyhovující. Ať už výbornou, velmi dobrou, dobrou nebo dostatečnou. Více jak polovina respondentů však uvedla, že se v současnosti ve znalosti cizího jazyka nezdokonaluje. I přesto by se však dle výzkumu měla většina zdravotnických záchranářů pracujících na ZZS Jčk dorozumět anglickým nebo německým jazykem.

Následující část výzkumu je již zaměřena na přístup zdravotnického záchranáře k příslušníkům národnostních menšin a základní znalosti z oboru multikulturního ošetřovatelství.

Otázkou osmou (graf 8) jsem zjišťovala, jak často ošetřují zdravotničtí záchranáři pracující na ZZS Jčk příslušníky národnostních menšin nebo jiných odlišných kultur. Z celkového počtu 50 (100%) respondentů 22 (44 %) respondentů odpovědělo ano, občas ošetřují příslušníky národnostních menšin nebo jiných kultur. 15 (30 %) respondentů uvedlo ano, ale pouze výjimečně. 12 (24 %) respondentů uvedlo, že ošetřují příslušníky národnostních menšin nebo jiných kultur velmi často. Pouze 1 (2 %) záchranář uvedl, že při své práci příslušníky národnostních menšin neošetřuje. Z tohoto grafu vyplynulo, že většina záchranářů ZZS Jčk účastníci se tohoto výzkumu alespoň výjimečně při své práci příslušníky národnostních menšin nebo jiných kultur ošetřuje.

V deváté otázce (graf 9) bylo záměrem výzkumu zjistit, jak často vyjíždějí zdravotničtí záchranáři ZZS Jčk k pacientovi/klientovi z odlišného kulturního prostředí. Z celkového počtu 50 (100 %) respondentů odpovědělo 19 (38 %) respondentů, že vyjíždějí k pacientovi/klientovi z jiného kulturního prostředí méně než 1x za měsíc. 11 (22 %) respondentů uvedlo, že vyjíždějí 1x za měsíc. Dále 9 (18 %) respondentů uvedlo 3x – 4x týdně, 5 (10 %) uvedlo každý den alespoň 1x, 4 (8 %) respondentů uvedlo, že vyjíždějí ke pacientovi/klientovi z odlišného kulturního prostředí 1x týdně a pouze 2 (4 %) respondenti uvedli 3x za měsíc. Podle údajů vycházejících z výzkumu je zřejmé, že zdravotničtí záchranáři ZZS Jčk k pacientům/klientům z odlišného kulturního prostředí jezdí. Nedá se však jednoznačně určit, v jakých přesných časových intervalech. Četnost výjezdů pravděpodobně závisí na výjezdovém středisku (čím větší město, tím větší soustředění cizinců). Dalo by se však obecně říci, že minimálně 1x za měsíc záchranáři k pacientovi/klientovi z odlišného kulturního prostředí jedou.

Desátá otázka byla otevřená, respondenti zde mohli napsat svůj vlastní názor a mohli také uvést více možností. Graf 10 znázorňuje, jaké pacienty/klienty z jiné země, odlišné kultury nebo národnostní menšiny ošetřují zdravotničtí záchranáři ZZS Jčk nejčastěji. Celkový počet respondentů byl 50. Tito respondenti uvedli celkem 82 (100 %) odpovědi. 32 (39 %) odpovědi se vztahovalo k ošetřování pacientů/klientů romské národnosti, 16 (20 %) se vztahovalo k ošetřování pacientů/klientů ukrajinské národnosti a 14 (17 %) odpovědi se vztahovalo k ošetřování pacientů/klientů vietnamské národnosti. Méně ošetřovanými skupinami jsou Němci – 9 (11 %) odpovědi, Rusové - 4 (5 %) odpovědi, Slováci – 3 (4 %) odpovědi, Indové – 2 (2 %) odpovědi, Poláci – 1 (1 %) odpověď a Turci 1 (1 %) odpověď. Tento výzkum potvrdil, co jsem očekávala. Že nejčastěji ošetřovanými skupinami jsou pacienti/klienty romské národnosti, ukrajinské národnosti a vietnamské národnosti. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD (2012) uvádí, že více než čtvrtinu celkového počtu cizinců v ČR představují občané Ukrajiny (118 tisíc). ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD (2012) dále uvádí, že významně jsou dále zastoupeni cizinci s občanstvím Vietnamu (53 tis.), Ruska (36 tis.) a Německa (21 tis.).

V otázce jedenáct jsem zjišťovala, zda je podle zdravotnických záchranářů pracujících na ZZS Jčk rozdíl mezi ošetřováním pacienta/klienta z ČR a ošetřováním pacienta/klienta z národnostní menšiny nebo jiného kulturního prostředí. Otázku znázorňuje graf 11. Z celkového počtu 50 (100 %) respondentů 31 (62 %) odpovědělo ano. 15 (30 %) respondentů odpovědělo ne a 4 (8 %) respondenti zvolili možnost nevím. Z této otázky tedy jasně vyplývá, že zdravotničtí záchranáři ZZS Jčk účastníci se tohoto výzkumu vidí rozdíl mezi ošetřováním pacienta/klienta z ČR a ošetřováním pacienta/klienta z národnostní menšiny nebo jiného kulturního prostředí.

Na otázku dvanáct, kterou znázorňuje graf 12 odpovídali pouze respondenti, kteří v předchozí otázce odpověděli ano. Respondentů, kteří v předchozí otázce odpověděli ano bylo 31. Tato otázka byla otevřená, proto na ni respondenti mohli napsat svůj vlastní názor a uvést více možností. Tato otázka zjišťovala, co činí zdravotnickým záchranářům ZZS Jčk největší problémy při ošetřování pacienta/klienta z národnostní menšiny nebo jiného kulturního prostředí. 31 respondentů uvedlo celkem 37 (100 %) odpovědí. Nejčastější odpověď - 15x (41 %) byla „jazyková bariéra“. Druhá nejčastější odpověď - 6 (16 %) byla „nespolupracující pacient“. Třetí nejčastější odpověď - 4 (11 %) byla „jiná mentalita“ a stejně tak „neslušné chování“. Dalšími odpověďmi 3 (8 %) byly „náboženské předsudky“, 2 (5 %) byly odpovědi „zneužívání služeb ZZS“ a stejně tak odpověď „nátlak a přehnané emoce ze strany rodiny“ a 1 (3 %) odpověď zněla, že největší problém činí „odebrání anamnézy“ při ošetřování pacienta/klienta z národnostní menšiny nebo jiného kulturního prostředí.

Ve třinácté otázce (graf 13) jsem zjišťovala, zda zdravotničtí záchranáři ZZS Jčk vědí, co znamená pojem multikulturní výchova. Z celkového počtu 50 (100 %) respondentů 47 (94 %) respondentů odpovědělo, že učí lidi z různých etnik, národů a jiných kultur žít spolu a vzájemně se respektovat. Je to správná odpověď, takto to uvádí i PRŮCHA (2006). 3 (6 %) respondentů odpovědělo špatně, že vyjadřuje mnohočetnost, početné seskupení kultur.

V otázce čtrnácté mě zajímalo, zda zdravotničtí záchranáři používají při komunikaci s pacientem/klientem z jiného kulturního prostředí tzv. komunikační karty – piktogramy. Otázku znázorňuje graf 14. Dle ŠPIRUDOVÉ A KOL. (2006) se tzv. „komunikační

karty“ nebo-li piktogramy používají v situacích, kdy pacient/klient nehovoří ani jedním z jazyků v němž jsem schopni mu informace poskytnout. Z celkového počtu 50 (100 %) respondentů odpovědělo 42 (84 %) ne, nemáme je k dispozici. Pouze 8 (16 %) respondentů odpovědělo ne, ačkoliv je máme k dispozici. Komunikační karty na ZZS Jčk tedy dle mého výzkumu ve většině případů nejsou vůbec a když už jsou, tak je záchranáři nepoužívají.

V otázce patnáct mě zajímalo, jaké jsou první myšlenky zdravotnických záchranářů při nahlášení výjezdu do romské komunity. Otázka patnáct byla otevřená, respondenti tedy měli plnou možnost pro vyjádření vlastních pocitů. Bohužel některé byly nepublikovatelné. Publikovatelnou část z nich uvádím. Odpovědi jsou znázorněny v grafu 15. Většině respondentů se vybaví nátlak, stres a domlouvání. Často se také objevovala odpověď „ bez komentáře“. Často mají záchranáři obavy o vlastní bezpečnost nebo obavy, „co je zase čeká“. Často se vyskytovala odpověď hluk, nepořádek, neslušné chování, chaos. Z uvedených odpovědí vyplývá, že většina záchranářů ZZS Jčk nemá příjemné myšlenky při výjezdu do romské komunity.

Otázkou šestnáctou (graf 16) jsem zjišťovala, zda zdravotničtí záchranáři vědí, jak se chovají osoby vietnamské národnosti při bolestech. Z celkového počtu 50 (100 %) respondentů vybralo 34 (68 %) správnou odpověď tiše trpí, o tišící lék si neřeknou. Podle IVANOVÉ, ŠPIRUDOVÉ A KUTNOHORSKÉ (2005) při prožívání bolesti zůstávají Vietnamci klidní, dokonce se mohou i usmívat. 5 (10 %) respondentů uvedlo odpověď velmi hlasitě nařikají, což není správná odpověď. 11 (22 %) uvedlo odpověď nevím.

V otázce sedmnáct jsem zjišťovala, zda zdravotničtí záchranáři ZZS Jčk vidí problém v komunikaci při ošetřování ukrajinských pacientů/klientů. Z grafu 17 vyplývá, že z celkového počtu 50 (100 %) respondentů uvedlo 34 (68 %) odpověď ano, občas vidím problém v komunikaci při ošetřování ukrajinských pacientů/klientů, 13 (26 %) uvedlo odpověď ne, nemám problém v komunikaci při ošetřování ukrajinských pacientů/klientů a 3 (6 %) respondentů uvedlo odpověď, že vždy vidí problém v komunikaci.

V otázce osmnáct (graf 18) mě zajímalo, zda se v průběhu zásahu u cizince vyskytly nějaké problémy. Tato otázka byla polootevřené formy a respondenti zde mohli zaškrtnout více možných odpovědí. Celkový počet respondentů byl 50. Tito respondenti označili celkem 169 (100 %) odpovědí. Jako největší problém uváděli záchranáři jazykovou bariéru – tento problém tvořil 38 (23 %) odpovědí. Jako další problém uváděli otázku finanční - zejména u nepojištěných – tento problém tvořil 27 (16 %) odpovědí. Jako další uváděli ověřování totožnosti – tento problém tvořil 26 (15 %) odpovědí. Dále uváděli zejména odmítnutí léčby – 25 (15 %) odpovědí, neochotu ke spolupráci – 24 (14 %), konflikt s příbuznými pacienta/klienta – 18 (11 %). Méně často uváděli jako problém velký stud při vyšetření pacienta nebo nízkou úroveň hygienické péče.

V devatenácté otázce jsem se záchranářů ZZS Jčk ptala, zda by uvítali odborný seminář o problematice multikulturního ošetřovatelství. Výsledky shrnuje graf 19. Z celkového počtu 50 (100 %) respondentů by 28 (56 %) respondentů seminář o problematice multikulturního ošetřovatelství uvítalo, ale pouze za předpokladu že bude zdarma. Pouze 1 (2 %) respondent by si ho byl ochoten zaplatit. 14 (28 %) respondentů seminář o problematice multikulturního ošetřovatelství nezajímá a 7 (14 %) respondentů neví. V této otázce je patrné, že polovina záchranářů ZZS Jčk účastníci se tohoto výzkumu by měla zájem vzdělávat se v oblasti multikulturního ošetřovatelství, ale pouze za předpokladu, že nebudou muset nic platit.

Poslední, dvacátá otázka byla spíše zajímavost na závěr. Požádala jsem zdravotnické záchranáře pracující na ZZS Jčk, jestliže mají nějaké zkušenosti se zdravotnickou péčí v cizině, zda by byli ochotni uvést a popsat svůj zážitek. Z celkového počtu 50 (100 %) respondentů 40 (80 %) respondentů nemělo žádné vlastní zážitky, 8 (16 %) neodpovědělo vůbec. Zkušenosti se zdravotnickou péčí v cizině uvedli pouze 2 (4 %) respondenti. Zde je pro zajímavost uvádím.

Egypt – po zjištění nepojištěnosti pacienta/klienta, byl pacient/klient s frakturou DK doslova vyhozen z nosítek a ZZS odjíždí bez něj. Francie – nemají ochotu ke komunikaci v anglickém jazyce.

6 ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jak přistupují zdravotničtí záchranáři Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje k ošetření klientů z rozdílných kultur a zmapovat četnost výjezdů.

První část práce byla zaměřena na současný stav v dané problematice. Pro základní orientaci jsem začala obecným úvodem o přednemocniční neodkladné péči, pokračovala charakteristikou zdravotnické záchranné služby a zmínila jsem se o historii Jihočeské záchranné služby. Vysvětlila jsem, kdo je zdravotnický záchranář, jaké má pravomoce, vzdělání a kde může působit. V další části současného stavu jsem se zabývala vysvětlením pojmů multikulturní péče, kultura, národnostní menšiny a stručnou charakteristikou vietnamské, ukrajinské a romské národnosti a zkusila jsem nastínit jejich potřeby ve zdravotní a ošetrovatelské péči. Ve druhé, výzkumné části práce, jsem se zaměřila na zpracování hypotéz. Hypotézy byly stanoveny dvě.

První hypotéza předpokládala, že zdravotnický záchranář na Zdravotnické záchranné službě Jihočeského kraje zná zásadní rozdíly v odlišnosti kultur. Tuto hypotézu mohu potvrdit a to dvěmi otázkami. V otázce č. 13 - co si myslíte, že znamená pojem multikulturní výchova, vybrala víc jak polovina respondentů správnou odpověď. V otázce č. 16 - při bolestech osoby vietnamské národnosti, opět vybrala víc jak polovina respondentů správnou možnost – tiše trpí, o tisící lék si neřeknou.

Druhou hypotézu, která předpokládala, že nejčastější problematikou při uspokojování potřeb klientů z odlišného kulturního prostředí v přednemocniční neodkladné péči je jazyková bariéra se mi nepodařilo potvrdit, ale ani vyvrátit. Dle výzkumu se zdravotničtí záchranáři dostatečně dorozumí anglickým nebo německým jazykem, v dalších otázkách však uvádějí, že nejčastějším problémem při ošetřování pacienta/klienta jiné národnosti je jazyková bariéra. Hypotézu však nemohu potvrdit protože výsledek, že největší problém při ošetřování klienta jiné národnosti je jazyková bariéra nikdy nepřesáhl 50% výsledků.

Četnost výjezdů zdravotnických záchranářů pracujících na ZZS Jčk k pacientům z odlišného kulturního prostředí dle výzkumu není vysoká. Jak už jsem zmínila výše,

četnost výjezdů spíše závisí na oblastním středisku, ve kterém zdravotnický záchranář pracuje. Avšak minimálně jednou za měsíc jede k pacientovi/klientovi z odlišného kulturního prostředí každý záchranář. Jejich přístup je dle výzkumu spíše nejistý, hlavně k národnostním menšinám jako jsou Romové. To vychází ale také z chování národnostních menšin ke zdravotnickým záchranářům, kteří mají často i obavy o své zdraví.

Dle mého názoru je teorie o problematice přístupu zdravotníků k národnostním menšinám či jiným kulturám věnováno dost pozornosti, avšak v praxi už tomu zdaleka tak není. Zdravotničtí záchranáři sice zájem o tuto problematiku projevili, ovšem pouze v případě, bude-li jim přednáška či seminář nabídnut zdarma. Myslím si, že záchranáři, pracující na zdravotnické záchranné službě nepotřebují znát multikulturní ošetrovatelství nijak do hloubky, měli by ovšem dobře ovládat alespoň jeden světový jazyk (angličtina, němčina, francouzština) a mít auto vybaveno srozumitelnými komunikačními kartami (příloha č. 6), které obsahují nejčastější zdravotní problémy a překlad těchto obtíží do několika různých světových jazyků. Protože i přes jazykovou vybavenost nemusí být vždy schopni se s pacientem adekvátně dorozumět.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ANASTASSIADOU, H. *Transkulturní péče – podněty z praxe*. 1. vydání. Praha: Grada, 2002. 21 s. ISBN 80-247-0536-2.
2. BYDŽOVSKÝ, J. *Akutní stavy v kontextu*. 1. vydání. Praha: Triton, 2008. 450 s. ISBN 978-80-7254-815-6.
3. Česká republika. VYHLÁŠKA 14/2001 ze dne 22. prosince 2000, kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 434/1992 Sb., o zdravotnické záchranné službě, ve znění vyhlášky č. 51/1995 Sb. a vyhlášky č. 175/1995 Sb. *Vyhláška Ministerstvo zdravotnictví*. 2001, částka 003, s. 3-4.
4. Česká republika. VYHLÁŠKA 55/2011 ze dne 14. března 2011, kterou se stanoví činnost zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. *Vyhláška Ministerstvo zdravotnictví*. 2011, částka 020, s. 17-18.
5. Česká republika. ZÁKON 239/2000 ze dne 28. června 2000 o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů. *Sbírka zákonů*. 2000, částka 073, s. 1-2.
6. Česká republika. ZÁKON 96/2004 ze dne 4. února 2004 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). *Sbírka zákonů*. 2004, částka 030, s. 10.
7. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Předběžné výsledky Sčítání lidu, domů a bytů 2011 - Česká republika a kraje*. [online]. 31.1. 2012 [cit. 2012-07-27]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/kapitola/03000-12-n_2012-00>

8. ERTLOVÁ, F. - MUCHA, J. *Přednemocniční neodkladná péče*. 2. přepracované vydání. Brno: NCO NZO, 2006. 368 s. ISBN 80-7013-379-1.
9. HNILICOVÁ, H. - DOBIÁŠOVÁ, K. Zpráva o stavu zdraví a zdravotní péči pro migranty v ČR. In *Středisko vzdělávání ve zdravotní péči o občany třetích zemí* [online]. Praha: 2009 [cit. 2011-11-01]. Dostupné z: <http://www.eifzvip.cz/dokumenty/Zprava_o_stavu_zdravi_migrantu_v_CR.pdf>.
10. HROMOVÁ, M. *Specifika ošetřování Ukrajinských a Ruských klientů* [online]. České Budějovice, 2008 [cit. 2011-11-01]. 102 s. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Dostupné z: <<https://wstag.jcu.cz/portal/prohlizeni/index.jsp?navigationalstate=JBPNS>>
11. IVANOVÁ, K. - ŠPIRUDOVÁ, L. - KUTNOHORSKÁ, J. *Multikulturní ošetřovatelství I*. 1. vydání. Praha: Grada, 2005. 248 s. ISBN 80-247-1212-1.
12. JANDOUREK, J. *Sociologický slovník*. 1.vydání. Praha: Portál, 2001. 288 s. ISBN 80-7178-535-0.
13. KOLEKTIV AUTORŮ. *Průvodce systémem zdravotní péče České republiky: Informační příručka pro cizince* [online]. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004 [cit. 2012-03-10]. ISBN 80-86625-22-2. Dostupné z: <<http://www.cizinci.cz/clanek.php?lg=1&id=98>>
14. KOLEKTIV AUTORŮ. *Česká společnost na prahu vstupu do Evropské unie: Podpora multikulturního ošetřovatelského přístupu v celoživotním zdravotnickém vzdělávání*. 1. vydání. Ostrava: Ostravská univerzita Ostrava, 2005. 210 s. ISBN 80-7042-349-8.

15. KOLEKTIV AUTORŮ. *Implementace multikulturní variability do kulturní identity české společnosti a její odraz ve zdravotnické praxi*. 1. vydání. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2007. 163 s. ISBN 978-807248-005-0.
16. Komunikační anamnestické karty Zdravotnické záchranné služby Plzeňského kraje. *AKUTNE.CZ* [online]. 2011 [cit. 2012-08-10]. Dostupné z: <<http://www.akutne.cz/index.php?pg=aktuality&aid=190>>
17. KRÁTKÁ, A. *Potřeby nemocných v ošetrovatelském procesu*. 1.vydání. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2007. 46 s. ISBN 978-80-7318-643-2.
18. KRBOVÁ, P. *Úrazy cyklistů z pohledu přednemocniční neodkladné péče* [online]. České Budějovice, 2012 [cit. 2012-07-10]. 64 s. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Dostupné z: <<https://wstag.jcu.cz/portal/prohlizeni/index.jsp?navigationalstate=JBPNS>>
19. MASTILIAKOVÁ, D. et al. *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče a respektování jejich transkulturní/multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu: Implementace multikulturního přístupu do výuky v ošetrovatelství*. 1. vydání. Ostrava: Ostravská univerzita Ostrava, 2003. 120 s. ISBN 80-7042-344-7.
20. MLÝNKOVÁ, J. Vietnamská kultura v ošetrovatelské péči. *Florence*, 2009, roč. 5, č. 10, s. 33-35. ISSN 1801-464X.
21. MOCKOVÁ, J. Vietnamci v české republice. *Sestra*, 2007, roč. 17, č. 4, s. 26.

22. MOSCA, D. et al. *Health of migrants - the way forward: Report of a global consultation, Madrid, Spain 2010* [online]. France: World Health Organization, 2010 [cit. 2012-07-26]. ISBN 978-92-4-159950-4. Dostupné z: <http://www.who.int/hac/events/consultation_report_health_migrants_colour_web.pdf >
23. OBOR STATISTIKY OBYVATELSTVA. *Předběžné výsledky: Sčítání lidu, domů a bytů 2011 Česká republika* [online]. Praha: Český statistický úřad, 2012 [cit. 2012-03-10]. ISBN 978-80-250-2145-3. Dostupné z: <[http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/t/950049F8F7/\\$File/pvcr.pdf](http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/t/950049F8F7/$File/pvcr.pdf) >
24. PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. 152 s. ISBN 80-247-1211-3.
25. PRŮCHA, J. *Multikulturní výchova*. 1. vydání. Praha: Triton, 2006. 263 s. ISBN 80-7254-866-2.
26. PRŮCHA, J. *Interkulturní komunikace*. 1. vydání. Praha: Grada, 2010. 200 s. ISBN 978-80-247-3069-1.
27. ŘÍČAN, P. *S Romy žít budeme - jde o to jak: dejiny, současná situace, kořeny problémů, naděje společné budoucnosti*. 2. vydání. Praha: Portál, 2000. 143 s. ISBN 80-7178-410-9.
28. SEMENCOVÁ, V. Problematika ošetrování Romů. In: *Sborník příspěvků z konference Cesta k modernímu ošetrovatelství X. 2008*. Praha: Fakultní nemocnice Motol, 2009. s 37-40.
29. ŠIŠKOVÁ, T. *Výchova k toleranci a proti rasismu*. 2. vydání. Praha: Portál, 2008. 280 s. ISBN 978-807367-182-2.

30. ŠPIRUDOVÁ, L. et al. *Multikulturní ošetrovatelství ve vzdělávání sester na středních a vyšších zdravotnických školách*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2002. 170 s., 11 s. příloh. Výstup prvního roku práce na projektu – pracovní materiál. Dostupné z :
<http://www.cizinci.cz/files/clanky/115/osetrovatelstvi_vzdelavani.pdf>.
31. ŠPIRUDOVÁ, L. et al. *Multikulturní ošetrovatelství II*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. 248 s., 4 s. barevné přílohy. ISBN 80-247-1213-X.
32. TÓTHOVÁ, V. et al. *Zabezpečení efektivní ošetrovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu*. 1. vydání. Praha: Triton, 2010. 196 s. ISBN 978-80-7387-414-8.
33. VIKTORA, M. *Základní klinické vyšetření klienta zdravotnickým záchranářem v přednemocniční neodkladné péči v Jihočeském kraji* [online]. České Budějovice, 2011 [cit. 2012-07-25]. 66 s. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Dostupné z: <<https://wstag.jcu.cz/portal/prohlizeni/index.jsp?navigationalstate=JBPNS/>>.
34. VYMĚTAL, Š. *Krizová komunikace a komunikace rizika*. 1. vydání. Praha: Grada, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2510-9.
35. ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA JIHOČESKÉHO KRAJE. *Výroční zpráva 2005* [online]. České Budějovice: 2005 [cit. 2012-03-10]. Dostupné z: <http://www.zzs-jck.cz/uploads/pdf/ZZSJcK_-_vyrocni_zprava_2005.pdf>.
36. ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA JIHOČESKÉHO KRAJE. *Historie ZZS v JčK* [online]. České Budějovice: 2011 [cit. 2012-03-10]. Dostupné z: <<http://www.zzs-jck.cz/o-nas/historie-zzs-v-jck/>>

37. ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA JIHOČESKÉHO KRAJE. *Střediska Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje* [online]. České Budějovice: 2011 [cit. 2012-03-10]. Dostupné z: <<http://www.zzs-jck.cz/cinnost/zdravotnicka-zachranna-sluzba/strediska-zzs-jck/>>.

8 KLÍČOVÁ SLOVA

Přednemocniční neodkladná péče

Zdravotnický záchranář

Zdravotnická záchranná služba

Multikulturní péče

Kultura

Multikulturní komunikace

9 PŘÍLOHY

Příloha č. 1: § 17 Vyhlášky 55/2011 Sb., kterou se stanoví činnost zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

Příloha č. 2: Zobrazení pojmů „multikulturní“ a „transkulturní“.

Příloha č. 3: Model vycházejícího slunce M. Leininger

Příloha č. 4: Obyvatelstvo podle státního občanství podle krajů

Příloha č. 5: Dotazník

Příloha č. 6: Ukázka komunikační anamnestické karty Zdravotnické záchranné služby Plzeňského kraje

Příloha č. 1: § 17 Vyhlášky 55/2011 Sb., kterou se stanoví činnost zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

§ 17

Zdravotnický záchranář

(1) Zdravotnický záchranář vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace poskytuje v rámci přednemocniční neodkladné péče, včetně letecké záchranné služby, a dále v rámci anesteziologicko-resuscitační péče a v rámci akutního příjmu specifickou ošetrovatelskou péči. Přitom zejména může

- a) monitorovat a hodnotit vitální funkce včetně snímání elektrokardiografického záznamu, průběžného sledování a hodnocení poruch rytmu, vyšetření a monitorování pulzním oxymetrem,
- b) zahajovat a provádět kardiopulmonální resuscitaci s použitím ručních křísicích vaků, včetně defibrilace srdce elektrickým výbojem po provedení záznamu elektrokardiogramu,
- c) zajišťovat periferní žilní vstup, aplikovat krystaloidní roztoky a provádět nitrožilní aplikaci roztoků glukózy u pacienta s ověřenou hypoglykemií,
- d) provádět orientační laboratorní vyšetření určená pro urgentní medicínu a orientačně je posuzovat,
- e) obsluhovat a udržovat vybavení všech kategorií dopravních prostředků, řídit pozemní dopravní prostředky, a to i v obtížných podmínkách jízdy s využitím výstražných zvukových a světelných zařízení,
- f) provádět první ošetření ran, včetně zástavy krvácení,
- g) zajišťovat nebo provádět bezpečné vyproštění, polohování, imobilizaci, transport pacientů a zajišťovat bezpečnost pacientů během transportu,
- h) vykonávat v rozsahu své odborné způsobilosti činnosti při řešení následků hromadných neštěstí v rámci integrovaného záchranného systému,
- i) zajišťovat v případě potřeby péči o tělo zemřelého,

- j) přijímat, kontrolovat a ukládat léčivé přípravky ¹⁰⁾, manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dostatečnou zásobu,
- k) přijímat, kontrolovat a ukládat zdravotnické prostředky ¹¹⁾ a prádlo, manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu,
- m) provádět neodkladné výkony v rámci probíhajícího porodu,
- n) přijímat, evidovat a vyhodnocovat tísňové výzvy z hlediska závažnosti zdravotního stavu pacienta a podle stupně naléhavosti, zabezpečovat odpovídající způsob jejich řešení za použití telekomunikační a sdělovací techniky,
- o) provádět telefonní instruktáž k poskytování první pomoci a poskytovat další potřebné rady za použití vhodného psychologického přístupu.

(2) Zdravotnický záchranář v rámci přednemocniční neodkladné péče, včetně letecké záchranné služby, a dále v rámci anesteziologicko-resuscitační péče a v rámci akutního příjmu může bez odborného dohledu na základě indikace lékaře vykonávat činnosti při poskytování diagnostické a léčebné péče. Přitom zejména může

- a) zajišťovat dýchací cesty dostupnými pomůckami, zavádět a udržovat inhalační kyslíkovou terapii, zajišťovat přístrojovou ventilaci s parametry určenými lékařem, pečovat o dýchací cesty pacientů i při umělé plicní ventilaci,
- b) podávat léčivé přípravky ¹⁰⁾, včetně krevních derivátů ¹²⁾,
- c) asistovat při zahájení aplikace transfuzních přípravků ¹³⁾ a ošetřovat pacienta v průběhu aplikace a ukončovat ji,
- d) provádět katetrizaci močového měchýře dospělých a dívek nad 10 let,
- e) odebírat biologický materiál na vyšetření,
- f) asistovat při porodu a provádět první ošetření novorozence,
- g) zajišťovat intraoseální vstup.

10) Zákon [č. 378/2007 Sb.](#), o léčivech a o změnách souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon [č. 167/1998 Sb.](#), o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

11) Zákon [č. 123/2000 Sb.](#), ve znění pozdějších předpisů.

Nařízení vlády [č. 336/2004 Sb.](#), kterým se stanoví technické požadavky na zdravotnické prostředky a kterým se mění nařízení vlády [č. 251/2003 Sb.](#), kterým se mění některá nařízení vlády vydaná k provedení zákona [č. 22/1997 Sb.](#), o technických požadavcích na výrobky a o změně a doplnění některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Nařízení vlády [č. 154/2004 Sb.](#), kterým se stanoví technické požadavky na aktivní implantabilní zdravotnické prostředky a kterým se mění nařízení vlády [č. 251/2003 Sb.](#), kterým se mění některá nařízení vlády vydaná k provedení zákona [č. 22/1997 Sb.](#), o technických požadavcích na výrobky a o změně a doplnění některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, ve znění nařízení vlády [č. 307/2009 Sb.](#)

Nařízení vlády [č. 453/2004 Sb.](#), kterým se stanoví technické požadavky na diagnostické zdravotnické prostředky in vitro, ve znění nařízení vlády [č. 246/2009 Sb.](#)

12) [§ 2 odst. 2 písm. l\) zákona č. 378/2007 Sb.](#)

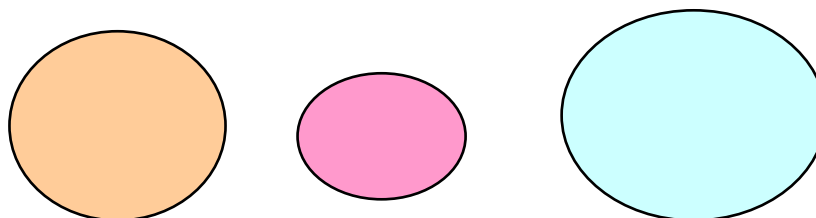
13) [§ 2 odst. 2 písm. n\) zákona č. 378/2007 Sb.](#), ve znění zákona [č. 296/2008 Sb.](#)

Zdroj: Česká republika. VYHLÁŠKA 55/2011 ze dne 14. března 2011, kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

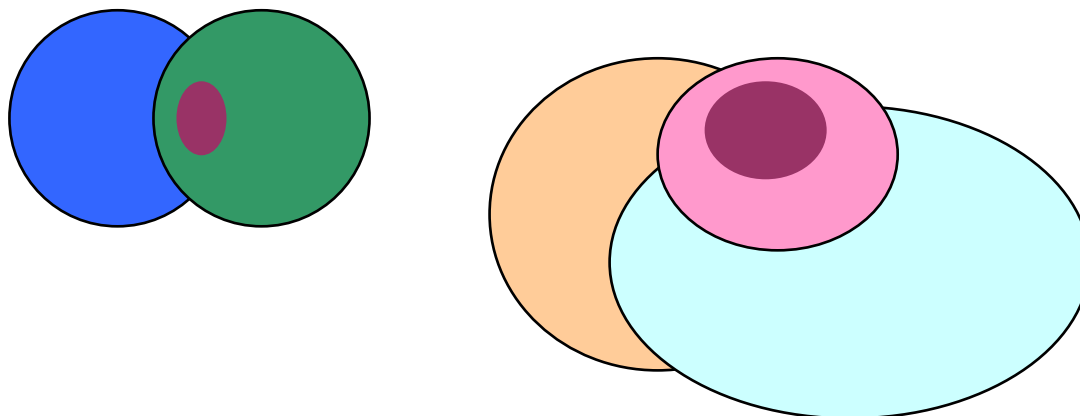
Vyhláška *Ministerstvo zdravotnictví*. 2011, částka 020, s. 17-18.

Příloha č. 2: Zobrazení pojmů „multikulturní“ a „transkulturní“

Obr. 1. názorné vysvětlení významu pojmu „multikulturní“:

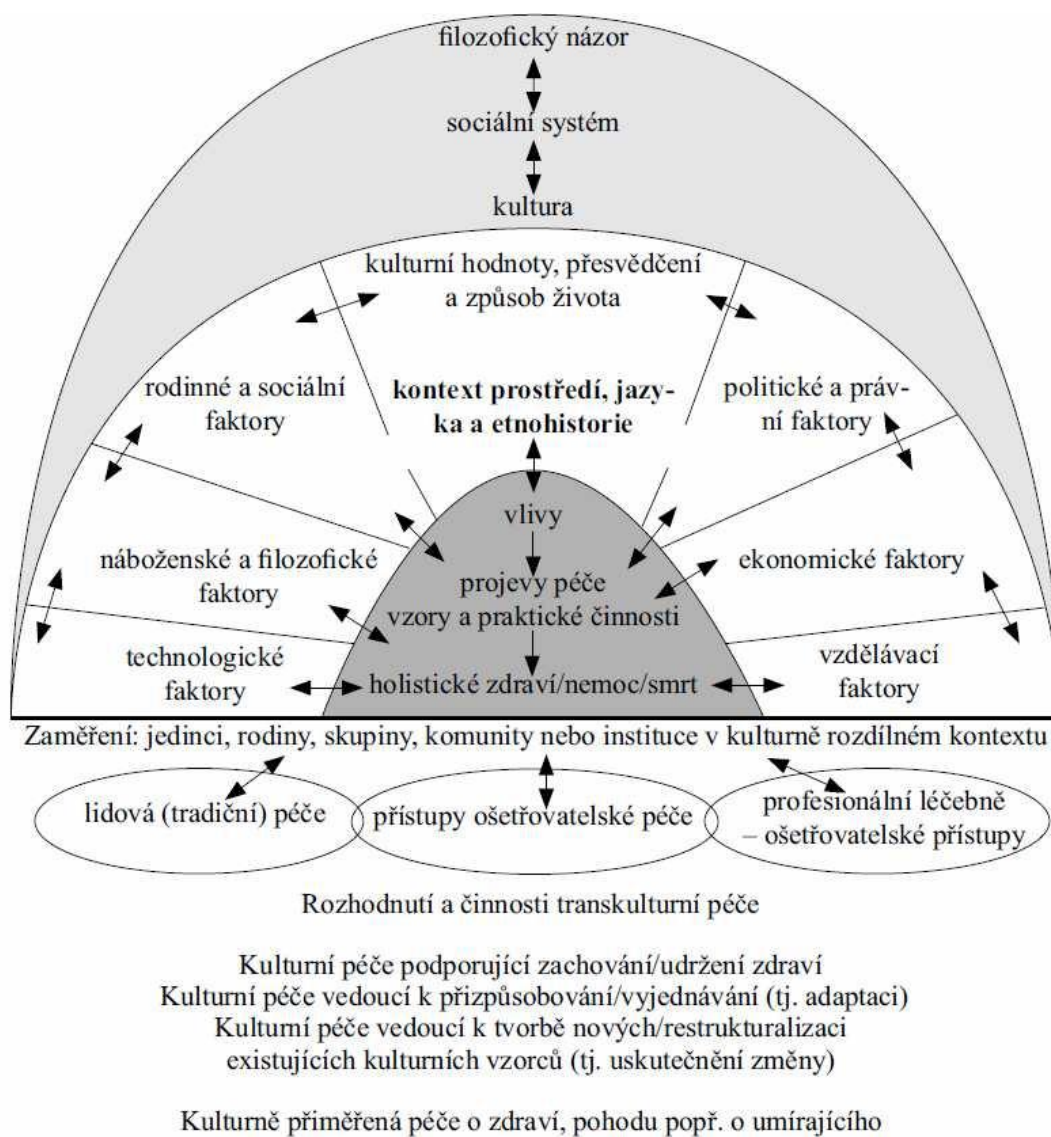


Obr. 2. Názorné vysvětlení významu pojmu „transkulturní“ (*transkulturní je pouze to, co je vymezeno jako prostor společný všem zainteresovaným kulturám – na obrázku je to prostor, ve kterém je umístěn tmavý terč*).



Zdroj: ŠPIRUDOVÁ, L. et al. *Multikulturní ošetrovatelství ve vzdělávání sester na středních a vyšších zdravotnických školách*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2002. 170 s., 11 s. příloh. Výstup prvního roku práce na projektu – pracovní materiál. Dostupné z :
<http://www.cizinci.cz/files/clanky/115/osetrovatelstvi_vzdelavani.pdf>.

Příloha č. 3: Model vycházejícího slunce M. Leininger



Zdroj: PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 152 s. ISBN 80-247-1211-3.

Příloha č. 4: Obyvatelstvo podle státního občanství podle krajů

ČR, kraje	Obyvatelstvo celkem	z toho podle státního občanství						
		Česká republika	Slovensko	Německo	Polsko	Ukrajina	Rusko	Vietnam
ČR celkem k 26.3.2011 ¹	10 562 214	10 019 018	84 380	20 780	17 865	117 810	36 055	53 110
Hlavní město Praha	1 272 690	1 067 483	23 390	5 676	2 453	49 876	21 946	10 910
Středočeský kraj	1 274 633	1 208 006	14 402	882	2 352	17 797	3 781	5 416
Jihočeský kraj	637 460	619 380	2 910	701	294	3 878	483	2 210
Plzeňský kraj	574 694	543 362	6 270	2 649	787	6 458	278	5 026
Karlovarský kraj	310 245	283 859	1 577	4 530	213	2 488	4 508	6 253
Ústecký kraj	830 371	795 859	3 153	3 608	1 005	5 855	1 762	7 096
Liberecký kraj	439 262	420 416	3 370	527	1 255	4 757	428	1 864
Královéhradecký kraj	555 683	538 040	2 434	432	1 702	4 802	360	1 363
Pardubický kraj	518 228	502 453	3 208	143	1 296	3 647	190	1 579
Kraj Vysočina	512 727	502 856	1 825	191	188	2 474	142	1 089
Jihomoravský kraj	1 169 788	1 123 576	9 865	540	756	11 360	1 078	4 147
Olomoucký kraj	639 946	627 658	2 721	344	566	1 926	227	1 108
Zlínský kraj	590 459	580 132	3 196	202	295	1 080	229	811
Moravskoslezský kraj	1 236 028	1 205 938	6 059	355	4 703	1 412	643	4 238

Zdroj: ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Předběžné výsledky Sčítání lidu, domů a bytů 2011 - Česká republika a kraje*. [online]. 31.1. 2012 [cit. 2012-07-27]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/kapitola/03000-12-n_2012-00>

Příloha č. 5: Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Zuzana Trešlová a ráda bych Vás, záchranáře, pracující na Zdravotnické záchranné službě Jihočeského kraje poprosila o spolupráci při šetření, které se týká přístupu zdravotnické záchranné služby k ošetřování klientů z rozdílných kultur. Výsledky šetření použiji pro svou bakalářskou práci v rámci studia na Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích, obor Zdravotnický záchranář.

Dotazník je anonymní a veškeré informace budou použity jen pro účely této bakalářské práce.

Při vyplňování dotazníku postupujte podle daných pokynů a není-li uvedeno jinak, je možná pouze jedna odpověď, případně je možnost pro doplnění vlastní odpovědi.

Předem Vám velmi děkuji za ochotu a spolupráci.

1. Vaše pohlaví:

- žena
- muž

2. Kolik je Vám let?

- 20 – 25 let
- 26 – 30 let
- 31 – 35 let
- 36 – 40 let
- 41 – 45 let
- 46 – 50 let
- 51 – 55 let
- 56 a více let

3. Jaké je Vaše nejvyšší dokončené vzdělání?

- Středoškolské vzdělání s maturitou + pomaturitní specializační studium (ARIP)
- Vyšší odborná škola (DiS)
- Vysoká škola
 - Bc.
 - Mgr.
- Jiné
(uved'te).....

4. Jak dlouho pracujete na ZZS?

- 0 – 2 roky 6 - 10 let 16 - 20 let
 3 - 5 let 11 - 15 let 21 a více let

5. Jakým jazykem se domluvíte? (můžete označit více možností)

- Anglicky Francouzsky
 Německy Žádným jazykem
 Rusky Jiným (uved'te).....

6. Vaši znalost cizího jazyka hodnotíte jako?

- Výbornou Dostatečnou
 Velmi dobrou Nedostatečnou
 Dobrou

7. Zdokonalujete se v současnosti ve znalosti cizího jazyka?

- Ano
 Ne

8. Ošetřujete při své práci příslušníky národnostních menšin nebo jiných odlišných kultur?

- Ano, velmi často
 Ano, občas
 Ano, výjimečně
 Ne

9. Jak často vyjíždíte k pacientovi/ klientovi z odlišného kulturního prostředí?

- Každý den alespoň 1x 3x za měsíc
 3x – 4x týdně 1x za měsíc
 1x týdně Méně než 1x za měsíc

10. Jaké pacienty/ klienty z jiné země, odlišné kultury nebo národnostní menšiny ošetřujete nejčastěji?

.....

11. Je podle Vás rozdíl mezi ošetřováním pacienta/ klienta z ČR a ošetřováním pacienta/ klienta z národnostní menšiny nebo jiného kulturního prostředí?

- Ano
- Ne
- Nevím

12. Pokud jste odpověděl/a ano, uveďte co Vám činí největší problémy:

.....
.....

13. Co si myslíte, že znamená pojem multikulturní výchova?

- Vyjadřuje mnohočetnost, početné seskupení kultur
- Učí lidi z různých etnik, národů a jiných kultur žít spolu a vzájemně se respektovat
- Předpokládá fyzickou a duševní nerovnost lidských ras

14. Používáte při komunikaci s pacientem/klientem z jiného kulturního prostředí tzv. komunikační karty (piktogramy)?

- Ano
- Ne, ačkoliv je máme k dispozici
- Ne, nemáme je k dispozici

15. Pokuste se popsat první myšlenky, které Vám proběhnou hlavou při nahlášení výjezdu do romské komunity:

.....
.....

16. Při bolestech osoby vietnamské národnosti:

- Tiše trpí, o tisící lék si neřeknou
- Velmi hlasitě nařikají
- Neustále vyžadují tisící léky
- Nevím

Jiné (uveďte).....

17. Vidíte problém v komunikaci při ošetřování ukrajinských pacientů/klientů?

- Ano, vždy
- Ano, občas
- Ne
- Jiné (uveďte).....

18. Vyskytly se v průběhu zásahu u cizince nějaké problémy? (můžete označit více možností)

- Neschopnost se domluvit/ jazyková bariéra
- Neochota ke spolupráci
- Ověřování totožnosti
- Finanční bariéra, zejména u nepojištěných
- Konflikt s příbuznými
- Odmítnutí léčby
- Velký stud při vyšetření pacienta/ klienta
- Nízká úroveň hygienické péče
- Nevyskytly se problémy
- Jiné (uveďte).....

19. Uvítal/a by jste odborný seminář o problematice multikulturního ošetřovatelství?

- Ano, ale pokud bude zdarma
- Ano, i kdybych si ho musel/a zaplatit
- Ne
- Nevím

20. Jestliže máte vlastní zkušenosti se zdravotnickou péčí v cizině – prosím, uveďte stát a popište svůj zážitek.

.....
.....

Příloha č. 6: Ukázka komunikační anamnestické karty Zdravotnické záchranné služby Plzeňského kraje



Zdroj: Komunikační anamnestické karty Zdravotnické záchranné služby Plzeňského kraje. AKUTNE.CZ [online]. 6.8.2011 [cit. 2012-08-10]. Dostupné z: <<http://www.akutne.cz/index.php?pg=aktuality&aid=190>>

