



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Transkulturní odlišnosti v péči o dětského pacienta

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Bc. Andrea Kobzová

Vedoucí práce: Mgr. Dita Nováková, Ph.D.

České Budějovice 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem Transkulturní odlišnosti v péči o dětského pacienta jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – 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 13. 8. 2018

.....

Bc. Andrea Kobzová

Poděkování

Upřímné poděkování patří především vedoucí práce Mgr. Ditě Novákové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady, ochotu a trpělivost při zpracování této diplomové práce. Chtěla bych poděkovat všem sestrám a respondentům, kteří byly nezbytnou součástí empirické části práce. Velké díky také patří mé rodině, která mi byla velkou oporou po dobu mého studia.

Transkulturní odlišnosti v péči o dětského pacienta

Abstrakt

Zvýšený tok migrace s sebou nese prolínání kultur. Zdravotnický personál se bude s jedinci jednotlivých kultur setkávat stále častěji. Proto je třeba zvolit vhodný přístup a poskytovat kulturně kompetentní ošetrovatelskou péči.

Cílem diplomové práce bylo zmapovat transkulturní rozdíly v péči o dětského pacienta a zmapovat s jakými minoritními skupinami se nejčastěji setkávají sestry pracující na dětských odděleních. K těmto cílům byly stanoveny čtyři výzkumné otázky a pro jejich zjištění se realizovalo třífázové výzkumné šetření, konkrétně kvalitativní šetření doplněné o kvantitativní metodu ankety. První fázi představovala pilotní anketa za pomoci techniky snowball sampling. V druhé fázi výzkumného šetření byly provedeny polostrukturované rozhovory se sestrami. Polostrukturované rozhovory s rodiči představují třetí fázi výzkumného šetření.

Na základě výzkumného šetření lze říci, že se sestry nejčastěji setkávají s romskou a vietnamskou minoritou. Dále s pacienty z Ukrajiny, Ruska, Německa, Polska, s muslimy nebo Svědky Jehovovými. Nejčastější problémy, jež řeší, jsou: jazyk, strava, kulturní zvyky, komunikace, spolupráce. Specifika jednotlivých minorit, jež byly zjištěny od sester i rodičů představovaly odlišnosti ve stravování, denním režimu, odlišnosti v chování, komunikaci, spolehlivosti v dodržování stanovených pravidel nebo plnění následné péče po propuštění z nemocnice. Další specifika jsou vázána na rituály a tradice při porodu či umírání, slavení svátků nebo dodržování půstu a s tím související i duchovní potřeby. Také byly zmiňovány tradice týkající se odmítání zdravotnických výkonů nebo naopak jejich vyžádání.

Výsledky práce byly prezentovány na 13. Studentské konferenci v Pardubicích a následně budou publikovány v odborném tisku.

Klíčová slova: multikulturní ošetrovatelství, ošetrovatelská péče, minoritní skupiny, migrace, dětská sestra, dítě

Transcultural differences in the care for children´s patient

Abstract

Due to the higher migration rates, there is more cultural diffusion. The health care personnel will be dealing with patients from different cultures more often. This is why it is important to use an appropriate approach and give competent healthcare considering cultural background of the patients.

The goal of this thesis was to map the cultural differences in care for an underage patient and to trend the minority groups that are being cared for by nurses in the children´s ward. To achieve the goal of this thesis, there were four specified questions and to achieve the result, there was a threephase trial, specifically qualitative trial supplemented with quantitative method using a questionnaire. The first phase was the pilot poll and a technique „snowball slamping“ was used. The second phase of the trial consisted of pre-structured interviews with the nurses. The third phase consisted of pre-structured interviews with the parents.

On the basis of this trial, it was concluded that the nurses are caring for Romany and Vietnamese minority groups most often. The other most patients from Ukraine, Russia, Germany, Poland, Muslims and Jehova witnesses. The most common problems that occur during the care are: language barrier, cultural customs, communication and co-operation. Based on the data collected from interviews with nurses and parents, there are specific variations in expectancy of care, such as food, daily regime, differences in behaviour, communication, reliability to adhere to given rules and consequent care after the hospital stay. There are other different specifics such as rituals and traditions during child labour or at the time of death, celebration of different festivals, fasting and other spiritual needs. Traditions relating to refusal or demand of specific care were also mentioned.

Results of this thesis were presented at the 13th Student conference in Pardubice and will be published in a technical journal.

Key words: multicultural health care, health care, minority groups, migrations, children´s ward nurse, child

Obsah

ÚVOD.....	8
1 SOUČASNÝ STAV	9
1.1 Charakteristika transkulturního ošetřovatelství	9
1.1.1 Vymezení kultury.....	10
1.1.2 Kulturní kompetence sestry.....	11
1.1.3 Využití koncepčních modelů v transkulturním ošetřovatelství.....	11
1.2 Pojmy a východiska spjaté s kulturou	13
1.3 Ošetřovatelská péče v multikulturním / transkulturním ošetřovatelství	15
1.4 Islám	16
1.4.1 Ošetřovatelská péče o muslimského pacienta.....	18
1.5 Svědkové Jehovovi	19
1.5.1 Ošetřovatelská péče o pacienta – Svědka Jehovova.....	20
1.6 Romové.....	21
1.6.1 Ošetřovatelská péče o romského pacienta.....	23
1.7 Vietnamci.....	24
1.7.1 Ošetřovatelská péče o vietnamského pacienta	26
1.8 Buddhismus	27
1.9 Cizinci.....	29
1.10 Komunikace sestry v ošetřovatelské péči	30
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	33
2.1 Cíle práce	33
2.2 Výzkumné otázky	33
3 METODIKA	34
3.1 Metodika práce	34
3.2 Charakteristika výzkumných souborů	34
3.3 Realizace výzkumného šetření	35

4 VÝSLEDKY VÝZKUMU	37
4. 1 Charakteristika výzkumných souborů	37
4. 2 První fáze výzkumného šetření.....	40
4.2.1 Pilotní telefonická anketa – sestry	40
4. 3 Druhá fáze výzkumného šetření: Kategorizace a analýza výsledků rozhovorů –sestry	44
4.3.2 Kategorie: Problémy v ošetrovatelské péči	48
4.3.3 Kategorie: Vztah sester k transkulturním odlišnostem.....	52
4. 4 Třetí fáze výzkumného šetření: Kategorizace a analýza výsledků rozhovorů - rodiče	54
4.4.1 Kategorie: Průběh hospitalizace	54
4.4.2 Kategorie: Specifika jednotlivých minorit	56
5 DISKUZE	64
6 ZÁVĚR	78
7 SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ.....	80
8 SEZNAM PŘÍLOH	91
9 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	96

ÚVOD

Transkulturní ošetrovatelství je nynějším trendem v ošetrovatelství. Vzhledem ke zvýšené migraci obyvatelstva v posledních letech a s tím spojenou globalizací je toto téma a problematika poskytování ošetrovatelské péče různým minoritním skupinám přinejmenším aktuálním tématem. Sestry se při poskytování ošetrovatelské péče setkávají s různými lidmi, dětmi či rodinami odlišných národností, náboženství a kultur. Pro poskytování profesionální a kulturně kompetentní péče je třeba znát specifika jednotlivých minoritních skupin, jež je možné v rámci ošetrovatelské péče zohlednit. Na základě těchto vědomostí sestra zvolí k pacientům jednotlivých etnik multikulturní přístup, který ulehčí nejen lepší spolupráci a dorozumění, ale i získání vzájemné důvěry nezbytné pro dosažení zvoleného cíle. Jestliže se pak jedná o dětského pacienta, musí sestra spolupracovat nejen s dítětem, ale i s rodinou, což vede k nutnosti větších znalostí a dovedností nejen všeobecných multikulturních přístupů a ošetrovatelství, ale také k potřebě znát, vědět a umět se chovat dle specifik jednotlivých minoritních skupin. To je předpokladem k dosažení vzájemného respektu, úcty a porozumění, a tak i skvělé spolupráce při poskytování ošetrovatelské péče dětskému pacientovi.

Teoretická část práce charakterizuje transkulturní ošetrovatelství a pojmy s ním spjaté. Zaměřuje se na roli sestry při poskytování kulturně kompetentní péče a problematiku samotného multikulturního ošetrovatelství. Okrajově jsou popsány koncepční modely, které lze využít při poskytování kulturně vhodné péče. Na závěr jsou popisovány jednotlivé minoritní skupiny a ošetrovatelská péče při spolupráci s nimi. V empirické části je zobrazen přístup sester k minoritním skupinám, problémy, které nejčastěji řeší, a specifika jednotlivých minoritních skupin, jež jsou popisovány i ze stran rodičů. Dále je zaznamenáno, jak probíhala hospitalizace minoritních skupin, jak byly na oddělení přijaty či jaké měly pocity. Jsou zde popsány i jednotlivé rituály a tradice spjaté se stravováním, jednotlivými svátky či duchovní ceremoniály, také tradice spjaté s narozením dítěte nebo umíráním.

Důvodem výběru tématu diplomové práce je jeho aktuálnost a snaha podpořit zájem o danou problematiku. Startovacím impulzem zájmu o tuto problematiku se stalo období, kdy jsem měla možnost odjet na studentskou stáž do Nepálu. Od té doby je pro mě multikulturní svět impozantním.

1 SOUČASNÝ STAV

Transkulturní neboli multikulturní postoj je rozvíjejícím prvkem pro kompetentní ošetrovatelskou péči (Kutnohorská, 2008). Transkulturní ošetrovatelství má u nás své důležité a pevné místo z několika důvodů. Jeden z důvodů je například rostoucí počet migrantů na území České republiky (Kačorová, 2010). Massimo, Wiley, Caprino (2008) uvádí, že evropské státy za posledních deset let zaznamenaly rostoucí tok emigračních rodin z rozvojových zemí, kdy je cílem najít lepší zdravotní péči pro své nemocné děti. S tím roste důležitost poskytování kulturně citlivé zdravotnické péče (Kačorová, 2010). Zakladatelka multikulturního ošetrovatelství, Madelaine Leiningerová, pracovala původně na dětském psychiatrickém oddělení v USA. Pozorovala zde rozdílné potřeby pacientů v závislosti na jejich kulturních odlišnostech. Svoji teorii rozvíjela v 50. letech 20. století, kdy vyvrcholením jejích výzkumných aktivit bylo vytvoření koncepčního modelu kulturně shodné ošetrovatelské péče neboli modelu vycházejícího slunce, který byl dokončen v 80. letech 20. století (Tošnarová, 2013). Dle M. Leiningerové je transkulturní ošetrovatelství definováno jako: *„Humanistický teoreticko – praktický vědní obor, který se zabývá odlišnostmi a podobnostmi mezi kulturami, pokud jde o humánní péči, zdraví a nemoc, přihlíží přitom ke kulturním hodnotám, přesvědčením a zvyklostem daného jednotlivce nebo kulturní skupiny“* (Kutnohorská, 2013, s. 40-41).

1.1 Charakteristika transkulturního ošetrovatelství

Podle Kutnohorské (2013) se transkulturní ošetrovatelství zaměřuje na porozumění kulturám a k tomu se vztahujícím specifickým potřebám poskytované péče. Cílem transkulturního ošetrovatelství je poskytovat lidem rozmanitých kultur kulturně shodnou, citlivou a kompetentní ošetrovatelskou péči (Tavalli, Kabir, Jirwe, 2014). Předpona trans představuje přesahování nějaké hranice, směřování odněkud někam, pronikání něčím či nějakou přeměnu, přepracování. Multikulturní ošetrovatelství je v praxi označováno jako synonymum transkulturního ošetrovatelství (Kutnohorská, 2013). Pergert et al. (2008) popisuje, že pojem multikulturní označuje mnoho kultur a transkulturní znamená napříč kulturami. Kutnohorská (2011) udává základní představu transkulturního ošetrovatelství jako kulturně zaměřenou péči. Tím můžeme rozumět kognitivně zpracované a předané jak profesní, tak lidové tradiční hodnoty nebo také přesvědčení a navyklá životní schémata, která mají podporovat jednotlivce či skupiny v udržení zdraví. Tyto hodnoty a schémata mají napomáhat ke zlepšení zdraví,

k dosažení lepší kvality životního stylu a životních podmínek (Kutnohorská, 2011). Kutnohorská (2008) klade důraz na zamyšlení se sester nad otázkami: jaký význam má pro daného klienta jeho etické zázemí a jak jsou ony samy schopny toto osobní teritorium respektovat. Sestra, poskytující péči klientům různých kultur, by měla být vybavena určitými znalostmi z oblasti transkulturního ošetřovatelství, měla by mít vlastnosti, jako jsou vnímavost, pochopení a komunikativnost. Komunikace s nemocným je důležitým faktorem při poskytování ošetřovatelské péče, tím spíše při ošetřování pacientů z jiné kultury.

1.1.1 Vymezení kultury

Kulturou se rozumí vše, co lidé dělají a co si myslí (Kutnohorská, 2008). Je součástí výbavy lidského společenství. Představuje sdílený způsob chování, slovního vyjadřování, mimiku, gesta, postoje, přípravu a konzumaci jídla, ale i způsob oblékání, což může vypovídat o prestiži nebo sociálním postavení člověka (Kutnohorská, 2013). Kultura se prolíná v mnoha vědních oborech a v ošetřovatelství odráží filozofii holismu (Mareš et al., 2011). Můžeme ji sumarizovat jako sociální, přizpůsobivou a integrující. Je produktem učení, představuje souhrn určitých představ a má přinášet uspokojení (Kutnohorská, 2013). Podle Plevové et al. (2011) se člověk v průběhu života setkává s různými kulturními prvky, a proto v sobě nosí několik úrovní kultury – jako je například: úroveň národní kultury, úroveň spojená s určitým náboženstvím, etnikem nebo jazykem, mužská a ženská kultura, tedy úroveň kultury spojená s příslušností k pohlaví, úroveň organizační struktury, související se zaměstnáním a taky úroveň kultury spojená s určitou generací, kdy se různé generace odlišují svými symboly, hodnotami, idoly nebo rituály. Kutnohorská (2013) udává, že subkulturu tvoří skupiny lidí, sdílející specifické hodnoty a normy, v nichž se liší od dominantní kultury. Pojem enkulturace je dle Průchy a Vetešky (2014) popisován jako proces, v němž si člověk v průběhu svého života osvojuje kulturu dané společnosti. Probíhá od narození, kdy si dítě osvojuje jazyk, mravní normy, vzorce chování, tradice, společenské zvyklosti apod. Akulturaci pak Průcha a Veteška (2012) popisují jako proces, při kterém se příslušníci dvou nebo více kulturních společenství dostávají do dlouhodobého kontaktu. Jestliže pak cizinci nebo příslušníci menšin opouštějí svou původní kulturu a splynou s novou, nazýváme tento proces asimilace.

1.1.2 Kulturní kompetence sestry

Podle švédské studie zahrnuje kulturní porozumění sestry, kulturní citlivost a kulturní setkání (Tavallali, Kabir, Jirwe, 2014). Kulturní kompetence tak vede ke zlepšování kvality a účinnosti ošetrovatelské péče (Tóthová et al., 2010). Při poskytování zdravotnické péče je od sester vyžadováno, aby vzaly do úvahy rozmanitost etnického a kulturního zázemí svých pacientů. Cílem tedy je zabezpečit efektivní, bezpečnou a kulturně citlivou péči (Uričková, 2012). Proto je kulturní kompetence považována za naléhavou záležitost ve zdravotnictví. Tato kompetence byla na mezinárodní úrovni zdůrazněna jako důležitá, jelikož je známo zlepšení vztahů mezi klienty a poskytovateli zdravotní péče (Berlin, Nilsson, Törnkvist, 2010). Sestry by při posuzování klienta měly zvážit následující: co znají nebo vědí o kulturním dědictví daného klienta, jaký má klient vztah k dané kultuře, do jaké míry je klient zvyklý na dominantní kulturu, jaké jsou stereotypy, předsudky, přesvědčení sestry o dané kultuře a jak by mohly ovlivnit chápání sestry. Dále je důležité, zda klient přispěl k chápání nějakého problému a podobně (Waite a Calamaro, 2010). Kulturní kompetence reprezentují chování odborníků, umožňující efektivní integraci v kontaktu s členem jiné kultury, schopnost přívětivě a efektivně reagovat na příslušníky různých kultur, ras, etnických skupin, znalosti daného společenského systému symbolů, norem či pravidel, které ovlivňují chování a jednání, úctu a respekt a taky proces sebevzdělávání a sbírání zkušeností (Kutnohorská, 2013).

1.1.3 Využití koncepčních modelů v transkulturním ošetrovatelství

Koncepční modely pomáhají sestřám k lepší orientaci v problematice transkulturní péče. Ošetrovatelskou péči vnímá každý ošetrovatelský model odlišným způsobem. Napomáhají sestřám podrobně zhodnotit celkový stav pacienta s ohledem na jeho kulturní či náboženská specifika s možností přizpůsobit ošetrovatelskou péči těmto pacientům (Toumová, 2017).

Model M. Leinigerové byl nadčasový a připravil půdu současnému vývoji (Kutnohorská, 2013). Touto teorií kulturně diverzifikované a univerzální péče se začala zabývat v 50. letech 20. století (Toumová, 2017). Definovala transkulturní ošetrovatelství a popsala hlavní koncepce transkulturního ošetrovatelství (Kutnohorská, 2013). Schéma Modelu vycházejícího slunce vytvořila k lepšímu porozumění Teorie kulturně diverzifikované a univerzální péče. Model má čtyři úrovně (Toumová, 2017). První úroveň představuje úroveň sociálního systému a filozofický názor, druhá úroveň

zahrnuje poznatky týkající se jedince, rodiny, skupin a taky určuje starostlivost o zdraví (Kutnohorská, 2013). Třetí úroveň představuje charakteristiku jakéhokoliv systému a konkrétní rysy péče. Čtvrtá úroveň se zabývá rozhodováním a poskytováním ošetrovatelské péče (Toumová, 2017).

Model Gigerové a Davidhizarové nazýván jako Model kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče, vycházející z teorie M. Leiningerové, vznikl pro studenty z důvodu usnadnění zhodnocení pacienta a naplánování ošetrovatelské péče (Toumová, 2017). Obsahuje šest kulturních rozměrů: komunikaci (slovní zásoba, rytmus, styl, hlasitost, použití dotyku, postavení těla), prostor (vzdálenost a intimita), sociální začlenění (uspořádání rodiny, úloha rolí), čas (vnímání času, orientace na minulost, přítomnost, budoucnost), biologické odlišnosti (genetické odlišnosti, fyziologické odlišnosti, prevalence onemocnění, odolnost vůči nemocem) (Karabudak, Tas, Basbakkal, 2013), vliv prostředí a výchovy (hodnotová orientace, víra a náboženské vyznání) (Toumová, 2017).

Po výzkumné studii transkulturního ošetrovatelství vytvořili Irena Papadopoulos, Mary Tilky a Gina Taylor Model kulturní kompetence. Cílem autorek bylo prosadit transkulturní vzdělávání do profesní přípravy sester (Tóthová et al., 2010). Model se skládá z kulturního uvědomění, kulturních znalostí, dovedností a kompetence (Maňhalová a Tóthová, 2016). První fáze kulturního uvědomění zahrnuje sebeuvědomění, kulturní identitu, věrnost dědictví, egocentričnost (Papadopoulos, Tilky, Ayling, 2008), tradiční představy a etnohistorii (Tóthová et al., 2010). Kulturní znalosti představují druhou fázi, zahrnující zdravotní názory a chování, antropologické, socio-politické a biologické chápání, podobnosti a rozdíly, zdravotní nerovnosti (Tóthová et al., 2010). Třetí fáze modelu je kulturní citlivost, tedy empatie, důvěra, akceptace/přijetí, vhodnost, dovednosti mezilidské komunikace a bariéry kulturní citlivosti. Poslední fází jsou kulturní kompetence, zahrnující dovednosti hodnocení, diagnostické dovednosti, klinické dovednosti, výzvu a řešení předsudků, diskriminaci a nerovnosti (Papadopoulos, Tilky, Ayling, 2008).

Model kulturních kompetencí, který předpokládá, že poskytování zdravotní péče je proces, rozvinula doktorka Campinha-Bacote (Šedová, 2015). Tento proces od sester žádá, aby byly kulturně kompetentními (Uričková, 2010), proto obsahuje pět základních konstrukcí (Šedová, 2015). Jednou je kulturní přání, které by mělo vycházet od sestry a má zahrnovat touhu být otevřený a flexibilní ke všem. Druhou konstrukcí procesu je kulturní uvědomění, při němž dochází k uznání předsudků či předpokladů. Kulturní

vědomosti jsou označovány jako proces získávání informací, týkající se jednotlivých kulturních nebo etnických skupin a s tím související pochopení jejich názoru na svět (Uríčková, 2010). Kulturní dovednosti jsou podle Maňhalové a Tóthové (2016, s. 81): „*proces a schopnost získávání relevantních dat ke kulturně citlivému chování.*“ Poslední konstrukcí procesu je kulturní setkání, představující účast v multikulturních interakcích (Šedová, 2015).

Model Purnella prezentuje společnost, komunitu, rodinu, osobu (Šedová, 2015). Proto je znázorněn graficky ve tvaru kruhu, který je rozdělen na dvanáct kulturních domén, představující organizační strukturu modelu (Kutnohorská, 2013). Tyto domény jsou společné pro všechny kultury, subkultury a etnické skupiny. Slouží pro posouzení kulturních vlastností člověka, skupiny nebo rodiny. Domény se vzájemně propojují a mají tak vliv na zdraví (Uríčková, 2012). Šedová (2015) rozděluje dvanáct domén: přehled a dědictví, komunikace, rodina – role a organizace rodiny, problematika zaměstnanosti, biokulturní ekologie, vysoce rizikové chování, výživa, těhotenství a rodičovská praxe, smrt a s ní spojené rituály, spiritualita, zdravotnické praktiky, poskytovatelé zdravotnické péče. Podle Maňhalové a Tóthové (2016) má Purnellův model multidisciplinární uplatnění. Jeho využití je velmi snadné a vhodné pro sestry, lékaře i ostatní členy zdravotnického týmu.

1.2 Pojmy a východiska spjaté s kulturou

Sestra by měla uvedené termíny znát nejprve obecně, aby pak byla schopna je použít v určitém ošetrovatelském modelu ve specifickém zdravotnickém prostředí při poskytování ošetrovatelské péče pacienta s kulturními odlišnostmi (Mareš et al., 2011).

Původní význam etnika je kmen, národ, rasa (Mareš et al., 2011). Etnická skupina představuje určitou skupinovou sociální identitu, vycházející ze společného zázemí nebo původu národa (Tavallali, Kabir a Jirwe, 2014). Nynější definice označuje etnikum jako skupinu lidí, kteří sdílejí společnou kulturu, mluví stejným jazykem, mají stejný rasový původ a svoji etnicitu (Mareš et al., 2011). Etnicita je vztahována ke vztahům mezi skupinami, kdy členové určité skupiny považují příslušníky jiných skupin za kulturně odlišné (Kutnohorská, 2013). „*Etnicita je vzájemně provázaný systém kulturních (materiálních a duchovních), rasových, jazykových a teritoriálních faktorů, historických osudů a představ o společenském původu působících v interakci a formulujících etnické vědomí člověka a jeho etnickou identitu*“ (Kutnohorská, 2013, s. 17). Etnické vědomí neboli etnická identita jsou pojmy, které jsou reprezentovány

jako rozsah toho, co si jednotlivec uchovává – postoje, hodnoty, víru, způsob chování. Termín, který nelze opomenout, je etnické klima, vyjadřující postoj a představu společnosti o soužití s etnicky odlišnými komunitami. Etnocentrismus říká, že kultura konkrétní skupiny je v porovnání s ostatními kulturami nejlepší (Mareš et al., 2011).

Pluralismus je označován jako postoj nebo názor. Kulturní pluralismus přijímá a oceňuje soužití různých kulturních skupin, přičemž očekává, že vzájemné setkávání povede všechny k obohacení (Kutnohorská, 2013). Balvín (2012, s. 127) popisuje: „*Kulturní pluralita je teoretický princip, podle něhož se uznává, že jednotlivá společenství (národy, etnika, kmeny, rasy, náboženské skupiny) mají své specifické kultury, které je nutno považovat za zcela rovnocenné.*“

Multikulturní společnost je tvořena různými etnickými, sociálními a náboženskými podskupinami, které jsou spíše pasivně tolerovány, než aby byly respektovány a akceptovány. Na rozdíl od toho interkulturní společnost podporuje vzájemné vztahy mezi majoritou a minoritou. S tím je spjat respekt k odlišnostem, vzájemná tolerance, rovnost příležitostí apod. (Kutnohorská, 2008).

Minoritou charakterizujeme sociální skupinu, která je odlišná svou barvou pleti, jazykem, kulturou, pohlavím, náboženstvím. Lidé této sociální skupiny jsou často sociálně znevýhodnění, mají nižší společenský status, což je častějším důvodem diskriminace (Šedová, 2015). Majoritou rozumíme takovou skupinu, která má přístup k sociálním výhodám a užívá svou moc ke kontrole klíčových procesů v dané společnosti (Mareš, 2011).

Migrací rozumíme pohyb obyvatelstva, který může být legální i nelegální. Další související pojmy jsou imigrace – charakterizující přistěhovalectví obyvatelstva – a emigrace, což je termín, představující vystěhování obyvatelstva. Pohyb obyvatel, kdy dochází k emigraci a zpětné imigraci označujeme jako reemigrace. Jedince, který se nachází mimo svou vlast a vyžaduje zvláštní ochranu, nazýváme, z hlediska mezinárodního práva, jako uprchlíka (Bednářová, 2011).

Stereotypy vznikají již v dětství a představují jednotvárný, ustálený a navyklý vzorec chování a myšlení. Přenáší se z generace na generaci. Předsudky jsou označovány jako negativní stereotypy (Kutnohorská, 2013). Je to emocionální postoj, který je nepřátelský nebo nepříznivý vůči osobám, objektu určitého druhu nebo doktrínám. Předsudky jsou stavěné na iracionálním základě a racionální argumenty je nevyvrátí ani nezmění (Balvín, 2012). Etnofaulismy představují neoficiální označení

konkrétního etnického či národního společenství pro jiná společenství, např.: pojmenování Vietnamců jako „rákosníci“ (Kutnohorská, 2013).

Strach z cizinců – xenofobii – můžeme obecně označit jako mezilidskou nesnášenlivost nebo předsudky k lidem z jiné země (Bednářová, 2011). Rasismus představuje celou řadu jevů od stereotypů, předsudků, násilí, nadávek, postojů, názorů, až po politiku, teorii či ideologii o nerovnosti lidských „ras“ (Kamín, 2011). Diskriminace znamená rozlišování, vyřazování ze společnosti či pronásledování (Zahradníček, 2013). Podle Balvína (2012) je to neuznávání rovnosti, postavení ve společnosti. Může se projevat v oblastech pohlaví, orientace, národnosti nebo sociální a etnické příslušnosti.

1.3 Ošetrovatelská péče v multikulturním / transkulturním ošetrovatelství

Jestliže mají zdravotničtí pracovníci vykonávat práci s pacienty různých minoritních skupin na všech úrovních s respektem a účinně, je nutné, aby měli přijatelné dovednosti a vědomosti o poskytování kulturně diferencované péče. Na základě dosažených vědomostí a dovedností pak pracovníci mohou poskytovat zdravotní péči na profesionální úrovni, která je kulturně citlivá, kulturně vhodná a kulturně kompetentní (Tóthová et al., 2010). Multikulturní péče je vnímána jako součást celoživotního vzdělávání zdravotnického personálu v závislosti na imigračních proudech dané oblasti. Představuje významnou součást zdravotnictví, která respektuje přesvědčení, hodnoty a zvyklosti jednotlivců či skupin z různých kulturních prostředí (Saadouni, 2008). Saadouni (2008, s. 16) cituje výrok Madelaine Leininger: *„Pokud mají lidé přežít a žít ve zdravém, pokojném a smysluplném světě, pak musí zdravotničtí pracovníci pochopit jejich různé kulturní přesvědčení, kulturní hodnoty a životní styl, aby byli schopni poskytovat kulturně uzpůsobenou prospěšnou zdravotní péči.“* Zdravotničtí pracovníci se v minulosti nejvíce setkávali s příslušníky římskokatolické církve, Českobratrské církve evangelické nebo se Svědky Jehovovými. Kvůli postupně otevírajícím se hranicím a tedy zvýšením migrace se ve zdravotnických zařízeních začínají objevovat stále častěji pacienti, kteří se otevřeně hlásí k islámu, judaismu, buddhismu nebo hinduismu (Saadouni, 2008). V ošetrovatelské péči se objevují různé rituály, tradice, modlení, které mohou a nemusí škodit. Není možné souhlasit například s třídním náboženským půstem dodržovaným v nemocnici, avšak muslimové přiznávají, že jsou v případě nemoci dietního opatření zproštěni (Dvořáková a Semínová, 2012).

1.4 Islám

Islám je náboženství, jehož vyznavači jsou muslimové (Kutnohorská, 2013). Za náboženské předměty považují modlitební koberec a posvátnou knihu Korán, na které se nesmí nic pokládat a nesmí se jich dotýkat nikdo, kdo by měl ruce znečištěné krví nebo močí. Někteří muslimové na sobě nosí amulet, což je černá stuha, zlatý nebo stříbrný řetízek, na němž jsou napsány citáty z Koránu (Králiková, 2008). Stejně jako Korán, tak i Bible prohlašují svou boží autoritu. Muslimové vnímají Korán jako slova samotného Alláha – všemocného Boha, jenž svou knihu předal v 7. století proroku Mohamedovi. Křesťané a židé pohlížejí na biblický text jako na slova boží (Kutnohorská, 2013). Muslimské menšiny nalezneme v evropských zemích hlavně ve Francii, Německu, Rusku, Nizozemsku, Španělsku, Švédsku a Velké Británii (Kadlecová, 2014). Na území České republiky se při sčítání lidu v roce 2011 hlásí k islámu 1 921 obyvatel – na celkový počet obyvatel 10 436 560 (ČSÚ, 2011a). Islám je druhé největší náboženství světa a na světě je přibližně něco kolem 1,2 miliardy muslimů. Rozděluje se do tří hlavních proudů: sunnismus – 83 %, šiismus – 16 %, charídžismus – 1 % (Kadlecová, 2014).

Každý muslim musí dodržovat soubor rituálních povinností neboli pět sloupů či pilířů islámu (Rolantová, 2012a). Muslimové jsou učeni, že první povinností islámu je „šaháda“, tedy vyznání víry (Self, 2008). Toto vyznání šeptá do ucha syn umírajícímu otci a otec narozenému synovi (Hájek a Bahbouh, 2016), jako ukazatel muslimské identity (Shaw, 2012). Člověk se stává muslimem, jestliže toto vyznání pronese dvakrát před alespoň dvěma svědky. Šaháda zní: *„Vyznávám, že není Boha, kromě Boha a Muhammad je posel Boží“* (Hájek a Bahbouh, 2016, s. 18). Mrtvé dítě nebo dítě, které přestalo dýchat, nemůže dostat toto vyznání a nemůže tak dostat „Janazzu“ (muslimský pohřeb), s čímž souvisí nemožnost pohřbení dítěte v muslimské části hřbitova (Shaw, 2012). „Salát“ neboli modlitba, přesněji stanovený soubor každodenních modliteb, je druhým pilířem islámu (Rolantová, 2012a). Modlitba se provádí směrem k Mekce na koberečku ve stavu rituální očisty a to pětkrát denně, tedy při úsvitu, v poledne, odpoledne, při západu slunce, po západu slunce (Hájek a Bahbouh, 2016). Třetím pilířem islámu je almužna neboli dobročinnost nazývaná jako „zakát“ (Rolantová, 2012a). Čtvrtým pilířem islámu je „saum“, tedy půst v měsíci Ramadámu (Self, 2008). Posledním pátým pilířem každého muslima, je pouť do Mekky a to alespoň jednou za život a v případě že mu to jeho zdravotní stav a finanční poměry dovolí. Tato povinnost je označována pojmem „hadždž“ (Rolantová, 2012a).

Očista muslimů je nutná před každou jejich modlitbou. Jestliže nemá věřící při ruce vodu, může být k omývání použit písek. Velké mytí se provádí po pohlavním styku, menstruaci, porodu nebo ve výjimečné situaci jako je přerušeni půstu. Při velkém mytí musí být umyto celé tělo. Malé mytí značí umývání rukou, úst, nosních dírek, obličejů, uší, předloktí, hlavy a chodidel (Kutnohorská, 2013). To se provádí po lehkém znečištění, které je způsobeno nevhodným dotykem nebo výkonem činnosti mezi modlitebními časy (Hájek a Bahbouh, 2016). Žena je zproštěna rituální modlitby 10 dnů po porodu a 5 – 7 dní po menstruaci. Je to doba, která je nutná pro její „očistění“ (Králíková, 2008). V průběhu menstruace žena nesmí mít sexuální styk. V případě poutě do Mekky může žena požádat lékaře o prostředky k oddálení menstruace. V otázce antikoncepce jsou muslimové v názorech rozdílní a liší se stát od státu (Hájek a Bahbouh, 2016).

V islámu znamená příjem stravy společenskou událost. U jídla se setkává celá rodina, i pokud je rodinný příslušník v nemocnici. Chtějí zabránit tomu, aby jejich příbuzný musel jíst sám. Často chtějí nemocnému vařit sami. Souvisí s tím obavy z pozření Koránem zakázaného jídla (Králíková, 2008). Odmítají vepřové maso, pokrmy připravené na sádle nebo na alkoholu i samotný alkohol (Saadouni, 2008). Sestra by měla při sestavování jídelníčku dávat přednost drůbežimu a hovězímu masu a vyvarovat se masu mletému. Jednou z variant pro muslimy, v průběhu hospitalizace, je vegetariánská strava (Králíková, 2008). Největším muslimským svátkem je měsíc Ramadám, který připadá na 9. měsíc islámského roku. V průběhu tohoto svátku muslimové nesmí od východu do západu slunce po dobu celého měsíce, tedy 28 – 30 dní, nic jíst, pít, kouřit, a mít pohlavní styk. Oslava se koná na počest toho, že Mohamed v tomto měsíci obdržel první boží zjevení (Kadlecová, 2014). Půst je povinný pro každého zdravého jedince. Zproštění jsou pouze děti před věkem puberty, mentálně zaostalí jedinci, jedinci s akutními zdravotními obtížemi, velmi staří a oslabení jedinci a jedinci s chronickým onemocněním, jimž by mohl půst zhoršit zdravotní stav (Hájek a Bahbouh, 2016). Půst je zakončen tím, že se navštěvují příbuzní a obdarovávají se sladkostmi. Muslimové nevidí souvislost mezi špatnou stravou a onemocněním a také nejsou přesvědčeni o tom, že by dieta mohla pomáhat k uzdravení, proto nařízenou dietu nedodržují. V domácím prostředí ji ani dodržovat nemohou, jelikož by nepřijali pohoštění u hostitele, kterého by tím urazili (Kadlecová, 2014).

Muslimské děti jsou vychovávány volným způsobem. Vzhledem k tomu, že se spoléhají na ochranu svých dospělých příbuzných, mohou působit poněkud drze

(Králíková, 2008). Rodiče a děti jsou vázáni vzájemnými závazky. Rodiče se mají postarat o duchovní blaho dětí, jejich vzdělávací potřeby a přebírají odpovědnost za zdraví svých potomků. Od těch se naopak očekává láska, úcta a oddanost rodičům (Rolantová, 2012a).

1.4.1 Ošetrovatelská péče o muslimského pacienta

Muslimové upřednostňují porod doma, kvůli vykonávání všech ceremonií. Jedním ze zvyků je „taweez“ – zvyk dodržován především na indickém kontinentu, v Saúdské Arábii je zakázán. Značí přivázání amuletu ve formě černé šňůrky se sáčkem, který obsahuje modlitbu, na krk či zápěstí novorozence. Jeho sundání je povoleno jen v případě resuscitace nebo operačního výkonu. „Aqíqa“ značí obětování ovce po narození dítěte. Maso z ovce je rozdáváno rodině a nemajetným lidem z okolí. Posledním ceremoniálem je holení vlásků. Protože se podle muslimů rodí dítě bez viny nebo bez dědičného hříchu, zbavují dítě vlásků, které vyrostly během nitroděložního vývoje. Je to symbol nevinnosti. Podle jejich hmotnosti by měla rodina stejnou hodnotu stříbra dát na charitativní činnost (Hájek a Bahbouh, 2016). Po narození dítěte pošeptá otec do ouška „šahádu“ (viz kapitola 1.4). Tradice porodu vyžaduje dítě nejprve vykoupat a až poté ho podat matce (Saadouni, 2008). Před prvním kojením se dítěti vkládá do úst rozmělněný kousek mandle či med, jako symbol sladkosti života. Doporučení Koránu říká, že by mělo být dítě kojeno dva roky. Jelikož není nutné dodržet doporučení Koránu a v současnosti to není možné tak dlouho kojit, většinou dochází k odstavení dítěte v 3. – 5. měsíci. Kojení nad šest měsíců vyžaduje suplementační doplňky, jinak dochází k sideropenické anemii z nedostatku železa nebo rachitidě z nedostatku fosfátů a vápníku. Obřízka je v islámu schválena. Jako důvod uvádějí muslimové možnost znečištění při modlitbě (Hájek a Bahbouh, 2016). Podle Králikové (2008), která působila jako vojenská sestra v Bosně a Hercegovině a v Iráku, mají děti – stejně jako dospělí – snížený práh bolesti. V její praxi podávali dětem Dormicum ústy, u menších dětí nosem a dávkování bylo podle věku dítěte předepsáno lékařem.

V době nemoci je pro každého muslimského pacienta, dospělého i dítěte, velkou oporou rodina. U muslimských pacientů se setkáváme s doprovody rodinných příslušníků k lékaři nebo na vyšetření. Ženy jsou doprovázeny manželem, otcem, bratrem či nějakou ženou z rodiny. Dítě je doprovázeno bratrem nebo otcem a při hospitalizaci s dítětem zůstává nějaká žena z rodiny. Muslimská žena jako pacientka

musí mít k vyšetření u lékaře souhlas od manžela. Islám má velmi přísná pravidla, týkající se jakéhokoliv kontaktu s opačným pohlavím, proto by měla pacientku muslimku ošetřovat žena. Jestliže to není možné a musí ji ošetřit muž, pak je nutná přítomnost manžela nebo nějaké ženy z rodiny (Králíková, 2008). Na pitvu převládá negativní názor, tedy dovolena není. Důvodem je prodlužování času od smrti do pohřbení zesnulého. V případě úmrtí je dle islámských pravidel povinné umytí těla a jeho obalení plátnem, dále dochází k recitaci modliteb (Shaw, 2012). Na transplantaci převládá více názorů. Spíše se ale muslimové přiklání k odmítání transplantace. Vysvětlením je, že život je svěřen do rukou Alláha (Hájek a Bahbouh, 2016). U dítěte závislého na intenzivní péči je odvolání podpory života, z hlediska náboženství, bezpodmínečně špatné (Shaw, 2012).

Potrat je v Islámu zakázán (Shaw, 2012), a to i při sdělení nepříznivé prenatální diagnózy. V muslimských zemích je větší množství handicapovaných dětí a povolené pokrevní příbuzenské vztahy v manželství k tomuto stavu jen přispívají. V muslimských komunitách je handicapované dítě považováno za vůli Alláhovu, Alláhovu zkoušku jinde jako trest Alláha za předchozí hříchy rodičů (Hájek a Bahbouh, 2016).

1.5 Svědkové Jehovovi

Vznik celosvětové náboženské společnosti se váže ke konci 19. století v USA (Černá Pařízková, 2015a). Svědkové Jehovovi jsou označováni jako křesťanská víra (Bai et al., 2016) a své učení opírají o vlastní překlad Bible (Černá Pařízková, 2015a). Řadí se mezi tzv. nová náboženství. Často jsou označováni jako sekta, což vede k negativnímu postoji ze strany veřejnosti (Hladká a Bártová, 2014). Dle ČSÚ je k roku 2011 registrováno přes třináct tisíc obyvatel hlásících se k této náboženské skupině (ČSÚ, 2011b). Uctívají jediného pravého Boha – Jehova, který je zároveň všemohoucím stvořitelem. Dále uctívají celou Bibli, ale nejsou přesvědčení o jejím doslovném překladu od začátku až do konce, některé věci v ní zapsané vnímají symbolicky. Neuznávají kříž ani žádné jiné symboly. Boha uctívají tím, že se k němu modlí, čtou a studují Bibli, schází se, aby se společně modlili, studovali Bibli a mluvili o tom, čemu věří, pomáhají lidem v nouzi, staví Sály království, sloužící k podpoře jejich vzdělávací činnosti a organizují humanitární pomoc při katastrofách (JW. ORG, 2018a). Duše pro ně představuje životní sílu či princip, přičemž v době úmrtí zemře tělo a s ním přestane existovat i duše. Odmítají i existenci pekla. Odmítají slavit svátky, narozeniny a Vánoce (Klánová, 2009). I když Bible slavení narozenin výslovně

nezakazuje, Svědkové Jehovovi jsou přesvědčení o tom, že se takové oslavy Bohu nelíbí. Dle Bible je důležitější den smrti než narození (JW.ORG, 2018b). Neslavení Vánoc odůvodňují tím, že ani Ježíšovi apoštolové a první učedníci je neslavili a zároveň neexistuje důkaz o datu Ježíšova narození (JW.ORG, 2018c). Na dodržování biblických norem je kladen velký důraz. To se týká sexuální mravnosti, osobní poctivosti a věrnosti v plnění manželských a rodinných odpovědností (Klánová, 2009). Svědkové Jehovovi naopak odmítají předmanželský sex, potraty (výjimkou je pouze mimoděložní těhotenství), dále kouření a drogy. Antikoncepce v manželství není zamítána a je doporučován zdravý životní styl (Schwarz, 2008).

1.5.1 Ošetřovatelská péče o pacienta – Svědka Jehovova

Svědkové Jehovovi jsou typičtí svou zdravotní disciplínou, kdy se snaží a usilují o dobré vztahy mezi pacientem a lékařem (Schwarz, 2008). Odběry krve berou Svědkové Jehovovi jako sání duše a proto, ačkoliv se odběry u jejich pacientů vykonávaly každý den, u této skupiny lidí sestry odebíraly krev pouze jednou týdně a to do speciálních malých zkumavek (Zapletalová, 2015). V klinické praxi nastávají situace, kdy tito pacienti odmítají z náboženských důvodů krevní transfuzi a to i v případě rizika smrti (Pařízková, Seidlová, Černý, 2015). Nepřijímání krve se dle biblické podstaty týká pouze potravy. Nekonzumovali tak maso z nevykrváčeného zvířete a pokrmy, do kterých byla krev přidávána. Jde o otázku, zda je „pojídání“ krve ekvivalentem transfuze krve (Černá Pařízková, 2015a). Dle jejich přesvědčení není správné přijmout homologní nebo autologní celou krev, koncentrované červené krvinky, bílé krvinky nebo krevní destičky (Szárszoi et al., 2011). Důvod nepřijímání krevní transfuze plyne jak ze Starého, tak z Nového zákona, kde je jasný příkaz zdržování se krve. Boží pohled na krev představuje život, a protože Boha ctí, tak ho zároveň poslouchají (JW. ORG, 2018d). Přijetí krve pro pacienta – Svědka Jehovova, značí riziko vyloučení z komunity ostatních členů náboženské skupiny, což je pro něj nejdůležitější sociální skupina, s tím souvisí i vyloučení z rodiny (Černá Pařízková, 2015b). Je zajímavé, že v současnosti Svědkové Jehovovi neodmítají transplantace orgánů, a to ani kostní dřeně, kde se vyskytuje velké množství zárodečných, ale i zralých krevních elementů, což se zdá poněkud nelogické. Dříve byla transplantace považována za kanibalismus (Černá Pařízková, 2015a). V roce 2004 správní rada Svědků Jehovových dovolila užívání frakcí základních krevních složek (Bai et al., 2016), jako jsou albumin, imunoglobuliny, fibrinogen – Příloha 4 (Černá Pařízková,

2015a). Svědkové Jehovovi jsou rizikovou skupinou pacientů vzhledem k jejich postoji k transfuzím (Koudela, Pilka, Hansmanová, 2013). Lékař, sestra a celý zdravotnický tým pak stojí před rozhodnutím, zda v souladu se správným medicínským postupem zachránit život pacientovi takovým výkonem, který pacient předtím s formálně právní úpravou odmítl (Uherek, 2013). Uherek (2015) popisuje, že právo na život je ze systematického hlediska nadřazeno právu na osobní svobodu. Zmiňuje i důležitost trestního zákona, považující za trestný čin vraždu, ublížení na zdraví a napomáhání k sebevraždě. Černá Pařízková a Mach (2016) popisují tuto problematiku u nezletilého pacienta, kdy se v případě nutnosti podá krevní transfuze vždy a to bez ohledu na stanovisko zákonných zástupců či samotného pacienta. Klánová (2009) dodává, že Svědkové Jehovovi u sebe nosí kartu s názvem „žádnou krev“ s úředně ověřeným podpisem a tímto dokumentem jsou vybaveny i děti. Povinností celého zdravotnického personálu, včetně sestry, je hájit zájem dítěte a jeho zdraví před zájmem rodičů. Pokud dojde ke spornému případu, zdravotník si může vyžádat ve prospěch dítěte předběžné soudní opatření. Černá Pařízková (2015b) udává, že při poskytování ošetrovatelské péče nezletilému pacientovi je třeba vždy znát jeho názor na poskytování zdravotní péče, jestliže je to přiměřené rozumové a volní vyspělosti jeho věku. To samé popisuje Klánová (2009) – pokud například šestnáctileté dítě bude péči odmítat, je zákonem stanovené, že platí možnost rozhodování u jedinců, kteří jsou rozumově vyspělí, posoudit nezbytnost výkonu, což šestnáctiletý jedinec je. Dále ale popisuje, že i diskuze akademiků se shodla na názoru, že v situaci ohrožení života je lékař povinen jednat v souladu s profesní mravností, a tedy pomoc poskytnout. Nevylučuje se však trestní stíhání či občanskoprávní žaloba za úhradu škody. Černá Pařízková (2015b) zmiňuje, že státy, které jsou smluvní stranou Úmluvy o právech dítěte (104/91 Sb.), v nejvyšší možné míře zabezpečují zachování života a rozvoje dítěte. Dále popisuje rozhodnutí Ústavního soudu, který dospěl k závěru, že ochrana zdraví a života dítěte představuje dostatečný důvod zásahu do rodičovských práv, protože jde o hodnotu, která je v systému základních práv a svobod jasně prioritní.

1.6 Romové

Romové jsou menšinovou skupinou, označující se za jednu z největších a nejzranitelnějších v Evropě. Představuje 10 - 20 milionů obyvatel (Cook, 2013), z toho přibližně 7 - 9 milionů ve státech střední a východní Evropy (Rechel et al., 2009). V ČR se dělí dle svého původu do pěti subetnických skupin: slovenští, maďarští,

moravští, olašští a Sinti (Šlechtová a Bürgerová, 2009). Romové migrovali z indických oblastí pravděpodobně ve dvou vlnách – v 3. – 5. století a v 9. – 10. století (Kaleja a Knejp, 2009). Za druhé světové války byli čeští Romové, tedy původní romští obyvatelé našeho území, téměř vyhlazeni (Olišarová a Kajanová, 2015). Nejvíce Romů pak přišlo do České republiky ze Slovenska po roce 1945 (Horáková, Procháska a Pekara, 2011). Nejstarší písemné doklady o romském obyvatelstvu pocházejí z perské říše, tedy území dnešního Íránu (Kaleja a Knejp, 2009). Tuto etnickou skupinu můžeme znát pod pojmem Romá, Kalé, Sinti, manouši, kočovníci, Romové či cikáni. Po staletí se potýkají s pronásledováním a sociálním vyloučením. Po druhé světové válce se v Evropě zlepšily podmínky Romů, ale i přesto je sociální marginalizace a diskriminace stále viditelná (Djurovic et al., 2014). Jejich jazykem je romština, a proto často neovládají spisovný český jazyk a dochází tak k jazykové bariéře (Horáková, Procháska, Pekara, 2011). Mnoho Romů žije ze sociálních dávek a nejsou zaměstnaní, ti, kteří tu žijí déle, se zadaptovali (Bouzek, 2008). Oficiální statistiky uvádějí nedokončené základní vzdělání až u 20 % romské populace, s čímž souvisí i nezaměstnanost, která je u Romů 80% (Šlechtová a Bürgerová, 2009).

Rodina je pro Roma základní institucí a má pro něj nejdůležitější a největší hodnotu (Davidová a Uherek, 2010). Kober, Kovalčíková, Siska (2011) uvádí, že v romské hierarchii má největší hodnotu život a hned vedle toho rodina a patriarchální postavení rodiny. Horáková, Procháska, Pekara (2011) se názorově shodují, že muž rozhoduje, nese zodpovědnost za rodinu a je nositelem prestiže. Naopak žena svého muže poslouchá a jejím úkolem je vychovávat děti a zabezpečit chod domácnosti. Dívky se vdávají velmi mladé, často za muže, kterého jim vyberou rodiče. Těhotná žena přináší štěstí, není proto výjimkou těhotenství ve 14, 15 nebo 16 letech dívky. Založením rodiny končí dětství. Bouzek (2008) dodává, že rodiny drží pohromadě a Romové si jsou schopni vážit svých starých lidí více než my.

Romové se od majoritní společnosti liší svými osobnostními vlastnostmi. Jsou emocionálně založeni, což ovlivňuje jejich myšlení a uvažování. Vyznačují se osobnostními znaky jako je výbušnost, snížené sebeovládání, neschopnost dodržovat omezení a přecitlivělost. Kladou důraz na kolektivismus v jejich skupině, proto jsou známí svou vzájemnou soudržností a solidaritou. Pro jejich životní styl je typická nepravidelnost. Je nutné, aby sestra všechny tyto aspekty zohlednila při komunikaci a poskytování ošetrovatelské péče (Kober, Kovalčíková, Siska, 2011). V komunikaci je důležité, aby se sestra orientovala na nejvážnější a nejstarší osobu z rodiny přesněji

řečeno muže – a to proto, že romská kulturní tradice si zakládá na úctě mladších ke starším (Šlechtová a Bürgerová, 2009). Plánování dopředu je pro Romy velkým problémem, žijí konkrétním dnem či týdnem (Bouzek, 2008). Proto tedy nemyslí na budoucnost. Plánování považují za zbytečnou aktivitu, proto je jejich základní filozofií orientace na současnost (Šlechtová a Bürgerová, 2009).

Stravování Romů podléhá určitým pravidlům. Pokrmy jsou připravovány v nádobách tomu určených, ty nesmějí být užívány na nic jiného. Nespotřebované jídlo vyhazují. Aby se ti, co jí, cítili dobře, musí mít hospodyně dobrou náladu. Typická jídla Romů jsou například holubki (plněné zelné listy), mačanka z masa (polévka), bramborový guláš či štrúdl po Maďarsku. Romové nejí ohřívána jídla, jídlo, které upadlo na zem či do něj spadl vlas a také koňské maso, protože kůň je pro ně posvátné zvíře. Naopak se vyznačují nadměrnou konzumací kávy a tučných jídel (Nováková, 2012).

1.6.1 Ošetrovatelská péče o romského pacienta

Je všeobecně známé, že přístup Romů ke zdravotní péči je horší než u ostatního obyvatelstva (Kober, Kovalčíková, Siska, 2011). Mezi nejdůležitější překážky, kterým čelí romské děti při přístupu ke zdravotnickým službám, patří chudoba, administrativní a geografické překážky, nízká úroveň vzdělání rodičů (Rechel et al., 2009). Djurovic et al. (2014) popisují, že výzkumy, které se zabývají zdravotními problémy romské společnosti, naznačují spojitost nízkého ekonomického postavení a jejich celkový špatný zdravotní stav. Kober, Kovalčíková, Siska (2011) uvádí, že na špatný zdravotní stav mohou mít vliv špatné stravovací návyky romské společnosti, které jsou pro ně sice typické, ale také tomu přispívá vliv sociálně – ekonomických podmínek. Dle výzkumu Rechel et al. (2009) navštívila polovina romských rodičů lékaře, až když bylo dítě vážně nemocné, přičemž hlavní důvod byl, že nemohli platit za zdravotnické služby nebo léky. Hudáčková et al. (2010) uvádí, že Romové prevenci spíše podceňují. Dle Šlechtové a Bürgerové (2009) přestanou po ústupu symptomů dodržovat veškerá léčebná opatření. Z jejich pohledu totiž choroba pominula.

Narození dítěte je velkou událostí. Důležitá je první koupel. Aby bylo dítě bohaté, vkládají sem Romové peníze, Olašští Romové zlato. Pak dítě podrží nad ohněm, očistí a ukážou otci, který ho svým polibkem přijímá za své. Romové věří, že dítě by mohla ukrást zlá čarodějnice a vyměnit ho za ošklivé a zlé. Proto je nejvíce zranitelné do křtu a jako ochranu mu dávají pod polštář hřeben či jiný kovový předmět a na ruku

se mu přivazuje červená stuha nebo korálky (Nováková, 2012). Romský způsob víry neboli jejich zvyky, obřady a náboženství nejsou evropské, nicméně se v rámci středoevropského kulturního prostoru nejvíce přiklání k vyznání římskokatolickému (Ševčíková, 2012).

Ošetřování romského pacienta je pro zdravotníky, zejména sestru, náročné. Romové mají značný strach ze smrti. Často a nahlas nařikají (Kober, Kovalčíková, Siska, 2011). Dále mají problém s dodržováním hygienických standardů, obtížně dodržují užívání farmak a léčebný režim, s tím souvisejí početné a hlučné návštěvy mimo návštěvní hodiny. Nespokojenost dávají najevo agresivitou. Nemají důvěru ke zdravotnickému personálu (Horáková, Procháska, Pekara, 2011). Proto by se sestra měla snažit o získání důvěry romského pacienta i jeho rodiny, vnímat verbální i neverbální komunikaci, respektovat jejich emoce, být trpělivá, neočekávat okamžitý výsledek a kritiku používat jen v soukromí, ne před rodinou. Sestra by také měla důležitá rozhodnutí, týkající se ošetrovatelské péče, konzultovat s autoritou rodiny (Kober, Kovalčíková, Siska, 2011). Nejvíce zvyků si Romové uchovali při umírání. Zesnulému dávají do rakve oblíbené předměty, například dýmku, cigarety, šperky, osobní věci apod., aby zesnulému zpříjemňovaly pobyt na onom světě a aby neměl důvod se vracet. Romové věří, že se duše zemřelého promění v ducha a spolu s předky odchází na onen svět. Před posledním vydechnutím zakrývají všechna zrcadla, aby uchránili živé před duchy mrtvých. Romové odebírají umírajícím polštář a peřinu, ženám rozpouští vlasy a odebírají jim šperky. To vše proto, aby se duše lépe odpoutala od těla (Nováková, 2012).

1.7 Vietnamci

Již několik desítek let pobývají Vietnamci na území České republiky (Hofírek a Nekorjak, 2009). Začátky vietnamské migrace se datují od 50. let 20. století (Martínková, 2008). Značný počet Vietnamců na území České republiky vyplývá z jejich pozitivních zkušeností před rokem 1989 a taky dalších imigračních opatření v následujících obdobích (Martínková a Pechová, 2011), kdy byla uzavřena smlouva o vědecko – technické a kulturní spolupráci mezi Vietnamem a Českou republikou (Vacková a Záleská, 2016). Migrace Vietnamců začala již v roce 1956, kdy nejprve přicházeli příslušníci dané skupiny za studiem a dělníci, kteří zde zůstali žít a založili rodiny. Po roce 1989 pak přicházeli Vietnamci z Německa, Polska a Maďarska, později

i ze Slovenska (Kutnohorská, 2013). Jsou pilní a patří k bohatším lidem v České republice (Bouzek, 2008).

Přestože mají Vietnamci velkou potřebu udržování rozsáhlých společenských vztahů a společenského života (Martínková, 2009), v ČR jsou typičtí svou uzavřeností do sebe, což může způsobovat jazyková neznalost, kulturní odlišnost nebo plné pracovní nasazení (Vacková a Záleská, 2016). Protože jsou uzavřenou skupinou, nepronikneme k nim snadno (Bouzek, 2008). Vietnamci, kteří k nám přijíždí, zažívají velký kulturní šok (Kutnohorská, 2013). Pro vietnamské děti není život v ČR snadný, zpočátku mívají problémy v českém jazyce. Poté začínají ve škole vynikat, jsou velmi snažliví a mají dobré výsledky (Tóthová et al., 2010). Podle Vackové a Záleské (2016) se adaptují velmi rychle, především když na daném území studují. Zajímavý moment zachytila při výpovědi Vietnamců z ČR a Polska Martínková (2008), kdy oba použili na své děti metaforu „banánové děti“, to znamená zvenku žluté, uvnitř bílé. Ve Vietnamu nalezneme hned několik proudů víry – buddhismus, taoismus, konfucianismus a křesťanství (Plevová et al., 2011). V České republice jsou Vietnamci především vyznavači buddhismu (Kadlecová, 2014).

Životní prioritou je pro Vietnamce rodina (Martínková, 2009), která je chápána velmi široce (Kutnohorská, 2013) a je charakterizována pevnějšími svazky než u nás (Bouzek, 2008). Jako významnou hodnotu uznávají skromnost a pokoru (Plevová et al., 2011). Každé dítě má odpovědnost za péči o rodiče v nemoci a stáří. Proto má mít úctu ke svým rodičům, a pokud by někdo neměl rodinu na prvním místě, úctu ztrácí. Hlavou rodiny je muž. I když mají ženy stejná práva, jsou muži upřednostňováni (Kutnohorská, 2013). Vacková a Záleská (2016) také uvádí, že hlavou rodiny je muž, avšak v praxi je spíše vyzdvihována žena, která bývá často v řídicích a vysokých funkcích. Martínková (2009) se shoduje a vysvětluje, že hlavu rodiny – muže – kdysi určilo konfuciánství, přičemž žena měla ve společenském systému významnější postavení, díky tomu, že výrazně přispívala do rodinného rozpočtu. Žena má tedy důležité postavení, nicméně poslední slovo musí mít muž, alespoň formálně.

Vietnamci jsou velmi tolerantní (Kadlecová, 2014) a dodržují pravidla slušného chování, které může na české občany působit nepatřičně (Vacková a Záleská, 2016). V jejich komunitě je důležitá zdvořilost, proto bychom měli být zdvořilí i my k nim (Bouzek, 2008). Neslušné je pro ně vyvolávat konflikty (Vacková a Záleská, 2016). Je nevhodné, aby se muž dotýkal cizí ženy a cizí muž vietnamské ženy (Kutnohorská, 2013). Muži se často na veřejnosti, jako projev přátelství, drží za ruce. Při pozdravu

mají spojené ruce a lehce se ukloní (Plevová et al., 2011). Jestliže podávají ruku, druhá ruka přitiskne tu podávanou. Věci jsou podávány oběma rukama. Gesto, které vypadá jako vyhánění, značí přivolání, tedy hřbet ruky nahoru a pokyvování jím (Kutnohorská, 2013). Hlava je pro ně posvátné místo, protože ji považují za sídlo duše a doteky jsou nechtěné (Kadlecová, 2014). Výjimkou jsou rodiče, kteří děti po hlavě hladí (Kutnohorská, 2013). Úsměv značí slova: omlouvám se, ahoj a děkuji (Plevová et al., 2011). Přímý oční kontakt je stejně jako smrkání na veřejnosti nezdvořilý. Nepřípustné je i líbání na veřejnosti. Při návštěvě v jejich domě je vhodné donést dar, nikoli květiny, zásadně ne červené. Pohostinství patří mezi ctnosti slušného chování (Kutnohorská, 2013).

Vietnamci jí 3x denně, přičemž jsou jejich pokrmy sestavené zejména z rýže a listové zeleniny. Sůl se objevuje minimálně, nicméně díky pestrosti koření a bylin je tato ingredience dostatečně nahrazena (Kadlecová, 2014). Vietnamská kuchyně zpracovává maso vepřové, kuřecí, králičí i zvěřinu, dále i kraby, úhoře, sépie a další mořské plody. Výjimkou není maso psí, myší, hadí, kočičí, žabí nebo slepičí pařáty (Tóthová et al., 2010). Vietnamci pijí hodně, ale nikdy nepijí nic studeného, nejraději čaj nebo vodu pokojové teploty (Kadlecová, 2014). Tradiční vietnamské jídlo je slaný koláč z lepkavé rýže, který se plní fazolemi, zabalený do zelených listů a omotaný bambusovými třískami. Významnou roli ve stravování hraje ovoce a zelenina (Plevová et al., 2011). Mlaskání a říhání je symbolem spokojenosti a vyjádřením pochvaly hostiteli (Kutnohorská, 2013).

1.7.1 Ošetřovatelská péče o vietnamského pacienta

Nejčastěji se ve zdravotnictví setkáváme s dětmi, a to nejen v rámci preventivních prohlídek. Vietnamec – ať už dítě či dospělý je v roli pacienta velmi trpělivý. Ke zdravotnickému personálu se chová s respektem a často přichází s tlumočnickem (Plevová et al., 2011). Z hlediska dochvilnosti jsou spolehliví. Opatrnost je třeba dodržovat v intimních otázkách. Při vyšetření by sestra měla vysvětlit, že jsou to otázky, potřebné ke zjištění anamnézy. Důležité je dbát na zpětnou vazbu, protože mohou přikývnout, ale nemusejí souhlasit. Protože sami nic nehlásí, je důležité, aby se sestra ptala, zda je něco nebolí apod. (Kutnohorská, 2013). Na rozdíl od jiných společenských skupin není třeba brát na Vietnamce ohled z hlediska stravování (Kadlecová, 2014). Bez konzultace s rodinou není vhodné říkat pacientovi závažnost jeho stavu (Kutnohorská, 2013). Zdravotní péče Vietnamců v ČR se poskytuje na

základě zdravotního pojištění podle čl. 31 Listiny základních práv a svobod. Jestliže se osoba neúčastní zdravotního pojištění, je povinna zdravotní péči uhradit (Tóthová et al., 2010).

1.8 Buddhismus

Vznik Buddhismu se datuje přibližně k 6. století př. n. l. na území severní Indie. Dělí se na několik škol, mezi nimiž jsou velké rozdíly. Hinajána neboli Malé vozidlo je první a nejstarší směr (Rolantová, Michálková, Tóthová, 2011). Théraváda, přesněji „učení starších“, zahrnuje Buddhovo učení, které je historicky nejstarší. Je rozšířeno především v jižní části Asie (Honzík, 2010). Další je Mahajána neboli Velké vozidlo (Holba, 2014). V 7. století, kdy se buddhismus dostal do Tibetu, došlo k vzniku Vadžarjány (Honzík, 2010) – doslova Diamantové vozidlo či cesta – a je to nemladší směr buddhismu (Rolantová, 2012b). Buddhismus je čtvrtým nejrozšířenějším náboženstvím světa (Rolantová, Michálková, Tóthová, 2011). Je to náboženský i filozofický systém zároveň (Tóthová et al., 2010). Toto značně otevřené náboženství má mnoho variant, ve kterých je všeobecně uznávaná potřeba sebezdokonalování prostřednictvím meditací. Věří v reinkarnaci, tudíž jeden život je pouze úsekem cesty lidské duše. Jestliže má někdo těžký život, pravděpodobně si to způsobil sám svými hříchy z předchozí inkarnace a současné utrpení vede k příští lepší inkarnaci (Bouzek, 2008). Zakladatelem tohoto systému je Siddhárta Gautama (Tóthová et al., 2010), jenž se narodil před 2560 lety (Rolantová, 2012b). Byl princem, který vyrůstal v bohatém království. Po jeho narození povolal otec astrology, kteří mu předpověděli dvě možné budoucnosti prince: jestliže zůstane doma, stane se monarchou, jestliže ne stane se mimořádným učitelem. Otec se ho snažil chránit před jakýmkoliv poznáním utrpení (Self, 2008) a také chtěl budoucího krále, ale bohužel se mu jeho plán nezdařil (Sasson, 2014). Siddhárta Gautama poprvé ve svých dvaceti devíti letech opustil palác a následující tři dny poznal nevyhnutelnost stáří, nemoci a pomíjivost všechno. Další ráno potkal jogína, který meditoval, a došlo k setkání jejich smyslů. Vydal se tedy hledat učení, překonávající utrpení a smrt, kterého dosáhl až po šesti letech hluboké meditace. Dosáhl tak stavu Buddhy, tedy „probuzení“ (Rolantová, 2012b). Poté, co se Buddha vrátil ke své manželce a synovi, požádal ho jeho potomek o dědictví. Buddha souhlasil a ustanovil ho jako mnicha, to bylo Buddhovo dědictví. Buddha věří, že i děti jsou schopné rozvíjet svou mysl. Starověké texty říkají, že opustil manželku, poté co ji

oplodnil nebo v tu noc, kdy se syn narodil. Říká se, že příběh Buddha je modelem rodiny buddhistů (Sasson, 2014).

Filozofií buddhismu je láska k moudrosti, což značí největší náplň života, protože láskou k moudrosti se člověk stává moudrým. Buddha sám prohlašoval, že jeho učení není pro hloupé, ale pro moudré (Dhammadiipa, 2010). Cílem buddhismu je nirvána, tedy osvobození se od určitého pouta (Kadlecová, 2014). K přerušení převtělování, rozplynutí duše neboli nirváně dojde při dodržování „osmidílné cesty“, kterou Buddha vytyčil (Tóthová et al., 2010). Tato cesta zahrnuje správné rozlišování (co se týká zákona příčinnosti), správné myšlení, řeč, konání, život, práci, soustředění, ostražitost a sebekázeň. Buddha ještě označil deset překážek, zvaných „okovy“, které jsou: iluze osobnosti, pochybnost, pověry, tělesné vášně, nenávisť, ulpívání k Zemi, touha po rozkoši a uspokojení, hrdost, samolibost, nevědomost (Rokotova, 2012). Kadlecová (2014, s. 6) popisuje hlavní pravdy buddhismu: „*všechny jevy jsou pomíjivé, všechny jevy přinášejí utrpení, veškeré bytí je iluzorní jako sen.*“

Pro buddhisty je důležitá mravní kázeň, proto se řídí dle předpisů: neubližovat živým bytostem, nebrat, cos dostal, vyhýbat se cizoložství, neříkat nepravdu, nepřijímat nic, co zamlžuje nebo opájí mysl (drogy, alkohol). Mnicem se může stát kdokoli, kdo není ničemu zavázaný (např. voják) a pokud dosáhl dvaceti let života. Může opustit rodinu, zřít se svého života a šířit Buddhovo učení (Rolantová, 2012b). Z hlediska zdravotnictví a ošetrovatelství se buddhisté vyhýbají extrémům, týkajících se užívání léků nebo péče všeobecně (Saadouni, 2008). Setkáváme se s požadavkem vegetariánství, kvůli tomu, aby nedocházelo k zabíjení a ubližování živým bytostem (Kadlecová, 2014). Jíst zdravě není přímo příkazem buddhismu, ale bere lidské tělo jako nástroj pro konání dobra. Člověk musí být tedy pro konání tohoto dobra druhým zdrav (Rolantová, 2012b). Mimo vegetariánství odmítají také mléčné výrobky. Uctívají různé svátky, v jejichž průběhu dodržují přísný půst, odmítají léčebná vyšetření a procedury (Saadouni, 2008). Například théravadoví buddhisti dodržují doslova den půstu, konaný ve dnech úplňku, nova a v první a třetí měsíční čtvrti. V tomto dni buddhisté meditují, navštěvují kláštery a zdržují se zabíjení živých bytostí, sexuálního chování, lhaní, pomluv, požívání opojných látek, požívání jídla po poledni, tance, zpěvu, hudby a celkové zábavy, líčidel, ozdob, šperků, krásného oblečení, používání luxusních lůžek a také braní nedarovaného (Kadlecová, 2014). Vysvětlení nemoci je z hlediska buddhismu očista těla a duše (Rolantová, 2012b). Podle Bělky (2014) je pro buddhisty život a smrt opakující se událost, která probíhá v koloběhu. Rolantová

(2012b) popisuje, že podle tibetské medicíny jsme všichni nemocní. Nemoc je přítomna latentně, i když se zrovna neobjevuje.

1.9 Cizinci

ČSÚ udává číslo 524 142 jako celkový počet cizinců na území České republiky k prosinci 2017. Ukrajina, Slovensko, Vietnam, Rusko, Německo a Polsko jsou nepočetnější skupiny cizinců v České republice (ČSÚ, 2017b). Česká republika je dvacátou zemí na světě v osídlení cizinců. Celkem je na našem území 4,1 % cizinců, datováno z roku 2014 (ČSÚ, 2017c). Rákoczyová a Trbola (2009) v rámci svého výzkumu popisují, že pro spoustu jejich komunikačních partnerů je Česká republika místem, kde našli svůj druhý domov a necítí se zde jako cizí. I přesto, že zde mají rodiny, znají jazyk a kulturu, hovoří o sobě jako o cizincích neschopných asimilace. Příčinou může být citová vazba cizince na zemi původu nebo také postoj majoritní společnosti, která vnímá etnicky odlišné obyvatele jako cizince. Uváděli, že nejde tuto bariéru překonat, ani když mají české státní občanství. Uherek et al. (2008) uvádějí, že jsou tři nejčastější důvody pobytu cizinců na území České republiky: zaměstnání, sloučení rodiny, podnikání na živnostenský list. Z hlediska obživných strategií vstupují na trh práce jako zaměstnanci převážně občané Slovenska a Polska. Ukrajinci, Vietnamci a Číňané spíše jako podnikatelé. Vietnamci a Číňané uplatňují při své práci rodinných modelů. Kutnohorská (2013) popisuje, že česká země nikdy nebyla homogenní společností, k čemuž jednoduše přispívá geografická poloha uprostřed Evropy. Integrace cizinců je záležitostí právní i kulturní, což se týká tolerance majority vůči minoritě.

Ukrajinci jsou nepočetnější národností skupinou žijící v České republice. Na našem území se k prosinci 2017 datuje jejich počet na 117 480 obyvatel (ČSÚ, 2017a). Důvodem jejich migrace je geografická poloha, jazyková příbuznost, kulturní blízkost, ekonomická a politická situace na Ukrajině (Zassiedko a Porche, 2016). Ukrajina patří mezi slovanské národy, stejně jako Češi a Slováci. Ukrajínština je sice stejného základu, ale jejich písmem je azbuka. V západní části je rozšířené řecko – katolické vyznání, avšak dominantní je církev pravoslavná (Kutnohorská, 2013). Pravoslavní svatí jsou největšími náboženskými symboly a mají nějaké poslání. Tělo tohoto světce nebo jeho ikona se pak objevuje v každém kostele. Jsou nakresleny na dřevě, zdobené zlatem či stříbrem a posvěcené. V domácnostech se pak vyskytuje v nejvzdálenějším rohu od dveří a má chránit rodinu. V pravoslavných kostelech se provádějí bohoslužby. Věřící

při nich stojí, protože sedět při modlitbě je hřích. Při vstupu do kostela si muži pokrývku hlavy sundají, ženy naopak zakryjí. Při setkání podává jako první ruku žena (Hudáčková, 2012). Oční kontakt je při komunikaci projevem respektu a důvěry. Typické je pro Ukrajince gestikulování. Musíme u nich počítat s nespolehlivostí, a proto by měla být sestra i celý zdravotnický tým trpěliví (Plevová et al., 2011). Mají rádi návštěvníky a v případě, že je host pozván předem, měl by donést nějaký dar. Odmítnutí nápoje je stejné závažné jako odmítnutí podané ruky (Hudáčková, 2012). Pro Ukrajince je typická pohostinnost. Jejich typickými pokrmy jsou boršč, pelmeně, varenyky, plněné pirohy a neodmyslitelně sem patří i vodka (Plevová et al., 2011). Rodina je pro Ukrajince důležitá a váží si jí (Hudáčková, 2012). Úkolem muže je zabezpečit rodinu a proto jezdí často do zahraničí, odkud posílá až 70 % svého výdělku. Hlavním úkolem ženy je starost o domácnost (Plevová et al., 2011). Na základě výzkumného šetření Hudáčková (2012) uvádí, že 87 % respondentů uznává předporodní přípravu, což zahrnuje přípravu matky na duševní a tělesné změny, které nastanou. Dále uvádí, že podle zákona č. 258/2000 Sb. je povinné očkování dítěte, za něhož zodpovídají jeho zákonní zástupci. Popisuje, že v případě úmrtí je tělo vystaveno v otevřené rakvi, aby se mohli všichni příbuzní a přátelé rozloučit. Následuje pohřební průvod, který je pomalý a zkrřížit mu cestu přináší smůlu. Na hřbitov se příbuzní a přátelé vrací devátý den, čtyřicátý den po pohřbu a poté po roce. V tyto okamžiky věří, že se duše zemřelých pohybují poblíž hrobu. Na náhrobek se pokládá sklenice vody, ze které duše upijí. Dále jsou na hrob donášeny květiny, svíčky a potraviny.

1.10 Komunikace sestry v ošetrovatelské péči

Komunikace je společenský proces, charakterizovaný předáváním informací mezi lidmi (Kostelníková a Kisel'ová, 2011). Během tohoto procesu dochází k přenášení myšlenek, pocitů, údajů a dalších informací zahrnujících verbální sdělení a neverbální chování (Plevová et al., 2011). Interkulturní komunikace musí překonávat překážky spočívající v odlišnostech různých kultur. V současném světě existuje 3000 až 6000 jazyků, v Evropě asi 50, čímž je dorozumívání mezi lidmi ztěžováno (Průcha, 2010). V ošetrovatelství má komunikace velmi důležité místo a pro sestru představuje celoživotní proces učení. Mezi sestrou a pacientem dochází ke komunikační bariéře nejčastěji tehdy, když jsou oba z různých kultur (Kostelníková a Kisel'ová, 2011). Komunikace představuje pět hlavních funkcí: informovat, instruovat, přesvědčit, vyjednat, pobavit (Plevová et al., 2011). Pro sestru je důležité a nevyhnutelné získat

důvěru pacientů (Šimonová, 2012). Tato situace je nejvíce zhoršována, pokud se naskytne jazyková bariéra, kdy sestra postupuje tak, aby dokázala vybudovat s pacientem důvěrný vztah, pacient se začlenil do kolektivu ostatních spolupacientů a zároveň neutrpěl negativní kulturní šok (Dvořáková a Semínová, 2012).

Komunikace s pacientem má jak verbální, tak neverbální složku (Šimonová, 2012). Verbální komunikace je komunikace zvuková (ústní) nebo grafická (písemná). Neverbální komunikace pak představuje mimiku (výraz tváře), proxemiku (vzdálenost osob), kineziku (pohyby těla), haptiku (hmat, dotyk), posturiku (řeč těla), gestiku (řeč rukou) a oční kontakt (Kostelníková a Kisel'ová, 2011). Proxemika hraje v ošetrovatelství významnou roli, hlavně pokud je nutné narušit intimní zónu pacienta, na což musíme jeho nebo jeho doprovod předem upozornit a čekat na souhlas. Pantomimika může představovat podávání ruky, což je naprosto nevhodné u Asiatů a muslimských žen. Složené ruce na hrudníku představují nejistotu. Zkřížené paže a pevné uchopení nad lokty vyjadřuje neochotu uvolnit a odhalit tělo. Člověk s rukama za zády nebo v kapsách netouží po kontaktu. Nejdůležitější neverbální projev je mimika. Na horní části obličeje může sestra rozpoznat těžké subjektivní stavy, na dolní pak pocity štěstí, radosti a lásky. Úzkostný pacient mívá přivřené oči nebo pokrčené čelo (Šimonová, 2012). Zdroje nedorozumění a konfliktů mohou pramenit ze vzájemného neporozumění zapříčiněného rozdílností jazyků; rozdíly v hodnotách, na kterých danému společenství záleží; rozdílnosti žebříčku priorit, konkrétně postavení „zdraví“ a z rozdíly společenských zvyků a chování. Konfliktům může sestra předcházet pomocí dodržování pravidel: udělat si na příslušníka menšiny čas (Mareš, 2011), mluvit pomalu, zřetelně artikulovat a nekřičet (Šimonová, 2012), protože problémem není nedoslýchavost nebo mentální retardace, ale neznalost jazyka (Kostelníková a Kisel'ová, 2011), nespěchat, vyhýbat se odborné terminologii, používat gesta a obrázky, které mohou pacientovi ulehčit pochopení (Šimonová, 2012), počítat s jazykovými a kulturními bariérami (Mareš, 2011) a zjistit, zda je možná komunikace ve třetím jazyce, například angličtina, němčina, ruština (Šimonová, 2012). Dále je důležité nechat jedince vyložit jeho pohled, naslouchat mu a snažit se jeho pohled pochopit, vysvětlit mu názor na daný problém, doporučit mu nejvhodnější řešení a nejlépe dospět ke shodě (Mareš, 2011). Jelikož mohou být příznaky strachu, obav, nepokoje či bolesti kulturně zkresleny, je důležité, aby sestra během rozhovoru pozorovala neverbální projevy (Šimonová, 2012). Pokud komunikuje s pacientem, prostřednictvím tlumočnicka je důležité nechat rodiči a dítěti čas na seznámení. Dále pak

mluvit pomalu, v krátkých větách a nechat tlumočnickovi čas na překlad. Otázky by měly být adresovány na pacienta, klást důraz na přesný překlad a na závěr nezapomenout poděkovat tlumočnickovi za zprostředkování komunikace (Kostelníková a Kisel'ová, 2011).

K zajištění úspěšné komunikace mezi sestrou a dětským pacientem je důležité, aby sestra disponovala znalostmi vývojových období. Kontakt s rodiči a dítětem vyžaduje trpělivost, důslednost, lidskost, schopnost naslouchat a profesionálně přistupovat. Při komunikaci s dětmi je vhodné navazovat kontakt pomocí hračky, oslovovat je jménem, mluvit zřetelně, v jeho úrovni a spolupracovat s rodiči. Důležité je dát dítěti možnost samostatně se rozhodnout. Seznámením dítěte s prostředím a nástroji může sestra snížit úzkost dítěte. Dále může předvést očekávající výkon na panence, pravidelně dítě informovat, což posiluje důvěru ke zdravotníkům, a v neposlední řadě dítě motivovat a oceňovat (Plevová et al., 2011).

Přestože Dvořáková a Semínová (2012) popisují důležitost empatického a profesionálního přístupu se zařazením prvků úsměvu, Šimonová (2012) upozorňuje, že u asijských národů značí úsměv rozpaky, nejistotu a omluvy. Zároveň je u nich tělesný dotyk, i podání ruky při pozdravu, společenské tabu. Podle Kutnohorské (2013) gestikulují Asiaté méně, přičemž mají jejich gesta zvláštní význam, například úklon – pozdrav. Pro Francouze je zase při pozdravu typický polibek na obě tváře. Šimonová (2012) udává, že je pro muslimy důležitým komunikačním rysem předávání pravdy, kterého se drží méně striktně než Evropani. Je pro ně horší říci někomu pravdu, jež by mohla urazit či poškodit, než zalhat. Dále popisuje mimořádnou empaticnost Romů, jelikož dokážou odhadnout a říkat to, co chceme slyšet. Na základě neverbální komunikace pak velmi dobře odhadnou neupřímnost ze strany sestry. Je vhodné respektovat jejich pravidla a zvyky, porozumět jejich problému a vytvořit vzájemnou důvěru. Dvořáková a Semínová (2012) vysvětlují, že nestačí pouze předávat, ale hlavně dbát na zpětnou vazbu, aby sestra věděla, že jí dětský pacient rozumí.

2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zmapovat transkulturní rozdíly v péči o dětského pacienta.

Cíl 2: Zmapovat s jakými minoritními skupinami se nejčastěji setkávají sestry pracující na dětských odděleních.

2.2 Výzkumné otázky

V diplomové práci byly stanoveny tyto výzkumné otázky:

Výzkumná otázka 1: Jak sestry přistupují k dětskému pacientovi, který vyžaduje kulturně specifickou péči?

Výzkumná otázka 2: Jaká jsou specifika, u vybraných minoritních skupin v péči o dětského pacienta?

Výzkumná otázka 3: S jakými minoritními skupinami se nejčastěji setkávají sestry pracující na dětských odděleních?

Výzkumná otázka 4: Jak jsou respektována kulturní specifika při péči o dítě z vybraných minoritních skupin?

3 METODIKA

3.1 Metodika práce

Empirická část diplomové práce byla zpracována pomocí kvalitativního šetření doplněného o kvantitativní metodu ankety. Výzkumná část tedy probíhala ve třech na sebe navazujících fázích. V první fázi výzkumného šetření byla provedena pilotní telefonická anketa, jejímž cílem bylo zjistit, s jakými minoritními skupinami se sestry nejčastěji setkávají, jak často se s nimi setkávají a jaké problémy nejčastěji řeší. Anketa byla zpracována popisnou statistikou a na tomto základě mohly být osloveny jednotlivé minoritní skupiny, s nimiž byly později provedeny polostrukturované rozhovory. Telefonická anketa probíhala technikou snowball sampling. V druhé části výzkumného šetření byl vytvořen polostrukturovaný rozhovor pro sestry, jenž mohl potvrdit četnost setkávání se s jednotlivými minoritními skupinami a nejčastěji se řešící problémy. Navíc obsahoval otázky týkající se ošetrovatelské péče jednotlivých minoritních skupin nebo názory respektu a tolerance sester k minoritním skupinám (Příloha 2). V poslední, tedy třetí fázi výzkumného šetření, byly osloveni respondenti z minoritních skupin, jež byly zmiňovány v předešlých dvou fázích výzkumného šetření jako skupiny, s kterými se sestry nejčastěji setkávají. S těmito minoritními skupinami byl proveden polostrukturovaný rozhovor, přičemž hlavní bylo zjistit, jak probíhala jejich hospitalizace, jaké měly pocity, jak byly na oddělení přijaty, zda musely řešit nějaké problémy, případně zda byly spjaty s jejich kulturou. V neposlední řadě bylo důležité zjistit, jaká specifika jednotlivé minoritní skupiny mají v rámci ošetrovatelské péče, co vyžadují a zda mají nějaké rituály či tradice, které si přejí dodržovat (Příloha 3).

3.2 Charakteristika výzkumných souborů

V první fázi výzkumného šetření bylo osloveno 141 sester, a to za pomoci techniky snowball sampling, jež dopomohla k rozsáhlým sociálním kontaktům. Osloveny byly sestry, pracující na dětských odděleních po celé ČR, což bylo zároveň kritériem výzkumného souboru.

Druhá fáze výzkumu představovala 16 sester, přičemž bylo osloveno 17 sester a jedna sestra odmítla rozhovor. Sestry byly pro výzkumné šetření označeny S1 – S16. Kritériem výběru byla nutnost, aby sestry pracovaly na dětských odděleních. Výběr sester pro realizaci polostrukturovaného rozhovoru byl záměrný. Sestry zařazené do výzkumného šetření byly z kraje Jihomoravského, Jihočeského, Vysočiny a hlavního města Prahy.

Pro třetí fázi výzkumného šetření byl výzkumný soubor vybrán záměrně na základě zjištění z předchozích dvou šetření. Bylo osloveno 20 respondentů – rodičů jednotlivých minoritních skupin, z nichž 4 respondenti se odmítli účastnit výzkumného šetření. Respondenti byli pro výzkumné šetření označeni R1 – R16. Kritériem výběru výzkumného souboru respondentů – rodičů byla zkušenost s lůžkovým zdravotnickým zařízením. Oslovení respondenti – rodiče byly z kraje Jihočeského, Vysočiny a hlavního města Prahy.

3.3 Realizace výzkumného šetření

Celé výzkumné šetření probíhalo od podzimu 2017 do jara 2018. V první fázi výzkumného šetření bylo v rámci pilotní ankety osloveno 141 sester pracujících na dětském oddělení. Cílem bylo zjistit, s jakými minoritními skupinami se sestry nejčastěji setkávají, jak často se setkávají s dětmi z minoritních skupin a co je největším problémem při jednání s minoritními skupinami. Technika snowball sampling s sebou přinesla velké množství respondentek ochotných poskytnout informace. Všechny respondentky byly předem seznámeny s účelem a naložením s poskytnutými informacemi.

V prosinci 2017 byla započata druhá fáze výzkumného šetření, která byla ukončena v květnu 2018. Před samotnou druhou fází výzkumného šetření, které představovalo realizaci polostrukturovaných rozhovorů se sestrami, bylo požádáno o povolení výzkumného šetření u vrchních sester. Ještě než rozhovory začaly, byla každá ze sester informována o tématu diplomové práce, účelu poskytnutí jejich informací a o zachování anonymity. V neposlední řadě byl potřebný souhlas samotných sester k provedení rozhovoru. Jelikož byly výpovědi sester zaznamenány na audio záznam, bylo nezbytné dovolit se o jeho zaznamenání, s čímž všechny sestry souhlasily. Jejich výpovědi byly doslovně přepsány a zpracovány do elektronické podoby prostřednictvím programu Microsoft Word. K analýze získaných dat byla zvolena technika otevřeného kódování dat, přičemž byly sestaveny tyto kategorie: Specifika v ošetrovatelské péči o dětského pacienta, Problémy v ošetrovatelské péči, Vztah sester k transkulturním odlišnostem. K těmto kategoriím byla vytvořena schémata za pomoci programu draw.io.

Třetí fáze výzkumného šetření, tedy rozhovory s rodiči, byla stejně jako výzkumné šetření sester provedena od prosince 2017 až do května 2018. Některé rozhovory s minoritními skupinami bylo možné provést v rámci ošetrovatelské praxe.

Další minoritní skupiny pro provedení rozhovoru byly osloveny telefonicky, díky získání kontaktu od známých členů jednotlivých minorit. Buď bylo domluveno setkání osobní, nebo termín na rozhovor prostřednictvím telefonického rozhovoru. Bylo osloveno 20 respondentů, přičemž rozhovor poskytlo 16 respondentů a 4 respondenti odmítli. Všem respondentům bylo jasně sděleno, za jakými účely je rozhovor realizován. Stejně tak byli všichni ubezpečeni o zachování jejich anonymity. U 14 respondentů, ať už byl polostrukturovaný rozhovor proveden osobně či po telefonu, byl vždy pořízen audio záznam. Jeden respondent odpovídal z důvodu jazykové nevybavenosti písemně na papír a s jedním respondentem byl proveden rozhovor sice osobně, ale s pomocí překladatele na telefonu, a to ze stejných důvodů. Rozhovory byly následně doslovně přepsány do elektronické podoby prostřednictvím programu Microsoft Word. K analýze získaných dat byla zvolena technika otevřeného kódování dat, přičemž byly sestaveny tyto kategorie: Průběh hospitalizace, Specifika jednotlivých minorit. K těmto kategoriím byla vytvořena schémata za pomoci programu draw.io.

4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Výsledky výzkumu jsou systematicky rozděleny dle fází výzkumného šetření. První podkapitola představuje výsledky výzkumného šetření formou ankety, jež doplňovala dvě navazující výzkumná šetření. Z čehož vyplývá, že druhá podkapitola představuje druhou fázi výzkumného šetření polostrukturovaných rozhovorů se sestrami a třetí podkapitola je představitelem třetí fáze výzkumného šetření, tedy polostrukturované rozhovory s respondenty – rodiči jednotlivých minoritních skupin.

4.1 Charakteristika výzkumných souborů

Tabulka 1 – Identifikační údaje sester

Sestra	Vzdělání	Věk	Délka praxe na DO	Pohlaví
S1	VOŠ + dětský ARIP	39 let	14 let	Žena
S2	SZŠ	42 let	1 měsíc	Žena
S3	SZŠ	62 let	35 let	Žena
S4	VŠ – Bc.	26 let	1,5 let	Žena
S5	SZŠ	54 let	30 let	Žena
S6	SZŠ	30 let	3 roky	Žena
S7	VŠ – Bc.	29 let	1 rok	Žena
S8	VŠ – Mgr.	43 let	5 let	Žena
S9	VŠ – Mgr.	48 let	6 let	Žena
S10	SZŠ	48 let	10 let	Žena
S11	VŠ – Bc.	23 let	3,5 let	Žena
S12	SZŠ	54 let	32 let	Žena
S13	SZŠ	52 let	33 let	Žena
S14	VOŠ	48 let	26 let	Žena
S15	VŠ – Mgr.	29 let	5 let	Žena
S16	VŠ – Bc.	24 let	4 roky	Žena

Zdroj: Vlastní

V tabulce jedna jsou uvedeny identifikační údaje dotazovaných sester, které musely splňovat hlavní kritérium, jímž bylo zaměstnání na dětském oddělení. Věková

hranice sester se pohybovala od 23 let do 62 let, přičemž jejich průměrný věk činil 40,7 let. Nejkratší délku praxe na dětském oddělení udala sestra S2, jednalo se o 1 měsíc, naopak nejdelší praxi 35 let uvedla sestra S3. Průměrná délka praxe je 13 let. Jako nejnižší dosažené vzdělání uváděly sestry střední zdravotnickou školu, nejvyšší vzdělání pak představovala vysoká škola zakončená titulem Mgr. Sedm sester uvedlo střední zdravotnickou školu (S2, S3, S5, S6, S10, S12, S13). Vyššího odborného vzdělání dosáhly dvě sestry S1 a S14. Sestra S1 navíc disponuje specializací zvanou ARIP. Vysokoškolské vzdělání zakončené titulem Bc. dosáhly sestry S4, S7, S11, S16. Nejvyšší vysokoškolské vzdělání zakončené titulem Mgr. pak udávaly sestry S8, S9, S15.

Tabulka 2 – Identifikační údaje respondentů – rodičů

Rodič	Minorita	Věk	Počet dětí a jejich věk	Délka pobytu v ČR/ vyznání
R1	Olaští Romové	28 let	2 děti – 4 roky, 2 dny	Od narození
R2	Cizinci - pravoslavní - Rusko	30 let	1 dítě – 1 rok a 7 měsíců	3 roky
R3	Cizinci – křesťanství - Francie	33 let	3 děti – 3, 6, 9 let	7 let
R4	Vietnamská minorita - Buddhismus	32 let	3 děti – 3, 5, 9 let	14 let
R5	Vietnamská minorita	42 let, 31 let	2 děti – 4, 2 roky	18 let
R6	Romská minorita	27 let	1 dítě – 1 rok a 7 měsíců	Od narození
R7	Muslimové	38 let, 30 let	1 dítě – 4 roky	5 let
R8	Muslimové – Kazachstán	42 let	1 dítě – 7 let	9 let
R9	Svědkové Jehovovi	51 let	5 dětí – 4, 8, 11, 15, 20 roků	32 let
R10	Cizinci - pravoslavní - Ukrajina	42 let	2 děti – 12 a 22 let	22 let
R11	Cizinci - pravoslavní - Ukrajina	39 let	1 dítě – 11 let	20 let
R12	Vietnamská minorita	35 let, 30 let	1 dítě – 2 roky	7 let
R13	Muslimové – Kyrgystán	43 let	3 děti – 9, 14, 16 let	12 let
R14	Vietnamská minorita	54 let	3 děti – 11, 22, 26 let	38 let
R15	Svědkové Jehovovi	51 let	3 děti – 10, 17, 20 let	26 let
R16	Muslimové - Sýrie	52 let	2 děti – 30 let a 2,5 roku	20 let

Zdroj: Vlastní

Tabulka 2 představuje identifikační údaje respondentů – rodičů. Z 16 respondentů pocházejí dva respondenti z romské minority, čtyři respondenti z vietnamské minority a čtyři respondenti jsou stoupenci islámu. Čtyři respondenty řadíme mezi cizince, přičemž dva z nich pochází z Ukrajiny, jeden z Francie a jeden z Ruska. Dva respondenti patří do minoritní skupiny Svědkové Jehovovi. V kolonce věk je vždy

zaznamenán věk rodičů, tedy otce, matky nebo otce i matky, podle toho zda byl rozhovor veden pouze s jedním z rodičů nebo s oběma. V tabulce jsou uvedeny doplňující informace o počtu dětí a délce pobytu v ČR.

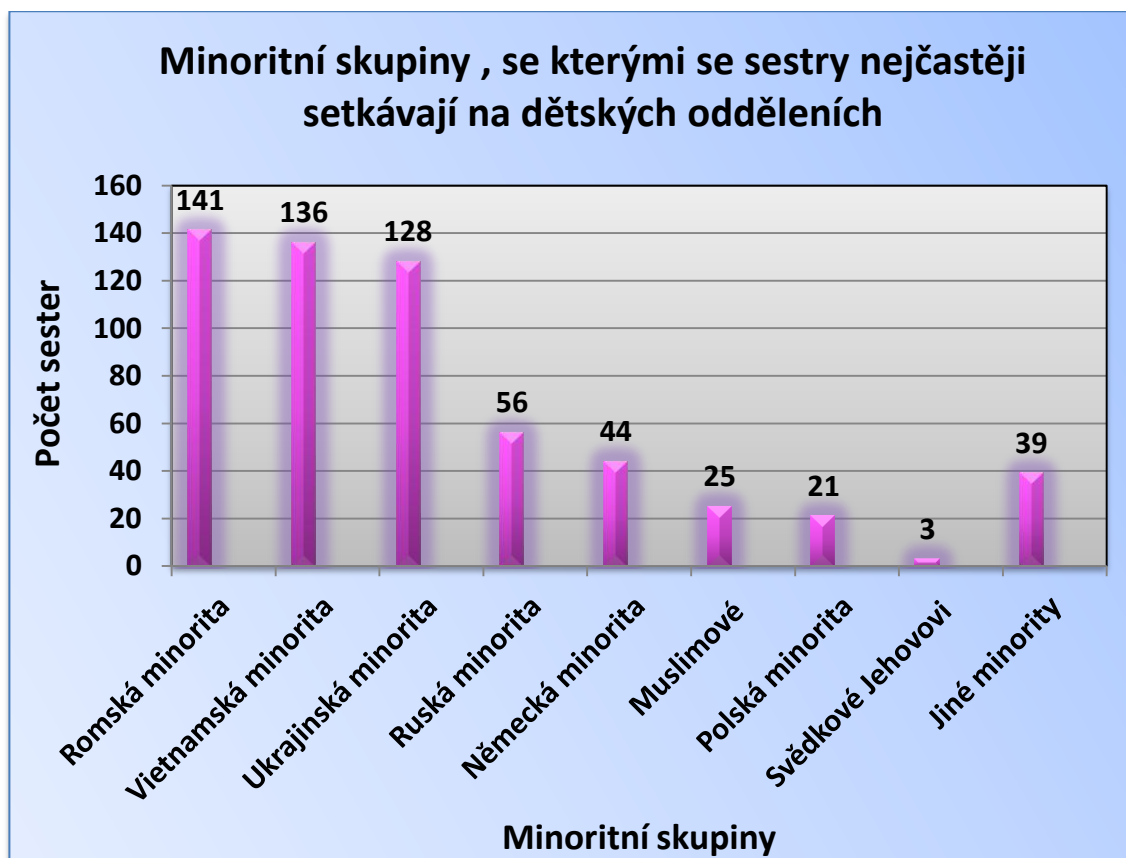
4. 2 První fáze výzkumného šetření

První část výzkumného šetření představuje pilotní telefonická anketa, jež je záměrně včleněna na začátek výzkumného šetření a jejímž cílem je zjistit základní informace prostřednictvím kterých může být dále výzkumné šetření rozvíjeno. V rámci pilotní telefonické ankety byly otázky zaměřeny na zjištění nejčastějších minoritních skupin, se kterými se sestry na dětských odděleních setkávají. Další otázky se týkaly toho, jak často sestry přichází s uvedenými skupinami do kontaktu a jaký je největší problém při jednání s komunitami z minorit.

4.2.1 Pilotní telefonická anketa – sestry

Pro pilotní telefonickou anketu byly stanoveny 3 otázky (Příloha 1), které dávají základ dalším dvěma fázím výzkumného šetření, a to převážně fázi třetí, která je vázána na výsledky z telefonické ankety. Vzhledem k tomu, že je anketa pouze metodou doplňující a obohacující kvalitativní výzkumné šetření, jsou výsledky prezentovány v číslech, nikoli procentech a zpracovány popisnou statistikou.

Graf 1 – Minoritní skupiny, se kterými se sestry nejčastěji setkávají na dětských odděleních



Zdroj: Vlastní

Na otázku: „*S jakými minoritními skupinami se nejčastěji setkávají sestry pracující na dětských odděleních?*“ Odpověděly všechny sestry, tedy 141 sester, shodně a zcela jasně, že s romskou minoritou. Dále 136 sester zmínilo vietnamskou minoritu, 128 sester udávalo setkávání se s dětmi a rodinami ukrajinské národnosti, 56 sester, převážně z kraje Karlovarského a hlavního města Prahy, se setkala s poskytováním ošetrovatelské péče dítěti ruské národnosti. S pacienty z německy mluvících zemí se setkala 44 sester, a to hlavně z krajů: Jihočeský, Plzeňský, a hlavního města Prahy. S polsky mluvícími pacienty se nejčastěji setkává 21 sester (Moravskoslezský, Olomoucký, Pardubický). Setkávání se s muslimy uvedlo 25 sester převážně z Prahy. Pouze 3 sestry zmiňovaly, že se setkávají se Svědky Jehovovy, přičemž některé sestry říkaly, že se s nimi setkat mohly, ale neprojevil se to. V poslední řadě uvedlo 39 sester, převážně z kraje Jihomoravského a hlavního města

Prahy, setkání se s ostatními neboli jakýmikoliv jinými národnostmi, než které byly zmíněné, např. Holandsko, Amerika apod.

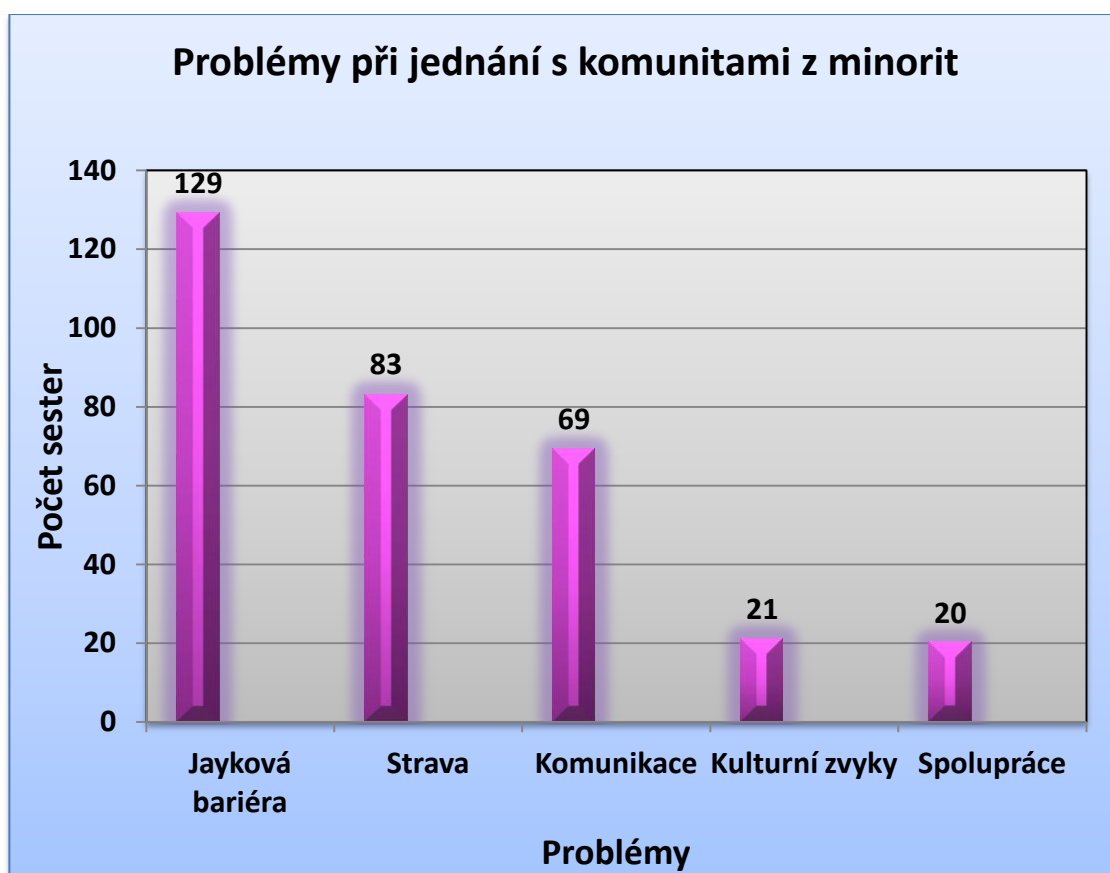
Graf 2 – Četnost setkávání sester s minoritními skupinami



Zdroj: Vlastní

Při každé směně poskytuje ošetrovatelskou péči dítěti z některé z minoritních skupin 40 sester. Velmi často neboli téměř na každé službě se s dítětem – pacientem na své směně setkává 80 sester. Občasné setkání uvádělo 21 sester. Z důvodu nepochopení slova „minorita“ musel být tento výraz 27 sestřám vysvětlen.

Graf 3 – Problémy při jednání s komunitami z minorit



Zdroj: Vlastní

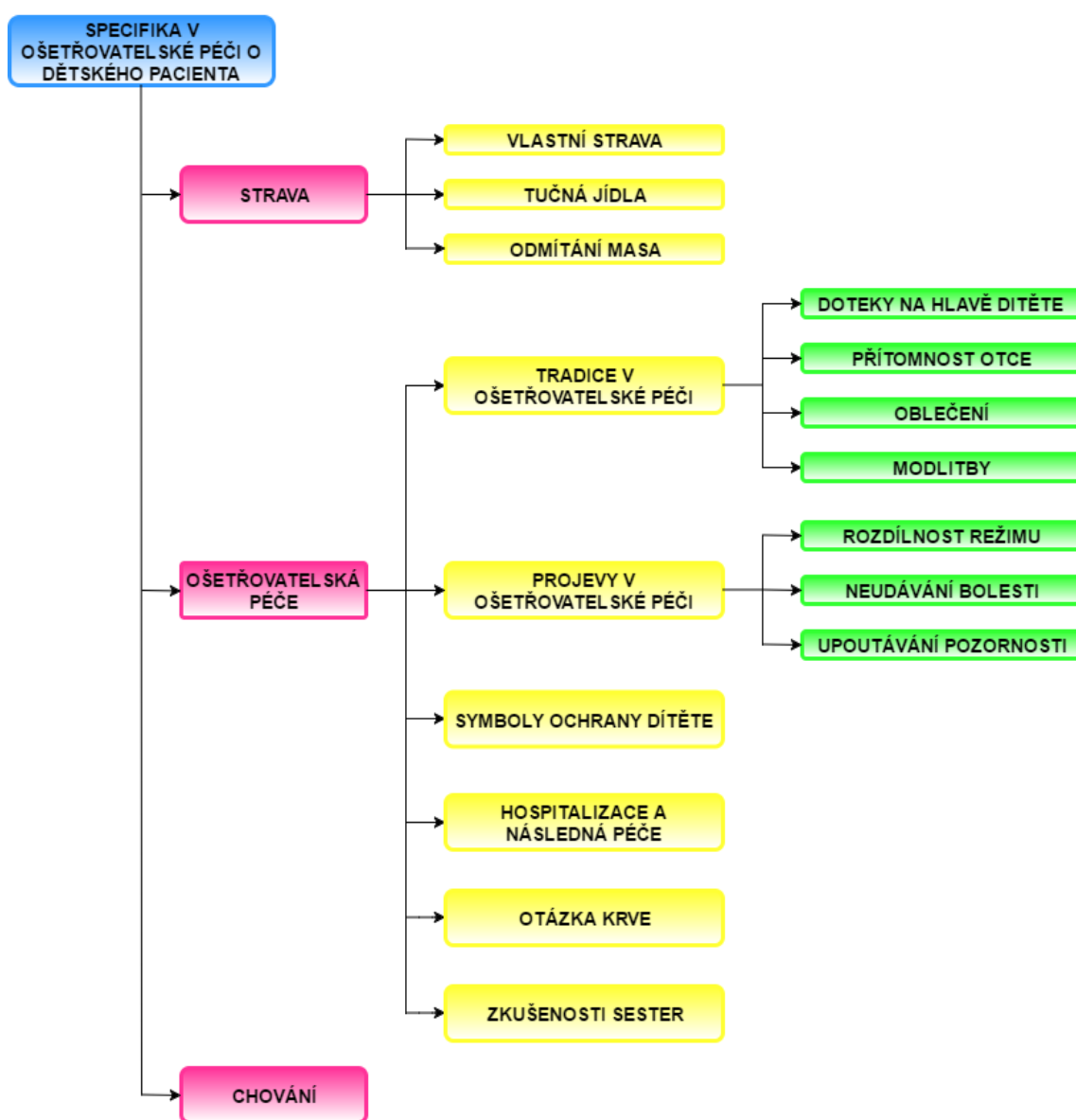
Z hlediska problémů při poskytování ošetrovatelské péče dítěti z minoritních skupin nebo celkově při spolupráci s ním či jeho rodinou uvádělo 129 sester jako nejčastější problém jazykovou bariéru. Za druhý nejčastější problém byla 83 sestrami označena strava, a to hlavně u vietnamské minority. Komunikaci, myšlena verbální komunikace a přístup ke komunikaci, jako nejrozšířenější problém uvedlo 69 sester. Na základě tohoto počtu se tedy jednalo o třetí nejčastější problém týkající se péče o dítě z minoritní skupiny. Přičemž sestry specifikovaly komunikaci s romskou nebo vietnamskou komunitou. Kulturní zvyky (bez jakékoliv konkretizace) zmiňovalo jako problém 21 sester. Posledním problémem byla spolupráce, kterou vyřklo 20 sester. Podle nich se tato problematika týká především cizinců. 3 sestry z Prahy uvedly jako nejhorší spolupráci s Američany, přičemž blíže popisovaly jejich povrchní chování a údiv, že Češi neumí anglický jazyk.

4. 3 Druhá fáze výzkumného šetření: Kategorizace a analýza výsledků rozhovorů – sestry

V druhé fázi výzkumu byly provedeny polostrukturované rozhovory s 16 sestrami, pracujícími na dětském oddělení. Všechna data byla systematicky uspořádána do třech kategorií, které byly následně členěny do dalších subkategorií. Při zpracování dat byly použity i přímé citace z rozhovorů.

4.3.1 Kategorie: Specifika v ošetrovatelské péči o dětského pacienta

Schéma 1 Specifika v ošetrovatelské péči o dětského pacienta



a) Strava

Pro vietnamskou minoritu je typická jejich strava, a pokud jsou hospitalizováni, donášejí si ji i do nemocnice, na čemž se shodují sestry S1, S3, S5, S6, S8, S11, S15. Výstižně popisuje sestra S1: „*Oni tady mají trošičku potíž s naší stravou. Nechávací si většinou dost často posílat stravu svoji.*“ Jestliže tímto specifikem neporušují dietní režim, nemá s tím zdravotnický personál, podle sestry S6 problém.

Romská minorita je ve stravování, dle výpovědí sester, mnohem více komplikovaná. Stejně jako u vietnamské minority nosí rodiče dětem jídlo z domu, tudíž děti nejí pouze stravu z nemocnice. Na tom se shodují sestry S8, S9, S10, S15, S16. Toto romské specifikum je zároveň i problémem při poskytování ošetrovatelské péče, a to z jasných důvodů, které vyplývají z odpovědí sester S15 a S9: „*...nosí do nemocnice dětem jídlo, které jim v některých případech neudělá dobře a pak se tomu diví. Oni jim hlavně nosí takový ty tučný jídla.*“ (S15) „*Ty si nechávají donést ty svoje salámy jako uheráky nebo McDonalda a podobně.*“ (S9)

Naproti tomu muslimové v průběhu hospitalizace nejedli maso, na čemž se shodují sestry S5 a S16. Sestry S6, S9, S11, S15, S16 shodně uváděly, že si muslimové nosili svoje jídlo. Pouze podle sestry S11 si muslimové vybírali i z nemocničního jídla. Tedy nějaké jídlo z nemocnice a nějaké jídlo z domu.

b) Ošetrovatelská péče

Při ošetrování vietnamského dětského pacienta je dle sester S8 a S15 důležité vyvarovat se doteků na hlavičce dítěte. Typické pro muslimy je neustálá přítomnost otce, na čemž se shodují sestry S6, S9, S16. Při spolupráci s muslimy se sestra S1 setkala s odmítnutím podání ruky od otce. Typické ošacení muslimů popisovaly sestry S5, S6, S9: zahalené ženy, muži buď ve formálním oblečení, nebo v kvádru a děti také v normálním oblečení bez zahalení. Sestry S6 a S9 zaznamenaly jejich potřebu modlení, pro které jim daly prostor. Pouze sestra S11 vypověděla, že se muslimové v průběhu hospitalizace nemodlili.

Sestra S2 zaznamenala, že matka s dítětem vietnamské minority měly jiný režim: „*...přes den pospávala, pak ji nechala zase hrát a v noci to bylo to samý...zase pospávala, pak ji nechala zase hrát jako...*“ Dodala, že tento její postřeh, vzhledem k délce pracovního působení na dětském oddělení, neměla zatím šanci ověřit u jiných vietnamských minorit. Těžkou spolupráci v rámci ošetrovatelské péče z důvodu neudávání bolesti popisuje sestra S15: „*Často ani neřeknou, že je něco bolí nebo s čím*

mají problém, to je taky těžký, když chtějí pomoc, chtějí léčit, ale neřeknou nám, co je bolí.“ Sestra S10 uvádí, že romská minorita je typická svým upoutáváním pozornosti: *„Prostě myslí si, že když jim zrovna něco je, tak to je to důležitý a nejaktuálnější. Spíš tu pozornost, že vyžadují. Ted' hned to chtějí řešit.*“ Podobnou zkušenost má sestra S4, která popisuje neodbytnost a vytrvalost romského etnika: *„...když jsme jim řekli, že výsledky budou odpoledne, tak oni prostě volali co třeba půl hodiny, co deset minut. Kolikrát teda na ten stav dětí volali opravdu hodně často i v noci... Co třeba teď momentálně jejich holčička dělá a tak...jestli spinkala, jestli kakala, jestli čůrala a takový.*“ Sestra S9 popsala muslimy jako slušné pacienty a spolupracovníky. Naproti tomu je sestra S15 označila za hlučné.

Při ošetřování romského dítěte si sestra S4 všimla přítomnosti křížku u postele. Sestra S8 udávala jako symbol ochrany dítěte nitky na ruce. Sestra S4 si zase všimla přítomnosti kříže u lůžka dítěte ukrajinského původu. Další její zajímavou zkušeností byl kontakt a spolupráce s Indy, tedy hinduisty. Ti podle sestry používají jako symbol ochrany korálky, jež jsou položeny v přítomnosti dítěte.

Vietnamské rodiny s dětmi chtějí, dle zkušeností sestry S9, brzy domů, přičemž jako pozitivní sestry hodnotí poctivost v následné péči. Podobný postoj sestry zmiňují i u romské komunity (myšleno brzké vyžadování odchodu domů), naopak následná péče je u romské minority problematická. *„Protože oni si myslí, že jim je dobře, tak proč by jim dávali ty prášky.*“ Také ji překvapila důslednost muslimů o své zdraví: *„Oni chtěli jenom obřízku, jenom to a hlavně sakumprásk všechna vyšetření.*“ Pečlivost Svědků Jehovových týkající se zdravotního stavu jich samých i dítěte zmiňuje sestra S14.

Jako specifikum ošetrovatelské péče Svědků Jehovových označovaly sestry S14 a S15 odmítání transfuzí, přičemž sestra S14 udává i odmítání transplantací. Názory na výkony týkající se odběrů krve dané minority se liší. Sestra S13 uvádí, že se setkala s odmítnutím předoperačního vyšetření dítěte a podává i tvrzení o negativním přístupu k samotným odběrům krve. Sestra S14 s tímto výrokiem nesouhlasí a nevidí problém v odběrech krve.

Výbornou zkušenost při ošetrovatelské péči s ukrajinskými dětskými pacienty a jejich rodinami popisují sestry S4 a S13. Přidávám zkušenost sestry S4: *„...jakože se starala, že prostě cokoliv jsme jí poradili nebo vysvětlili, tak ona to prostě vzala.*“ Naproti tomu sestra S9 popisuje strach z muslimů: *„Vickrát ne. Stačilo. Hlavně jí jsme se vlastně báli. Ona chodila zahalená a tam člověk nikdy neví, může mít pod hábitem*

nějakou bombu a letíme tady všichni.“ Stejně tak sestra S15: „To byla noční plná strachu. Nebylo to příjemný.“

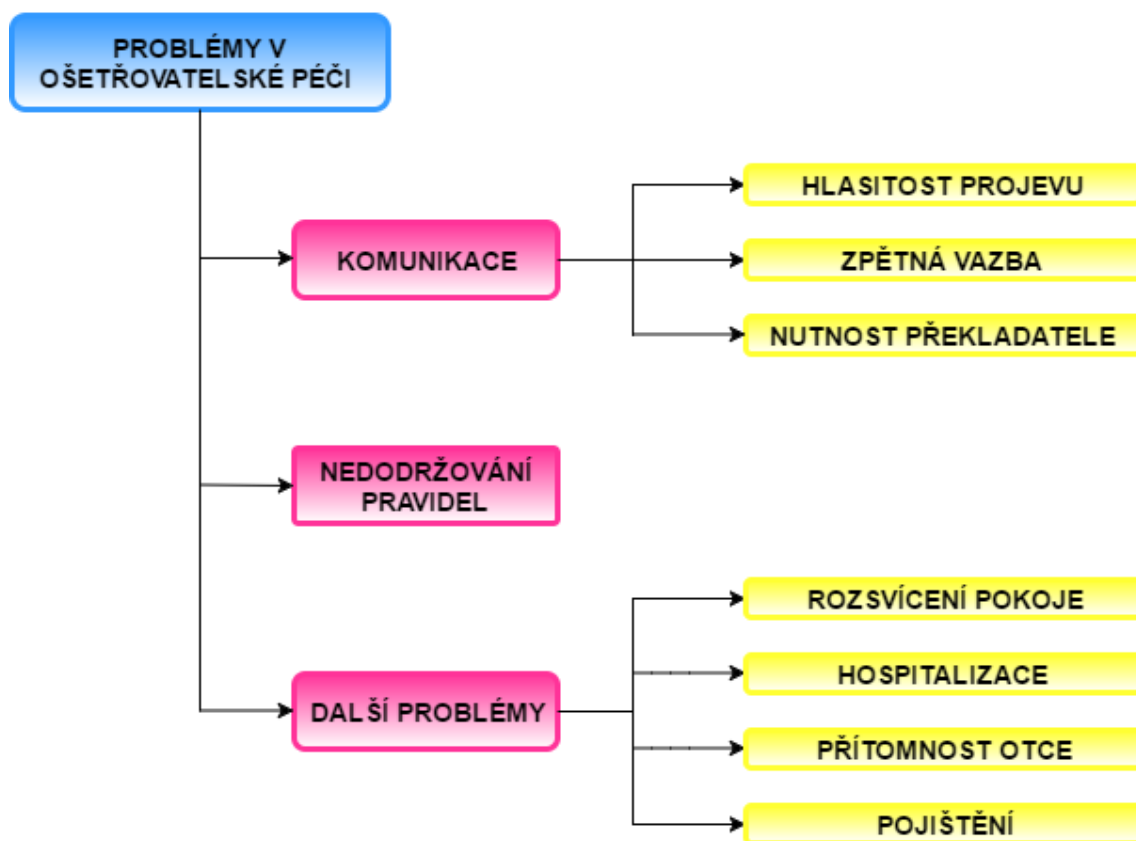
c) Chování

Vietnamská minorita je popisována jako uzavřená (S8). Sestry S8 a S15 se shodují, že jsou vietnamští pacienti a jejich rodiny milí a pokorní. Sestry S2, S3 a S6 zmiňují temperamentní charakteristiku romské minority. Sestra S2 vystihuje jejich citlivost a pevnou vazbu na děti. Sestra S6 popisuje jejich strach o děti a s tím spojenou úzkostlivost romských rodičů. Sestra S3 připomíná jejich „houževnatost“. Naopak sestra S4 tvrdí, že určité situace romští rodiče abnormálně prožívali, a proto upozorňuje na to, aby si sestry dávaly pozor na to, co říkají: *„...u Romů se musí opatrně, musí se volit každý slovo, který jim člověk řekne, protože oni se toho chytají.“* Dále popisuje, jak je důležité dělat vše opatrně, pomalu, jistě, vysvětlovat a zdůvodňovat jednotlivé úkony. Stejně tak sestra S3 poukazuje na ostražitost: *„...člověk spíš se staví tak opatrně, aby nenarazil, protože aby pak se to nepoužilo proti vám.“* To potvrzuje sestra S6: *„Většinou se snažíme být jako mírnější. Na to reagují líp... Asi to chce trošičku zvolnit.“*

Mezi všeobecná specifika platící pro všechny minority patří podle sester S1 a S6 potřeba zachování soukromí. Sestry S11 a S16 se názorově shodly na snaze minorit přizpůsobit se.

4.3.2 Kategorie: Problémy v ošetrovateľskej péči

Schéma 2 Problémy v ošetrovateľskej péči



a) Komunikace

Problémovou komunikaci u romské minority zmiňovaly sestry S1, S2, S3, S4, S6, S7, S8, S11. Jediná sestra S8 jasně potvrdila, že představitelé romské komunity používají v řeči vulgární prvky. Sestra S1 vypověděla, že vulgárně umí hovořit i bílá rasa, avšak romská minorita je vulgárnější a umí to dát více najevo. Na otázku, zda je romská komunita vulgární odpověděla sestra S6: „*No, jako když se jim něco nelíbí, tak jo.*“ Sestra S9 nepotvrzuje, že by romská minorita byla vulgární, nýbrž více hlasitější. Se stejným názorem se ztotožňuje sestra S4. Uvádím výpověď sestry S9: „*Vždycky na nás řvou, že jsou tu jak ve vězení, že je to tady zamčený.*“ Sestra S6 označila danou minoritu za „volnomyšlenkáře“, sestra S2 dodala, že jsou „jednodušší“, což má dle nich vliv na komunikaci. Sestra S4 doplňuje: „*...nikdy nechápali závažnost onemocnění nebo závažnost stavu toho dítěte...*“ Nutnost opakovaného informování a upozorňování uváděly sestry S2, S4 a sestra S3 taktéž zmiňovala těžké vysvětlování informací romské minoritě. Sestra S7 popisuje: „*Ti Romové zas rozumí, ale spíš jako je s nima těžká domluva.*“ Shodně udává sestra S11: „*Neposlouchají, co říkáme.*“ Na což navazuje

sestra S6, která vidí potíže v tom, že ačkoliv jim je něco vysvětleno, stejně to nechtějí chápat. Dále doplňuje svou výpověď: „*Nikdy neříkají pravdu. O těch informacích, co poskytuje lékař nebo my. Tak najednou nic neví, nikdo jim nic neřekl a takový.*“

Co se týká vietnamské minority, všechny sestry udávaly jako největší problém právě komunikaci. Sestry S1, S3, S6, S7, S8, S9, S10, S11 se shodují, že matky dětí zpravidla nerozumí, otcové ve většině případů umí jazyk lépe. To, že vietnamská minorita má již při příchodu do nemocnice svého osobního překladatele zajištěného, udávaly sestry S1, S2, S3, S4, S8, S10, S11, S12, S14, S15, S16. Přičemž se jedná buď o formálního překladatele, kterého neznají a sami si ho zajistí, nebo to může být někdo z rodiny – chůva, táta (S10), starší sourozenec (S11), kamarádka (S2) či paní, která prodává v jejich obchodu (S12). Nicméně sestra S14 navazuje na sestru S12 a popisuje neefektivitu překladu: „*...oni s sebou třeba vedou někoho, kdo s nima na té tržnici dělá, jakože překládá a zjistíme, že vlastně stejně nepřekládá, že si myslí, že když to řekne pomalu a nahlas, tak že on tomu porozumí.*“ Některé sestry (S1, S2, S5, S6, S9, S16) uváděly, že je možnost komunikovat s překladatelem prostřednictvím telefonického kontaktu a dorozumívat se tímto způsobem. Dalším možným způsobem komunikace s vietnamskou minoritou jsou dle sester S1, S2, S3, S4, S7, S8, S11 komunikační karty, kterými disponují jejich dětská oddělení. Sestra S14 zmiňuje vhodnou příručku, kterou získalo jejich oddělení od VZP. Možnost komunikace pomocí telefonů, a to konkrétně s pomocí jakéhokoliv překladače cizích jazyků, zmiňovaly sestry S1, S11, S16. V nejzazších případech uváděly sestry S1, S2, S4, S7, S11, S15 možnost dorozumívání se pantomimou. Sestry S1, S14 a S15 upozorňují na klamné neverbální projevy (úsměv, přikyvování) matek a dětí vietnamské minority, jež se jeví jako porozumění, ale opak je pravdou. Komunikaci s ostatními cizinci popisovaly sestry velmi podobně. Sestra S1 a S16 uvádějí, že muslimové stejně jako vietnamská minorita měli zajištěného překladatele již v okamžiku, kdy byli do nemocnice přijati. Zkušenost s komunikací s muslimskými dětmi a jejich rodinou má i sestra S11, která stejně jako sestra S16 uvedla, že měli zajištěného překladatele po telefonu. Sestra S16 ještě doplňuje možnost využití mobilního překladače. Sestra S11 uvedla, že jim komunikaci s muslimským pacientem a rodinou zprostředkoval nemocniční překladatel. Zarážejícím faktem bylo, že pouze jedna sestra (S11) využila možnost nemocničního překladatele. Sestry S1, S6, S7, S8, S10 uvedly, že tuto možnost mají, ale buď ji nevyužívají, nebo o této možnosti či službě moc neví. Dvě sestry (S4, S16) uvedly, že touto možností jejich pracoviště nedisponuje. Sestry S4 a S13 se podělily o zkušenost s ukrajinskými pacienty, přičemž

obě vyzdvihují výbornou spolupráci. Sestra S4: „*Ona se snažila hrozně! Ona se fakt snažila hrozně česky, takže my jsme na ni mluvili pomalu a vždycky, když jsme jí něco řekli, tak jsem se zeptala konkrétně, jestli mi rozumí.*“ Sestra S13: „*Máme tu Ukrajinku a tam je úplně perfektní spolupráce. Ukrajinky jsou bezvadný.*“ Sestra S10 poukazovala na základní znalosti sester týkající se ruského, anglického a německého jazyka. Tyto jazykové znalosti pak sestry v komunikaci s pacienty hojně využívají. Vyzdvihla také znalosti a schopnosti jejich lékařů plynule komunikovat se zahraničními dětskými pacienty a jejich rodinami.

Významným sdělením přispěly sestry S4 a S7, které jako jediné z šestnácti dotazovaných sester uvedly, že je pro ně důležitá zpětná vazba, to, zda děti a rodiče porozuměli. Proto přidávám jejich úryvek odpovědi. S4: „*A pak jsem si to vlastně ověřila i tím, že jsem se jí šla za pár, já nevím, za hodinu, za dvě zeptat znova nebo na tu konkrétní věc, co jsem jí vysvětlila...*“ S7: „*Snažíme se, aby nějak pochopila, co po ní chceme. A hlavně, aby byla nějaká zpětná vazba.*“

b) Nedodržování pravidel

Problém s dodržováním pravidel uváděly sestry S1, S3, S4, S6, S7, S8, S9, S10, S14, S15 u romské komunity. Největší problém je s nedodržováním časů ze strany matek, především se to týká uspokojení potřeby kouření (S1, S3, S7, S8, S8, S9), což konkrétněji popisuje sestra S1: „*Nesmí se tu samozřejmě kouřit, takže když maminku nepustíme kouřit, tak nám někdy kouří na záchodě.*“ Sestry S3, S4, S8, S9 zmiňují problém velkých návštěv dítěte romského etnika. Sestra S4 popisuje situaci, která nastala na ARU, kam chtěla jít za pacientem na návštěvu celá širší rodina. Staniční sestra a lékař tedy museli romské rodině vysvětlit, že návštěva celé rodiny opravdu není možná. Naproti tomu sestra S3 raději romské minoritě ustoupí: „*...tak třeba chřipkový epidemie, nejsou návštěvy, nemůžou, tak jim třeba člověk povolil...nebo já nevím. To zase bych přecházela do toho, že nedodrží pracovní povinnosti, ale... Oni umí tlačit víc na pilu a člověk fakt nechce mít problémy s nima.*“ S problémem kouření a návštěv úzce souvisí problém, který udávají sestry S8 a S9. Přidávám jejich výpovědi: „*Maminky tady často odkládají děti a chodí si někam pryč.*“ (S8) „*...maminky tady nechtějí být s dětma.*“ (S9) Podle sestry S1 se koukají dlouho na televizi, dedukuje tedy, že by se mohly bát, ale nemůže to říct s přesností. Sestra S15 uvádí postřeh, že romská minorita odmítá hospitalizaci. Tento názor podporuje sestra S9, která tvrdí, že chtějí brzy z nemocnice domů. Sestra S4 popisuje negativní zkušenost s romskou minoritou

týkající se spolupráce mezi rodiči a ošetřujícím personálem: „Protože jsem řekla, nesahejte na to dítě, jenom se koukejte, prostě to...a oni na něj stejně hrabali. Kolikrát je upozorňovat, než přijdete, umyjte si ruce, dejte si dezinfekci. To jsem jim musela připomínat víceméně pokaždý.“ Sestra S14 zmínila, že si často přeobjednávají termín prohlídky, mají někdy problém s dodržáním času a celkově s dodržováním přesných věcí. Na což navazuje sestra S9, která potvrzuje, že romské etnikum nedodržuje vůbec režim a s tím souvisí problém týkající se následné péče – nechodí na kontroly. Popisuje i problém s dodržováním diety, kterou má dítě určenou.

c) Ostatní/další problémy

Další problém zaznamenala sestra S1 u vietnamské minority, matky totiž mívají v noci hodně rozsvíceno. Domnívá se, že by se mohly bát, ale tuto myšlenku nemá ověřenou. Řešení prý neexistuje. V případě, že jim zhasnou, si prý stejně znovu světlo rozsvítí. Sestra S15 tvrdí, že vietnamská minorita stejně jako minorita romská odmítá hospitalizaci: „Oni třeba přijdou do nemocnice, že je něco bolí a následně odmítají hospitalizaci.“ Z pohledu sestry S6 byl u muslimského pacienta problém v tom, že otec dítěte chtěl u všeho být. Popisovala, že bylo obtížné něco udělat a že na to v naší zemi nejsme zvyklí. Sestra S15 přidává také zkušenost s muslimy: „To byla noční plná strachu. Nebylo to příjemný. U chlapců odmítali ošetření od žen, což je docela těžký, když jsou na dětském oddělení všechen personál jen ženy.“ U muslimů byl zaznamenán (S16) problém s pojištěním. Proto se prý u muslimských dětských pacientů nedělá tolik výkonů, protože buď nechtějí, anebo by to nemohli zaplatit. Ve spojitosti s cizinci celkově uvedla stejný problém sestra S12: „Nemají pojištění, špatně se pojišťují...“

4.3.3 Kategorie: Vztah sester k transkulturním odlišnostem

Schéma 3 Vztah sester k transkulturním odlišnostem



a) Respektování kultur

Na otázku: „*Myslíte si, že jsou respektovány minoritní skupiny?*“ mělo kladnou odpověď sedm sester S6, S7, S10, S12, S13, S15, S16. Sestry S6, S10, S15 a S16 se shodují na tom, že se minoritní skupiny respektují až dost. Příkládám výpověď sestry S10: „*Jsou určitě. Ustupuje se jim více, než je zdrávo. Hlavně spíš těm Romům teda.*“ Dále sestra S15 uvádí: „*Ano. Mnohdy víc než majoritní společnost.*“ Uvádím i část odpovědi sestry S16: „*No...určitě, určitě. Jako fakt až dost bych řekla, až já bych takhle úplně zas až jako nerespektovala..... Myslím si, že maj většinou výhodu fakt než u nás český děti, no...*“

Sestry S1, S2, S5, S8, S9, S11, S14 se nepřiklání ke kladnému ani zápornému postoji. Nejčastější odpověď sester charakterizuje tvrzení sestry S2: „*...někdo je respektuje a někdo ne.*“ Přičemž sestry S2, S5, S8, S11 se shodují na tom, že v rámci profese a ošetrovatelské péče jsou minoritní skupiny respektovány nebo by alespoň měly být. Například sestra S2 popisuje, že by minority měla v rámci profese respektovat, a tudíž k nim přistupovat profesně. Sestra S9 zmiňuje, že v nemocnicích jsou minority respektovány, protože musí, ale mimo nemocnici dle jejího názoru respektovány nejsou. O tom, že respektování minoritních skupin záleží na úrovni vzdělání a věku jednotlivých lidí, se zmiňuje sestra S14. Popisuje i konkrétní přístup lidí k minoritám: „*...někdo třeba Vietnamce bere jako podřadnou záležitost...To stejný s těma Romama....někdo na nich nenechá nit čistou. Za mě, já s nima problém nemám*“

vůbec.“ (S14) Zajímavý názor podala sestra S4: „*Já si myslím, že by to mohlo bejt lepší z toho důvodu, že...jasně oni potřebujou jakoby trošku jinej přístup, ale prostě ta situace ve zdravotnictví...já si myslím, že ten přístup by byl daleko lepší, kdyby bylo na oddělení prostě třeba o sestru navíc.*“

b) Tolerance k potřebám dětí z jednotlivých minorit

Většina sester, a to celkem třináct (S1, S2, S3, S5, S6, S8, S9, S12, S13, S14, S15, S16), se shodla na tom, že jsou tolerantní vůči transkulturně odlišným potřebám dětských pacientů. Sestra S3 upřesňuje: „*Tak když po mně nechtěj něco, co se neslučuje s mým vědomím, svědomím, tak mi je to úplně jedno.*“ Sestra S6 doplňuje výpověď: „*...pokud nevyčítím, že mě vyloženě někdo využívá, tak si myslím, že jo.*“ Sestra S16 zmiňuje, že je tolerantní, jestliže to není v rozporu s poskytováním ošetrovatelské péče a se zdravotním stavem dítěte. Sestry S4 a S7 uvádí, že se snaží být tolerantní, přičemž sestra S4 popsala negativní zkušenost s romskou minoritou: „*...snažila jsem se bejt, ale kolikrát ti Romové mi úplně příjemní nebyli.*“ Odlišný názor podala sestra S10, ta tvrdí, že musí být tolerantní, i když s názorem jiných nesouhlasí.

c) Znalosti sester

Dostatečné množství znalostí o transkulturních odlišnostech dětí udávají sestry S9, S10, S11, S12, S13, S15. Přičemž sestra S9 zhodnotila své znalosti pozitivně, ale doplnila, že by mohla vědět i více. Sestra S4 si myslí, že má dostatečné množství informací o buddhismu a islámu, ale jinak rozhled nemá. Podobný názor má sestra S7. Striktní odpověď podává sestra S3: „*Nevím, jestli mi ty informace chybí...já mám svých starostí dost.*“

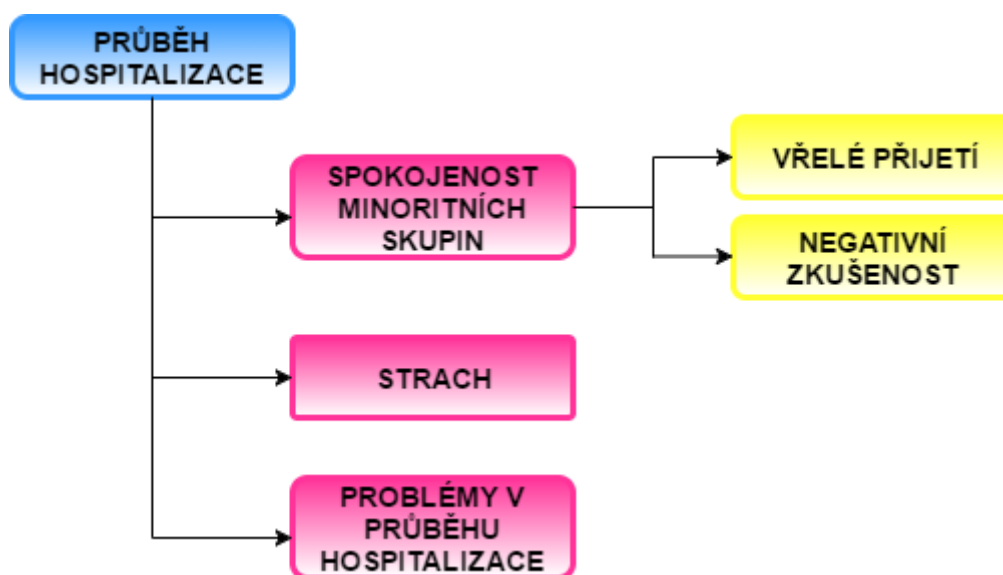
Jedenácti sestrám (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S14, S16) byla položena otázka, zda by měly zájem dozvědět se více o transkulturních odlišnostech, tedy o rozdílech a specifikách jednotlivých minoritních skupin, přičemž pět sester (S2, S4, S7, S8, S9) na uvedenou otázku odpovědělo kladně, měly by zájem o více informací, a šest sester (S1, S3, S5, S6, S14, S16) uvedlo odpověď zápornou. Sestry S10, S11, S12, S13, S15 nebyly dotazovány, protože s jistotou odpověděly, že znalosti v oblasti transkulturních odlišností mají.

4. 4 Třetí fáze výzkumného šetření: Kategorizace a analýza výsledků rozhovorů - rodiče

Třetí fázi výzkumného šetření představuje systematické uspořádání dat vygenerované z polostrukturovaných rozhovorů s respondenty – rodiči jednotlivých minoritních skupin, respektive skupin, se kterými se sestry nejčastěji setkávají při poskytování ošetrovatelské péče na dětském oddělení (zpracováno v kapitole 4.2.1).

4.4.1 Kategorie: Průběh hospitalizace

Schéma 4 Průběh hospitalizace



a) Spokojenost minoritních skupin

Spokojenost s hospitalizací a přístupem personálu udávaly respondenti R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R12, R14, R16. Respondentku R8 překvapila péče, která byla jejímu dítěti věnována, popisuje: „*Ano. Řekla bych, že až moc, protože oni třeba chodí každý tři hodiny měřit teplotu. Mohli by jednou v noci (smích).*“ Respondentka R3 dokonce uvedla, že jí sestry věnovaly více času kvůli výslovnosti, a když bylo třeba, mluvily s ní anglicky. S ochotou a příjemným personálem se setkala i respondentka R11, ta však negativně hodnotila vzhled a vybavení pokoje. Respondentky R9 a R15 se shodly na poskytování standardní péče. Respondentka R9 se nesetkala s žádnou negativní reakcí, ba naopak se jí líbilo, že lékaři poskytli prostor pro jejich názory nebo požadavky a snažili se je pochopit. Respekt ze strany personálu potvrzuje i respondentka R15, která ale zmiňuje, že má vůči personálu i několik výhrad. Dle jejího uvážení zřejmě nebyl zdravotnický personál s jejich vírou tolik obeznámen a potvrzuje, že Svědkové Jehovovi nebyli dříve tolik respektováni, jako je tomu dnes. Respondentka

R9 kladně hodnotí automatické zapsání informací o jejich vyznání do karty pacienta. Díky tomu může zdravotnický personál provádět opatření, aby nedošlo ke zbytečným ztrátám krve tak jako se s tím setkala respondentka R15.

O negativní zkušenosti týkající se několika lékařů se podělila respondentka R13: *„Protože každý lékař nemusí koukat na národnost, jo, a on mně prostě říkal, že jsem jako cizinka, jako ztratím peníze českého zdravotnictví, představte si. To bylo hrozný...jako špatně nás osočil. Já jsem jako věděla, protože já znám svoje dítě. Už byl dehydratovaný, protože jsem jako lékařka, tak sem říkala, musíte ho prostě hospitalizovat.“* Následně byla matka s dítětem poslána od přijímajícího lékaře k další lékařce, která: *„...doktorka byla jako Slovenka, jako špatně se chovala. Protože to jednání bylo hrozný, jako hned na mě jako najela. Jako umíte rusky nebo umíte jako česky.“* Lékařka dítě nepřijala a matka byla s dítětem poslána k pohotovostnímu lékaři, který dítě nevhodně ošetřil a následně poslal domů. Pro zhoršující se stav musela matka opět volat sanitu, přičemž se záchranář divil, proč nebylo dítě do nemocnice přijato již dříve. Matka byla spolu s dítětem hospitalizována na infekční oddělení, kde si péči personálu velice chválila. Respondentka R13 dodala závěrem, že záleží jen na lidech, se kterými se člověk setká. Špatnou zkušenost udává i respondentka R10: *„...tak ten přístup sester je příšerný. Ti doktoři teda, to je takový přístup lacný. Protože ty sestry, obecně známo, jsou nespokojný, že jo...takže tím, že jsou nespokojný a doktoři tam většinou nebývají asi, což já jsem poznala, že chodili jenom na vizity, a pak jsem je vůbec neviděla, když jsem je potřebovala, tak prostě tam nebyli...“*

b) Strach

Respondentka R1 neměla strach z personálu, ale z toho, jak bude probíhat hospitalizace, obávala se toho, aby bylo vše v pořádku. U této pacientky se jednalo o porod a následnou poporodní péči o dítě. Podobně odpověděla respondentka R6, která měla obavy, jak bude hospitalizace jejího dítěte probíhat. Přítomnost strachu z hospitalizace udávali i respondenti R3, R5, R7, R16. Strach z hospitalizace přiznává také respondentka R9, která se obává medializování jejích víry v negativním smyslu. Respondentka R2 neuvádí strach z hospitalizace, ale podotýká, že je pro cizince hospitalizace jinde než v zemi jejich původu stresující.

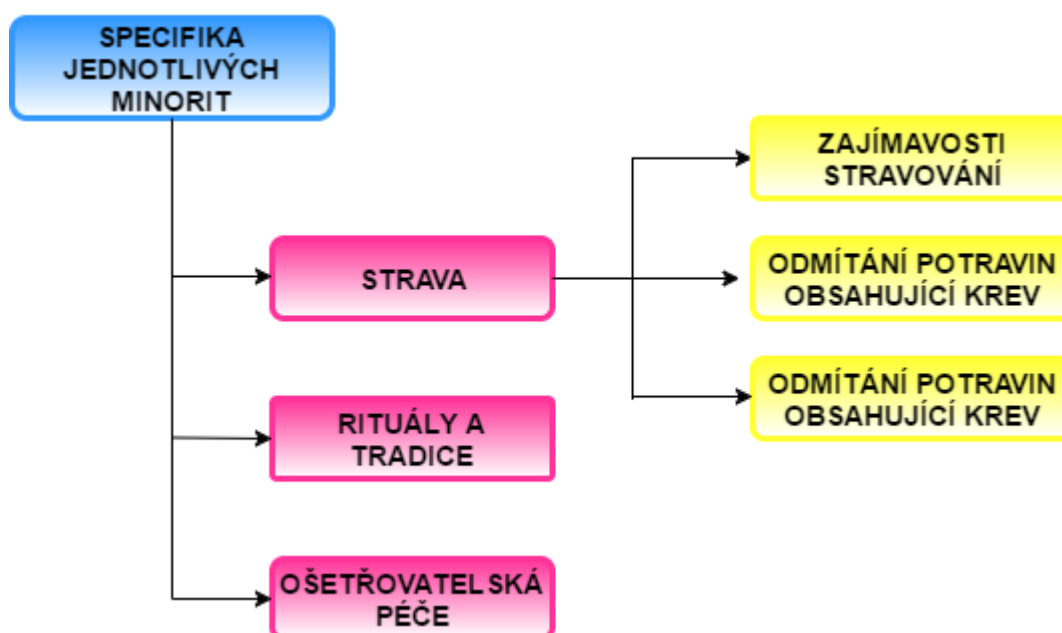
c) Problémy v průběhu hospitalizace

Odpovědi na otázku, zda měli respondenti v průběhu hospitalizace nějaké problémy, se lišily. Respondenti R4, R5, R6, R12, R14 neudávali žádné potíže v průběhu hospitalizace. Respondentka R4 se domnívá, že je to z důvodu její dobré jazykové vybavenosti – českého jazyka.

Respondentka R1 odpověděla: „*No jen jak sem říkala...jak mi řekli, že mě domů nepustí, že na mě musí dělat šetření a tak dále. Ale nakonec se to teda vyřešilo.*“ Kladně na otázku odpověděli i respondenti R13 a R16. Uvádím odpověď R13: „*Prostě asi jo, asi to bylo spjaté s tím, že jsme cizinci, jinak by nám pan doktor neříkal to, co nám říkal, že jo.*“ Respondent R16 měl jiný problém. Popisuje, že byly v Čechách potíže s tím udělat synovi obřízku. Prý je podmínkou, aby děti byly minimálně tři roky a aby mělo doporučení od lékaře. Ze Sýrie je respondent zvyklý dělat obřízku hned jak to jde a v lokální narkóze, což v ČR nejde, protože se dělá v narkóze celkové, což respondent označuje jako problematické. Řešit problémy v rámci hospitalizace musela i respondentka R10, která popisovala problém s vyřizováním papírových povinností (pojistek apod.). Sestra nebyla ochotna respondentce tyto věci vyřídit, učinila tak až na příkaz lékaře. Tatáž respondentka popisuje, že péče o ni a její dceru byla dobrá, personál jim oběma poskytl první pomoc a postaral se o ně, pouze se jí nelíbil přístup sestry, který hodnotí negativně v souvislosti s vyřizováním papírových záznamů.

4.4.2 Kategorie: Specifika jednotlivých minorit

Schéma 5 Specifika jednotlivých minorit



a) Strava

Stravování romské minority není nějak zvlášť odlišné od stravy naší. Obě respondentky (R1, R6) však zmiňovaly jídla, která Romové dělají o svátcích (není to ale podmínkou). Jejich delikatesou jsou plněné knedlíčky, které mívají především na Vánoce, udávala respondentka R6. Respondentka R1 zmiňovala polévku s domácími nudlemi a uzenou kotletu pečenou se slepicí jako typické jídlo Romů, které připravují na Boží hod vánoční. Respondentka R6 se vyhýbá podávání pálivých jídel dětem. Vietnamská minorita má stejně jako majoritní společnost tři hlavní chody, které dle respondentky R4 v průběhu dne doplňují o zeleninu a ovoce. Na otázku, zda ona a její syn jedli stravu z nemocnice respondentka odpověděla, že syn nemocniční stravu nejedl, protože potřeboval být lačný, a ona jedla jenom něco. Zdůvodňuje to tím, že není na tuto stravu zvyklá a někdy jí nechutná. Popisuje: „*No, my jsme zvyklí třeba na jinou rýži a tady vaří nebo vy ji máte takovou jinou trošku.*“ Maso prý jí jakékoliv, přičemž respondentka R14 se zmínila, že více než maso mají raději rybu a zeleninu. Respondentka R3 popisuje stravu, kterou dává či nedává svým dětem: „*Nedávám moc mléko, protože je tam hodně smetany, a to si myslím, že není pro děti dobré. Taky ne moc sladkostí. Spíše více zeleninu a ovoce. Ale celkově jídlo tady je jiné než ve Francii.*“ V jejich zemi není tak časté dělat polévky, ale zde si je její děti oblíbily, takže jim je vaří. Snaží se vyvarovat sladkému pití, raději dává dětem vodu, neslazený čaj, výjimečně mošt. Dále popisuje, že ve francouzských nemocnicích lidé dostávají jídlo 4x denně, nikoliv 3x denně jako tomu je v ČR, což jí přijde jako malé množství. Typická jídla pro respondentku R10 jsou boršč a pirohy z kynutého těsta. Respondentka R11 se snaží dostat půstu, který se dodržuje před Velikonocemi a Štědrým dnem – nejí se maso, konzumují se vajíčka, ryby a omezují se sladkosti, přičemž na Ukrajině nejí ani vajíčka a ryby, je to prý individuální. Půst by lidé dodržovali i v rámci hospitalizace, pokud by to tedy neohrožovalo jejich zdraví.

Všichni muslimští respondenti shodně odpověděli, že nejí vepřové maso. Respondent R16 upřesňuje, že se to netýká jenom vepřového masa, ale i vepřového sádla například při přípravě smažených pokrmů. Podle respondentky R13 je vepřové maso nezdravé, obsahuje hodně kyseliny mléčné a kvůli tomu má prý hodně lidí onemocnění zvané dna. Respondent R16 bere toto maso jako špinavé, hodně se kazí a kvůli tomu by pak mohlo přenášet nečistoty nebo parazity do těla. Na oblíbenosti skopového masa se shodují respondenti R7, R8, R13. Respondentka R8 ještě uvádí libost masa velbloudího a koňského, včetně koňských klobás. Respondetka R7 zmiňuje

kuskus jako jejich tradiční oblíbené jídlo. Dalšími typickými jídly jsou dle respondentky R8 manty (plněné kapsičky se zelím, masem a zeleninou) nebo bešparmak, překládáno jako pět prstů, protože toto jídlo člověk může jíst pěti prsty. Různorodost jejich kuchyně potvrzuje respondentka R13 a udává názvy jídel jako manty a langman. Tradici muslimských půstů zmiňují respondentky R8 a R13. Obě se ale shodují, že jejich rodiny nepatří mezi ty, jež by půst dodržovaly. Respondentka R8 popisuje půst: „30dnů. Jako říkají, že to strašně pomáhá – očišťuje. Ale moc tomu nevěřím, co je to za nesmysl, najídat se jako na noc, jíst pak ve čtyři ráno a nacpat se na celý den jako dopředu. A pak hladovět, celý den. To já nechápu. Nepijou, nejí, může se určitě opláchnout pusa, ale z pusy to určitě vyplivnout ven. Ani kapka nesmí zůstat v ústech.“ Respondentka R8 dodává, že základním smyslem půstu je nejíst, nepít a pohlavně nežít od východu do západu slunce, důvodem je sebevýchova. Jestliže má žena menstruaci, tak půst přeruší a pak si o daný počet dní menstruace musí půst prodloužit. Na otázku alkoholu odpověděl respondent R16 jasně ne. Ačkoliv respondentka R8 o své rodině tvrdí, že alkohol s mírou pijí, zároveň potvrzuje tvrzení respondenta R16, který udává, že pokud se jedná o ortodoxní muslimy, alkohol je vyloučen.

Svědkové Jehovovi mají dle respondentek R9 a R15 pouze jedno omezení ve stravě a to vyvarovat se jakéhokoliv jídla, které obsahuje krev, např. jelito či krvavá tlačinka. Respondentka R9 dodává, že se snaží jíst zdravě a mít dostatek vitamínů potřebných pro tělo.

b) Tradice a rituály

Obě romské respondentky se shodují na důležitosti zajištění křtu dítěte v co nejbližším termínu po porodu. Respondentka R1 upřesňuje: „Vlastně mezi těch šest neděl musí manžel vyřídít to, aby se pokřtila, aby byla co nejdříve pokřtěná. Nejdéle do měsíce. Oficiální křest je právě nejlepší pro to dítě, protože ona ho vybere jakoby z těch satanů.“ Dle respondentky R6 stačí dítě pokřtít v průběhu následujících 3 - 4 měsíců. Dále obě respondentky shodně uvádějí informaci týkající se oblečení novorozence, kdy zmiňují nutnost obléknutí dítěte do nového oblečení. Respondentka R1 uvádí důvod, proč se tato tradice zachovává: „Nesmíme nic vůbec mít předem, ani hřebínek ne, prostě nic. Prostě se stalo jednou olašské cikánce, že nakoupila věci předem a dítě se narodilo mrtvý. Takže se to nedělá.“ Respondentka R6, která není olašskou cikánkou, tuto informaci sice potvrdila, ale její názory nebyly tak striktní. Sama v rozhovoru zdůrazňuje rozdíl mezi jimi jako cikány a olašskými cikány. Důležité je první oblečení.

Později lze dítě oblékat do oblečení po sourozenci, na čemž se obě respondentky shodují. Respondentka R1 podrobně popsala náležitosti a důležitosti po propuštění z nemocnice, kdy se musí jet taxíkem, protože jsou cesty stále zkřížené, jak pro matku, tak pro dítě. Cestou se staví do kostela, kde 3x obejde oltář, vezme si svčenu vodu, která jí slouží k polítí jakéhokoliv Roma, jehož potká, a před vstupem do domu musí polít kočár a dítě. Po dobu následujících šesti neděl je matka hříšná a z tohoto důvodu musí být v kontaktu jenom s nejbližší rodinou – manžel a děti. V případě, že by přišel někdo na návštěvu, nesmí být viděna a nesmí nabídnout jídlo, které připravovala ona sama. Dále zmiňuje nevhodnost chození do společnosti před termínem porodu: „...*ted' vám odteče voda a je to ostuda před olašským cikánama, že by to viděli chlapi.*“ Mimo tradice spojené s dětmi se respondentka R1 zmínila o rozdílech v námluvách. Otec syna musí buď udělat velkou svatbu, anebo zaplatit peníze a tím koupit dívku od rodiny. Pokud rodina souhlasí s přijetím peněz, tak se hodnota dívky může vyšplhat až na 200 – 300 tisíc korun. Podmínkou je, aby dívka byla panna. Jestliže není, ztrácí hodnotu.

S narozením vietnamského dítěte se pojí nejrůznější tradice. Respondent R14 popisuje, že se narození dítěte sice slaví, avšak pořádná a velká oslava nastává až po dovršení třech měsíců dítěte. Do doby než dítě dosáhne tří měsíců, nosí na krku či na ruce zlatý nebo stříbrný řetízek a dostane talisman od rodičů, nejčastěji nějaký přívěsek. Tyto věci by měly dítě ochraňovat. Narozdíl od romské minority nemá vietnamská minorita v případě nutnosti operace problém se sundáním těchto předmětů. R14 popisuje tradici, týkající se rodiny. V případě, že někdo z blízkých umře, tak se vyvěsí fotky na předem určené místo, do předsíně, a vždy buď první, nebo patnáctý den v měsíci zapálí svíčku a voňavé tyčinky. Respondentka R4 se spolu s respondentem R14 shoduje na buddhistickém vyznání vietnamské minority, přičemž ani jeden neudává žádné pravidelné modlitby či meditace. Dle výpovědi respondenta R14 se největší svátek buddhismu nazývá Den Matka a oslavuje se 15. 7. Nový rok, oslavován na konci února našeho kalendáře, by měl být pro buddhisty významnější než Vánoce.

Dle muslimských tradic se s narozením dítěte pojí spousta rituálů. Po narození se, dle respondenta R16, šeptají dítěti do ucha věty na základě islámu. Toto tvrzení respondentka R8 nepotvrdila a uvádí, že se to dělá pouze v případě úmrtí. Respondenti R8 a R13 se shodují na oslavách dítěte až po ukončení čtyřicátého dne života. Respondentka R8 zmiňuje oslavy dítěte po sto dnech, po roce a pak již každý rok, jak je to běžné. Vysvětluje i důvody, jež vedou k této tradici: „*No, že to dítě nemá ještě svou obranu. Svůj obal, svou imunitu. 40 asi jako číslo magické pro muslimy.*“ Po čtyřiceti

dnech života dítěte se také dle respondentek R8 a R13 stříhají vlasy. R8 ještě dodává stříhání nehtů na nohou i rukách. Respondent R16 se sice také zmiňuje o nutnosti stříhání vlasů, nicméně udává jiný časový horizont, a to až po roce věku dítěte. Důvody stříhání vlasů dítěte se liší. Udávám jednotlivá vysvětlení: „*Protože to jsou vlasy, které měl ještě v děloze. Tak to ostříháte, protože se začíná nový život. (R13)*“ „*...aby měl jako pevný vlasy potom, až mu začnou růst.*“ (R16) Tito dva respondenti se shodují na oslavě dítěte v rodinném kruhu, avšak respondent R16 upozorňuje na fakt vyhnutí se alkoholu při oslavě. Respondentka R8 udává, že je po této době možné dítě ukazovat lidem a popisuje podrobněji rituál, který se provádí po čtyřiceti dnech od narození dítěte: „*Vykoupou se ve vodě...ve slané vodě. A...dají do kolíčky. A to je celej ceremoniál. Děti udělají kolečko kolem té kolíčky a...hází se bonbony, jakože dítě kaká bonbony a děti lezou pod tu kolíčku a sbírají bonbony. Bonbony samozřejmě, aby měl sladký život.*“ Respondent R16 se zmiňuje o obětování beranů v souvislosti s oslavami narozeného dítěte. V době, kdy začne dítě chodit, se dělá další ceremoniál, který zmiňuje respondentka R8. Nejstarší člen rodiny připoutá dítěti nohy k sobě, přičemž dítě má před sebou bílý koberec, na jehož konci jsou předměty – hudební nástroj a peníze, dále pak třeba kniha a podobně. Jeho budoucnost určí předmět, po kterém dítě jako první sáhne. Nutnost obřízky u chlapců zmiňují respondenti R8, R13 a R16. Respondentka R8 datuje provedení výkonu od 3 – 4 let, což podobně udává i respondentka R13, která výkon spojuje s věkem 4 – 5 let. Respondent R16 zmiňuje vhodnost provedení výkonu co nejdříve. Výkon je prováděn z hygienického hlediska, kvůli čistotě, aby se tam nedostaly bakterie a nevznikaly záněty, na čemž se všichni tři respondenti shodují. Respondentka R8 popisuje ceremoniál obřízky chlapce: „*...jak mají ten obřad – to se teda taky dělá velká oslava. Třeba tři sta lidí. Ano, posadí ho na hezkýho koně, ozdobenýho koně a ten kuň udělá kolečko v restauraci. Ten kluk má nějakou brašnu, s kterou obchází lidi a dostává do ní peníze.*“ Magické číslo čtyřicet se dle respondentky R8 pojí s muslimy i v případě umírání, kdy se právě čtyřicátý den po úmrtí dělá ceremoniál – čtou se verše z Koránu a vše probíhá v kruhu rodinném. S překvapením dodala pro ni nepředstavitelný fakt, že se v ČR pohřbívají lidé do jednoho hrobu. Muslimové mají každý svůj hrob, a pokud chtějí například manželé být ve své blízkosti, není problém vykopat dva hroby vedle sebe. Dodává: „*To je pro muslima úplně nepochopitelný, ty hroby...to je...je to zlý. Rušit pokoj toho člověka.*“ (R8) Respondent R16 udává, že dodržuje rodinné tradice, jako jsou starost o rodinu a děti, pomáhat rodičům a slavit s nimi svátky, přičemž zmínil dva hlavní svátky –

Ramadám a další velký svátek konaný dva měsíce po něm, protože se lidé vrací z pouti. Při této příležitosti se lidem gratuluje, protože se očistili z hříchů, pak se oslavuje a obětují se berani. Z oslovených respondentů nikdo nekladl důraz na potřebu modlení, to potvrzuje respondent R16, který udává, že to nevyžadují, ale pokud bychom se setkali s jinými muslimy, mohli by vyžadovat modlení 5x denně. V souvislosti s náboženstvím respondentka R13 úsměvně podotýká fakt, že je u nás cca 80 % ateistů a přesto slavíme Vánoce. Muslimové slaví Vánoce 22. 3., na čemž se shodují respondentky R13 a R8.

Svědkové Jehovovi se dle respondentky R9 2x týdně sdružují a studují Bibli. Respondentka R15 popisuje, že pokud jsou hospitalizováni, nepotřebují k tomu žádnou zvláštní místnost. Prý se mohou modlit a ostatní lidé to ani nemusí postřehnout. Mají však rádi, když mají na modlitbu klid a chvíli, kdy si celou modlitbu mohou poslechnout na internetu. Pojetí smrti vysvětluje respondentka R15: „...v určitém čase přijde vzkříšení. Smrt je v podstatě takovej delší spánek.“

Tradiční křest dítěte od 3. měsíce věku popisuje respondentka R2. Kupuje se zlatý řetízek a v kostele dostane dítě svíčku. Pro respondentky R10 a R11 je důležité modlení. Respondentka R11 zmiňuje, že ona i syn nosí křížek na krku. Křížek jim prý už několikrát pomohl. Dále popisuje odlišnosti ve slavení svátků, kdy se Vánoce na Ukrajině slaví 6. 1. a nesmí nic jíst do doby, než člověk uvidí první hvězdu na obloze. Pak se mohou jíst bezmasá jídla, samotné maso mohou konzumovat až následující den. Protože respondentka a její rodina už nějakou dobu pobývají na území ČR, tak slaví české Vánoce a Silvestr s tím, že dárky nosí 1. 1. Děda Mráz. Typickou tradicí ve Francii je nekojit, což popisuje respondentka R3. Důvodem této tradice je krátká mateřská dovolená (u prvního dítěte měsíc před porodem a dva měsíce po porodu, u druhého dítěte měsíc před porodem a pět měsíců po porodu). Další tradicí je podporovat dítěte k samostatnosti. To znamená, aby mělo vlastní pokoj a spávalo samo. Aby nespalo s rodiči v pokoji a už vůbec ne s nimi v posteli. Francouzská jména jsou typická svou délkou a to proto, že Francouzi dávají jmen hned několik. Jako zajímavost udává respondentka R3 odlišnost v píchání náušnic: „Co je trochu odlišné, že my necháváme píchat náušnice hned, ale až od šesti let a výš.“

c) Ošetřovatelská péče

Z hlediska ošetřovatelské péče udává respondentka R6 nutnost nesundávání červeného náramku na ruce dítěte, a to ani v průběhu hospitalizace či potřeby operace dítěte. Tento náramek má dítě do doby křtu a má ho chránit před škaredými sny.

Při poskytování ošetřovatelské péče vietnamskému dítěti je nutné vyvarovat se doteků na hlavě, což udává respondent R14. Respondent R5 a respondentka R4 se shodují na tom, že je pro ně v rámci ošetřovatelské péče důležité vědět co nejvíce informací a mít ke všemu dostatečné vysvětlení. Pro respondentku R12 je nejdůležitější zdraví dítěte.

Respondentka R8 se vyjadřuje k problematice transplantací: *„U nás jenom...co se týče transplantace po tom, když člověk umře, tak u nás se to moc nepodporuje tady to. Jako odběr orgánů po smrti. To je jakože to, co člověk potřebuje, když je na světě, tak i potom. Udržení celistvosti toho organismu.“* Dále popisuje nesouhlas s pitvou, muslimové špatně snáší, když má dojít k otevření těla po smrti. Ze zajímavosti byla respondentce položena otázka, jak se staví k dítěti a k ošetřovatelské péči o dítě, jehož životní funkce za něj zvládá přístroj: *„Já bych ho nechala. Nějaká šance nebo naděje žije v každém člověku.“* V případě, že by dítě mělo jít na operaci, je mu dle respondentky R8 možné předčítat verše z Koránu. Respondenti R7 a R16 se shodují, že je důležitá pečlivost a milý přístup v rámci ošetřovatelské péče. Respondent R16 ještě dodává, že je směrodatná odbornost a že by se mohl ošetřující personál také setkat s požadavkem ošetření ženy od ženy jako lékařky a ne od lékaře. U dětí to prý ještě není tolik podstatné. Respondentka R13 by od zdravotnického personálu vyžadovala slušné chování k minoritám, a to na základě její negativní zkušenosti (popisovaná v kapitole 4.4.1).

Ošetřovatelská péče je u Svědků Jehovových specifická hlavně z důvodu odmítání krevních transfuzí, na čemž se shodují obě respondentky (R9, R15). Co konkrétně Svědkové Jehovovi odmítají a co mohou, popisuje respondentka R9: *„Svědkové Jehovovi odmítají vlastně transfuzi plné krve, červených krvinek, bílých krvinek nebo plazmy, že jo, ale potom už je na otázce každého svědomí, co se týče třeba těch drobných menších frakcí.“* Respondentka R15 je ochotná přijmout albumin, imunoglobuliny nebo srážlivý faktor. Odběr krve pro uskladnění, pozdější transfuzi či dárcovství respondentka R15 odmítá. Názorově se shoduje i respondentka R9, která vysvětluje: *„Ne, že bychom neměli jako lidi nějak rádi nebo nechtěli pomáhat, to vůbec ne, ale máme na to prostě názor na svátost té krve a že by se s ní prostě nemělo takhle*

zacházet.“ Důvod nepřijímání krevní transfuze z pohledu respondentky R15: „*Protože boží přikázání je, že krev je prostě svatá. Je to zdroj života. A je to v rukou Boha. Prostě ten dává život. A přímo tam bylo přikázání, že se s krví nemá zacházet nevhodně.*“ Stěr krve z rány obě respondentky popisují jako neškodný. Respondentka R15 dodává, že pokud by šlo o případ operace, kde by šla krev z těla ven a zpět se vracela, není to nic proti božimu přikázání. V rámci ošetrovatelské péče jsou Svědkové Jehovovi dle respondentky R9, spolupracující pacienti, kteří se snaží předcházet problémům a chodí pravidelně na preventivní kontroly. Příkladám část výpovědi: „*Naším cílem je určitě s lékaři spolupracovat. Prostě dělat, co je v našich silách, abychom je jakoby podpořili a oceňujeme, když prostě oni se snaží spolupracovat s námi.*“ Respondentka R9 informuje o existenci notářsky ověřeného dokumentu, který se nazývá: Plná moc a pokyny pro léčebnou péči, v němž je zaznamenáno poučení pacienta, rozpis jeho léků, co přijímá a co odmítá. Tento dokument nosí Svědkové Jehovovi při sobě pro případ, že by byli v bezvědomí a nemohli tak za sebe rozhodovat. Při otázce, co je pro Svědky Jehovovi při péči důležité zmínila respondentka R9 způsob jednání. Pro respondentku R15 je důležité nezesměšňování před ostatními a respektování názoru ze strany ošetřujícího personálu: „*Člověk jako si přeje nějaký pochopení a toleranci. Neznamená to souhlas, že se mnou musí souhlasit, ale aby mě respektovali.*“

Z hlediska ošetrovatelské péče je pro všechny respondentky (R2, R3, R11, R10) důležitý přístup personálu a komunikace. Respondentka R11 popisuje právě problém nedostatku sester: „*Pokud ta nemocnice je na tom jako dobře a vezme dostatek sester, tak to je jasný, že oni tam prostě mají čas na ty lidi, ale pokud jich je tam málo, mají toho hodně a ještě musí psát spoustu papírů prostě...tak se ani nedivím, že ten čas nemají nebo že jsou nervózní, že něco nestíhají.*“ Respondentka R3 ještě dodává, že je důležité mít možnost se svobodně rozhodnout. To popisuje na příkladu z Francie: „*...třeba svobodně se rozhodnout. Ve Francii se třeba neptají na to, zda chcete epidurál, ale je to spíše normální.*“

5 DISKUZE

Setkávání se s kulturně odlišnými pacienty bude dle mého názoru stále častější a je důležité vyzdvihnout aktuálnost tématu a podpořit zájem o něj. Mareš (2011) popisuje, že přibývá specifických skupin pacientů a to v souvislosti se vstupem ČR do EU, zaměstnávání cizinců nebo volnějším pohybem osob. Jedná se dle něj o uprchlíky, přistěhovalce, cizince s přechodným pobytem, tedy o jedince jiných kultur, etnik či náboženství. Kostelníková a Kisel'ová (2011) zmiňují zvýšené setkávání se s pacienty jiných kultur, a proto kladou důraz na to, aby sestra disponovala nejen vědomostmi o formálním ošetřovatelství, ale také znalostmi týkající se tradiční péče. Důležité je, aby sestry mohly poskytovat profesionální péči právě klientům z jiných kultur. Uričková (2012) popisuje potřeby multikulturní společnosti, jež klade důraz na sestry, které by při poskytování zdravotnické péče pacientům z rozdílných etnických a kulturních zázemí, měly poznat a posoudit kulturní rozdíly a mít tak vědomosti a zručnosti v oblasti kulturních kompetencí.

Cílem práce bylo odhalit specifika jednotlivých minoritních skupin, přičemž nejdříve bylo potřeba zjistit, s jakými minoritními skupinami se sestry nejčastěji setkávají. Tyto informace byly získávány v první fázi výzkumného šetření v rámci pilotní ankety a dále potvrzeny v druhé fázi výzkumného šetření při rozhovorech se sestrami. Sestry se nejčastěji stýkají s pacienty následujících minorit (seřazeno dle četnosti): romská minorita, vietnamská minorita, cizinci z Ukrajiny, Ruska, Německa, muslimové, polsky mluvící pacienti, Svědkové Jehovovi a další cizinci, např. z Holandska, Ameriky apod. Kostelníková a Kisel'ová (2011) provedli výzkumné šetření a shodně zjistili, že se sestry na Slovensku nejčastěji setkávají s romskou komunitou, vietnamskou komunitou, s pacienty z Polska, Česka, Anglie, Německa a Itálie. V rámci pilotní ankety bylo zjištěno, jak často se sestry s danými minoritními skupinami setkávají. Při každé směně poskytuje ošetřovatelskou péči, dítěti pocházející z některé minoritní skupiny 40 sester. Velmi často neboli téměř v rámci každé služby se s dítětem – pacientem jiné národnosti setkává 80 sester. Občasné setkání uvádělo 21 sester. Z důvodu nepochopení slova „minorita“ musel být tento výraz 27 sestrám vysvětlen. Nejčastější problémy, jež sestry řeší, jsou (seřazeno od nejčastějších): jazyková bariéra, strava, komunikace (mimo jazyk, tedy spíše verbální komunikace a přístup ke komunikaci), kulturní zvyky, spolupráce. Informace o problémech s minoritními skupinami byly získávány z první a druhé fáze výzkumného šetření.

Jedním z důležitých specifíků je strava, která byla v rámci první i druhé fáze výzkumného šetření označována jako problém, se kterým se ošetřující personál potýká při poskytování ošetrovatelské péče minoritám. Sestry udávaly, že si příslušníci vietnamské minority často donášejí stravu svoji. Dle sester mají s naší stravou trochu problém, což můžeme porovnat s výpovědi respondentů, kteří toto tvrzení potvrzují a dodávají, že Vietnamci mají jinou rýži a že nejsou na naši stravu tolik zvyklí. Dále se respondenti zmínili o kladném vztahu k ovoci a zelenině, jež konzumují v průběhu dne. To, že významnou roli ve stravování hraje ovoce a zelenina udávají i Plevová et al. (2011). Maso jí Vietnamci jakékoliv a s rybou nemají problém. Stejného názoru je i Kadlecová (2014), která uvádí, že jsou jejich pokrmy sestavené zejména z rýže a listové zeleniny. Mají dost kořeněná jídla, a proto tolik nesolí. Tóthová et al. (2010) se shodují s tvrzením o pestrosti výběru masových pokrmů i libosti ryb a doplňuje další oblíbené pokrmy vietnamské minority, jako jsou krabi, úhoři, sépie, dále maso psí, hadí, kočičí, žabí nebo slepičí pařáty. Kadlecová (2014) se zmiňuje o pitném režimu, který dodržují, přičemž nepijí nic studeného, většinou pijí vodu nebo čaj pokojové teploty.

Donášení jídla do nemocnic je typické i pro romskou minoritu. Romové sice nemají problém s naší stravou, ale rodiče donášejí dětem co jim chutná, bez ohledu na jejich zdravotní stav. Dle výpovědi sester jim donášejí salámy, uheráky, jídla z McDonalds, a to i za předpokladu, že by dětem z uvedených jídel mohlo být špatně. Nováková (2012) udává oblíbenost tučných jídel u romské minority. Ve srovnání s výpověďmi ze stran respondentů není jejich stravování nijak odlišné až na pokrmy, které dělají o svátcích či při nějakých příležitostech. Zmiňovali polévku s domácími nudlemi a pečenou kotletu se slepicí jako typické jídlo na Boží hod. Na Vánoce prý dělají plněné knedlíčky. Holubki (plněné zelné listy) a mačanku z masa (polévku) uvádí také jako typická jídla Romů Nováková (2012). Jedna respondentka uvedla, že se u svého dítěte vyhýbá podávání pálivých jídel. Ačkoliv se sestry ani respondenti nezmínili o jiných tradicích v souvislosti se stravováním, Nováková (2012) jejich stravovací zvyklosti popisuje. Jedná se o tyto zvyky: nespotřebované jídlo vyhazují, pokrmy jsou připravovány jen v nádobách tomu určených a hospodyně musí mít vždy dobrou náladu, nejí ohřívána jídla, jídlo, které upadlo na zem, či do něj spadl vlas a také nejí koňské maso. Jejich nerespektování diety i za předpokladu, že by to nemuselo být příznivé pro dítě, může úzce souviset s jejich životním stylem, protože jak uvádí (Kober, Kovalčíková, Siska, 2011) je pro jejich životní styl typická nepravdivost a neschopnost dodržovat omezení. Podle Bouzka (2008) je pro ně plánování velkým

problémem, žijí totiž konkrétním dnem či týdnem. Paradoxně chtějí mít Romové co nejkratší hospitalizaci. Jelikož ale mají problém s dodržováním režimu, následné péče nebo termínů prohlídek, které si často přeobjednávají, je toto nereálné. Členové vietnamské minority chtějí stejně jako Romové krátkou hospitalizaci. Kutnohorská (2011) popisuje, že jsou z hlediska dochvilnosti spolehliví, což je dobrý předpoklad pro kvalitní následnou péči. Problém u nich však nastává v tom, že neudávají bolest, a proto je těžká jejich léčba, když o ničem sestru neinformují. To potvrzuje Kutnohorská (2013), která klade důraz na to, aby se sestra neustále ptala, zda je něco nebolí. Ačkoliv české sestry v rámci výzkumného šetření udávaly spolehlivost vietnamských pacientů v dodržování preventivních prohlídek či v následné péči Yu, Huang, Singh (2010) zjistili v rámci svého výzkumného šetření, že v Kalifornii lékaře moc často nenavštěvují. Důvodem může být, že nemístní, tedy nekalifornské děti, nemají pojištění. Problém s pojištěním zmínily i sestry v našem výzkumném šetření v souvislosti s muslimy či jinými cizinci, kteří zde nemají trvalý pobyt.

Muslimové dle výpovědí sester nejedli maso. Některé sestry udávaly, že raději jedli svoje pokrmy. V porovnání s výpověďmi muslimských respondentů nejí pouze vepřové maso, pozor si však dávají i na pokrmy připravené na vepřovém sádle. Toto tvrzení potvrzuje Saadouni (2008), jenž doplňuje ještě zákaz pokrmů připravených na alkoholu i zákaz samotného alkoholu, což uvádí i jeden z respondentů. Rodina jedné respondentky tato pravidla nedodržuje, avšak dodává, že ortodoxní muslimové zřeknutí se alkoholu dodržují. Králíková (2008) dává dobré doporučení pro muslimské pacienty – navrhuje vegetariánskou stravu v průběhu hospitalizace. Vepřové maso je dle respondentů špinavé, brzy se kazí a obsahuje hodně kyseliny mléčné. Dále muslimové udávají libost v mase koňském, velbloudím či skopovém. Dvě respondentky udávaly tradici půstu, kterou ale ony konkrétně nedodržují. Nevidí v tom totiž význam – celý den nejíst a nepít, zvláště, když je člověk v práci a potřebuje energii. „Saum“ neboli půst v měsíci Ramadámu je čtvrtým pilířem islámu (Self, 2008).

Respondentky – cizinky uváděly také rozdílnosti ve stravování. Francouzka nedává svým dětem mléko, protože je v něm hodně smetany a snaží se vyvarovat sladkostem. Jídelníček dětí doplňuje zeleninou a ovocem. Z pití pak děti dostávají nejčastěji vodu, čaj, výjimečně mošt. Respondentka také udávala, že tradicí v jejich zemi je nekojit, a to z důvodu krátké mateřské dovolené. Proto je podstatný rozvoj a samostatnost dítěte. Dodává, že je důležité, aby dítě mělo svůj pokoj, minimálně vlastní postel. Překvapivě zmiňuje rozdílnost ve stravování v různých nemocnicích. Ve

Francii jsou zvyklí na příjem stravy 4x denně, v ČR pouze 3x za den, což jí přijde nedostatečné. Připomíná oblíbenost polévky u dětí, v jejich zemi přitom polévku nedělají. Respondentky původem z Ukrajiny uváděly pouze jejich typická jídla, jako jsou pirohy z kynutého těsta nebo boršč. Plevová et al. (2011) mluví o pokrmech, jako jsou: boršč, pelmeně, varenyky, plněné pirohy a neodmyslitelně také vodka. Jejich tradicí spojenou se stravováním je půst, jenž dodržují před Velikonocemi a Štědrým dnem. V rámci půstu nejí maso a omezují sladkosti. Půst by dle respondentek dodržovali i v rámci hospitalizace, pokud by tedy neohrožoval jejich zdraví.

Z řad Svědků Jehovových plynou omezení ve stravování, která sestry neudávaly, avšak respondenti se zmiňují o nepřijímání jakéhokoliv jídla obsahující krev. Jedná se např. o jelito či krvavou tlačenkou. Jedna z respondentek zdůrazňuje starost o své zdraví a snahu mít dostatek vitamínů v těle. Černá Pařízková (2015) udává, že Svědkové Jehovovi nekonzumovali maso z nevykrváčeného zvířete a pokrmy, do kterých byla přidána krev. To může souviset s jejich pečlivostí o svůj zdravotní stav, jak potvrzuje respondentka, která o nich mluví jako o spolupracujících pacientech. Schwarz (2008) podporuje toto zjištění a uvádí, že jsou Svědkové Jehovovi typičtí svou zdravotní disciplínou a snaží se pečovat o dobré vztahy mezi pacientem a lékařem. Pravidelně dochází na kontroly a snaží se předcházet jakýmkoliv problémům. Myslím, že vzhledem k pravidlům plynoucím z jejich komunity je tento přístup pochopitelný a určitě rozumný. Dle respondentů chtějí Svědkové Jehovovi se zdravotnickým personálem spolupracovat a na oplátku vyžadují, aby zdravotníci respektovali jejich pravidla a požadavky. To je reálné u dospělého člověka, ale jak to jde u dítěte? Nad tím se zamýšlí i Uhrek (2015), jenž popisuje nadřazenost práva na život právu na osobní svobodu. Černá, Pařízková (2015b) popisuje případ z ČR, kdy sedmiletý onkologicky nemocný chlapec podstupoval chemoterapii s nutností podání transfuzních přípravků, přičemž rodiče s podáním transfuze nesouhlasili. Tento případ byl řešen soudně a jeho závěrem bylo odnětí dítěte z péče rodičů. Ústavní soud rozhodl, že je ochrana zdraví a života dítěte relevantním důvodem do zásahu rodičovských práv. Podobně rozhodl také soud v Irsku, který potvrdil, že zájem novorozeného dítěte má větší hodnotu než vůle matky. A to na základě tohoto případu – žena (Svědkyně Jehovova): při porodu ztratila mnoho krve a nutně potřebovala krevní transfuzi, již odmítala. Dítě ale nemělo nikoho jiného, kdo by se o něj byl schopen postarat, proto soud v Dublinu nařídil, aby nemocnice udělala všechny kroky potřebné k záchraně matky i v případě, že by se bránila. Osobně si myslím, že názory na poskytování péče, respektive podávání

transfuzních přípravků nezletilým pacientům, nejsou jednotné a liší se. Klánová (2009) udává, že pokud například šestnáctileté dítě bude péči odmítat, je zákonem stanovená možnost rozhodování u rozumově vyspělých jedinců posoudit nezbytnost výkonu. Naopak Černá Pařízková (2015b) popisuje případ z Austrálie z roku 2013, kdy soud rozhodl o tom, aby sedmnáctiletý chlapec přijal transfuzní přípravky z důvodu onkologického onemocnění. To bylo odůvodněné zájmem státu udržet ho naživu do doby, než bude moci on sám svobodně rozhodnout o dalším postupu. Soud stanovil, že v této chvíli nebyl na odmítnutí léčby šestnáctiletý chlapec zralý. Z těchto případů lze soudit, že je přístup v každé zemi, možná dokonce u každého případu individuální. Nejsou tedy přesně dána kritéria, kdy transfuzní přípravky podávat a kdy ne. Z mého pohledu je vždy třeba myslet v první řadě na zájem dítěte. A poté také na trestní stíhání zdravotníka ze strany rodiny dítěte. Na důležitost trestního zákona upozorňuje i Uherek (2015), který udává vraždu, ublížení na zdraví a napomáhání k sebevraždě za trestný čin. Patří tedy nepodání transfuze k některému z uvedených trestných činů?

Vzhledem k rozdílnostem minoritních skupin je důležitý přístup a spolupráce k nim i samotná komunikace. Jazyková bariéra a komunikace byly zároveň v rámci ankety i polostrukturovaných rozhovorů se sestrami označovány jako problém při poskytování ošetrovatelské péče. To na základě výzkumného šetření potvrzují i Straková a Scholtzová (2012). Spolupráce s minoritami byla taktéž v první i druhé fázi výzkumného šetření označována za problém. Z mého pohledu je důležité vědět o temperamentu jednotlivých skupin, abychom mohli zvolit vhodný přístup k nim, byli schopni s nimi komunikovat a dojít k přijatelné shodě. Dle zkušeností sester je právě romská minorita výrazná svým upoutáváním pozornosti, neodbytností a vytrvalostí. Kober, Kovalčíková, Siska (2011) udávají jejich osobní znaky, jako jsou výbušnost nebo snížené sebeovládání. Sestry se shodly na opatrnosti v přístupu k romskému etniku. Upřednostňují mírnější přístup, na který Romové reagují lépe. Horáková, Procháska, Pekara (2011) na tato tvrzení navazují názory, že Romové dávají nespokojenost najevo agresivitou a nemají důvěru ke zdravotnickému personálu. Proto Kober, Kovalčíková, Siska (2011) uvádí, aby se sestry snažily o získání důvěry romského pacienta i jeho rodiny, respektovaly jejich emoce a byly trpělivé. Sestry také popisovaly romskou minoritu jako starostlivou, úzkostlivou, citlivou a s pevnou vazbou na děti. Jedna ze sester se přikláněla k tomu, že danou situaci romští rodiče abnormálně prožívali. Přecitlivělost romského etnika jako součást jejich charakteristiky zmiňují Kober, Kovalčíková, Siska (2011). Některé sestry ale z jejich chování vydedukovaly, že

děti na oddělení spíše odkládají. Z jejich charakteristických znaků lze potom lépe pochopit jejich chování a přístup. Sestry také zmiňovaly problém velkých návštěv. Toto sdělení Romové ani přes vysvětlení nebyli schopni pochopit. Na jednu stranu ani není divu, když podle Kobera, Kovalčíkové, Sisky (2011) kladou důraz na kolektivismus v jejich skupině a rodina je pro ně základní institucí, která představuje největší hodnotu (Davidová a Uherek, 2010). Navíc jsou emocionálně založeni, což ovlivňuje jejich chování a uvažování (Kober, Kovalčíková, Siska, 2011). Z toho plyne další problém, který sestry zmiňovaly v rámci polostrukturovaných rozhovorů, a tím je nedodržování pravidel. Konkrétně jde o nedodržování časů hlavně ze stran matek, k čemuž dochází především v případech, kdy odcházejí z oddělení ven, aby mohly kouřit. Matky mají na tuto činnost vymezený čas odpoledne, v období návštěv. I přesto tento čas nerespektují a chodí ven i dopoledne nebo večer. Jedna sestra uváděla, že se dlouho dívají na televizi, vietnamská minorita zase nechává dlouho rozsvíceno. Domnívá se tedy, že by se mohli bát, ale tuto myšlenku nemá ověřenou. V případě rozsvíceného pokoje prý řešení neexistuje, když jim sestry zhasnou, světlo si zase zapnou. Pokud ale neruší pacienty okolo, není to zase až takový problém. Některé sestry zmiňovaly, že jim raději ustoupí, jiné řešily problémy s Romy oznámením konkrétní situace vyššímu personálu (staniční sestře, lékaři). S výše uvedeným může souviset i zjištění Kostelníkové a Kisel'ové (2011), které v rámci svého výzkumného šetření poukazují na problémy romské minority, a to na nepřizpůsobivost a zneužívání sociálního i zdravotního systému. Ačkoliv sestry zmiňují několik problémů, které musí řešit s romským etnikem, samotní Romové jsou s poskytovanou péčí spokojeni a neudávají žádný problém. Až na jednu z respondentek, u které mělo být zahájeno sociální šetření, což ale nepovažují za problém, který by měl mít souvislost s přístupem sester či s ošetrovatelskou péčí. Pravidelného, a tím pádem specifického režimu u vietnamské minority, si všimla jedna ze sester. Dítě buď spalo, nebo si hrálo bez ohledu na to, zda je noc, či den. Tento postřeh sestra nemohla kvůli její krátké přítomnosti na dětském oddělení ověřit u jiných jedinců dané minority.

Na temperamentu muslimů se sestry neshodly. Jedna sestra je popisovala jako slušné pacienty a spolupracovníky, druhá je označila za hlučné. Myslím, že za hlučné byli označeni z důvodu provádění modliteb několikrát denně. To potvrzuje jeden z respondentů, kdy udává četnost modliteb 5x denně, přičemž on sám modlitby neprovozuje, ale upozorňuje, na to, že by se s tím mohly sestry setkat. Potřebu modlit se udávali i Svědkové Jehovovi, kteří 2x týdně čtou z Bible. Prý k tomu ale nepotřebují

žádnou místnost, stačí jim, když na modlitby mají klid. Udávají, že člověk ani nepozná, že se modlí. JW.ORG (2018a) popisují, že uctívají Boha tak, že se k němu modlí, čtou a studují Bibli. Také cizinci zmiňují potřebu modlit se a mít křížek na krku. Jednotlivé minority mají své symboly ochrany. Vietnamské děti nosí 3 měsíce po narození zlatý či stříbrný řetízek a talisman – nejčastěji přívěsek od rodičů. Tyto předměty mají dítě ochraňovat. Podobný symbol ochrany mají příslušníci romské minority, a to náramek na ruce, který se dle nich nesmí sundat ani v případě operačního výkonu. Podle Novákové (2012) Romové přivazují dětem na ruku červenou stuhu nebo korálky z důvodu větší zranitelnosti do období křtu. Nováková (2014) dále udává jako symbol ochrany dítěte uložení hřebenu nebo jiného kovového předmětu pod polštář. Sestry zaznamenaly i přítomnost křížku v blízkosti lůžka u dítěte romského etnika a dítěte ukrajinského původu. Hinduisti naopak neměli křížek, ale korále.

Z pocitů sester při poskytování ošetrovatelské péče muslimskému pacientovi převládal strach a nejistota. Sestry byly nervózní z jejich oblečení, především ze zahalení ženy. Dále uváděly nejrůznější zkušenosti (problémy) v souvislosti s ošetřováním. Muslimové vyžadovali ošetření od stejného pohlaví, provedení obřízky u chlapce, otec chtěl být u všeho přítomen. Poslední uvedené pociťovaly sestry jako nezvyklé a nepříjemné. Králíková (2008) potvrzuje, že má Islám přísná pravidla týkající se jakéhokoliv kontaktu s opačným pohlavím, proto by měla pacientku muslimku ošetřovat žena. Jestliže to není možné a musí ji ošetřit muž, pak je při vyšetření nutná přítomnost manžela nebo nějaké ženy z rodiny. Vietnamská minorita je popisována jako milá a pokorná. Jedna ze sester zase vyzdvihuje jejich uzavřenost, což potvrzují Vacková a Záleská (2016). Podle Kadlecové (2014) jsou Vietnamci velmi tolerantní a dodržují pravidla slušného chování (Vacková a Záleská, 2016). Je pro ně důležitá zdvořilost a proto bychom měli být zdvořilí i my k nim (Bouzek, 2008). Podstatné je orientovat se v jejich neverbálních projevech, ačkoliv jsou velmi rozdílné, napomáhá to však tomu, abychom s nimi mohli vhodně komunikovat a poskytovat jim přiměřenou ošetrovatelskou péči. Podle sester je důležité vyvarovat se doteků hlavičky vietnamského dítěte při poskytování ošetrovatelské péče. To potvrzuje i jeden respondent. Hlava je totiž posvátné místo (Kadlecová, 2014). Výjimku mají rodiče, které dítě po hlavě hladí (Kutnohorská, 2013).

Výbornou zkušenost mají sestry se spoluprací s matkami z Ukrajiny. Respondentky však tuto zkušenost nemají. Jedna respondentka se podělila o svůj nepěkný příběh při příjmu jejího dítěte, který byl pro ni bolestný o to víc, že je sama

lékařkou. Matka s dítětem prožili nevhodné chování ze strany zdravotnického personálu, kdy je ani jeden ze tří lékařů nehospitalizoval a matka byla tak s dítětem v kritickém stavu poslána domů. Následně musela volat rychlou pomoc, přičemž příjíždějící zdravotnický pracovník se nestačil divit tomu, že její dítě nehospitalizovali dříve. Matka dítěte byla prý od jednoho lékaře nařknuta, že čerpá peníze z českého zdravotnictví. Při druhém pokusu o hospitalizaci se dostala na oddělení, kde na ni byli dle její výpovědi už moc milí. Sama dodává, že vždy záleží jen na lidech a jejich přístupu. V poslední řadě si i jedna ukrajinská matka stěžovala na přístup sestry, která ji nebyla ochotna pomoci v případě řešení papírových povinností. Dále zmiňovala, že když potřebovala, neměla možnost zastihnout lékaře.

Myslím, že pro předcházení problémům je stěžejní komunikace, a to z obou stran. Ať už personálu či rodičů. Podle Průchy (2010) musí interkulturní komunikace překonávat překážky, jež spočívají v odlišnostech jednotlivých kultur. Což souvisí se získáním důvěry pacienta, jak popisuje Šimonová (2012). Důležitá je především komunikace, nemyslím jen přístup k sobě navzájem, ale i odstranění jazykové bariéry, jakož tomu je u minorit jiných národností. Pacienti vietnamské minority mají ve většině případů zajištěného svého zprostředkovatele komunikace. Buď se jedná o někoho z rodiny (otec, starší sourozenec, rodinný přítel) nebo je to překladatel, který může být i na telefonu. Co se týká ostatních cizinců, buď mají také svého překladatele, nebo se může využít nemocniční překladatel. Nemocničního překladatele však můžeme využít pouze v případě, že je k dispozici, protože z celého výzkumného souboru sester pouze pět uvedlo, že tuto možnost mají, ale moc ji nevyužívají nebo ji neznají a dvě sestry dokonce uvedly, že tuto možnost nemají. Pouze jedna sestra připustila zkušenosti s využitím nemocničního překladatele u muslimského pacienta. Straková a Scholtzová (2012) na základě výzkumného šetření zjistily, že tlumočnicka aktivně využilo 51,3 % českých a 17,6 % slovenských sester. Z toho je patrné, že ne všechna zdravotnická zařízení jimi disponují. Tošnarová (2013) udává, že pokud je rozhovor veden v cizím jazyce, nebo je tlumočen, dochází k zúžení přenášených informací a v horším případě k jejich přeměně. Sestry uváděly další možnosti komunikace: komunikační karty, překladač cizích jazyků v telefonu a v nejzazších případech možnost komunikace pantomimou. Straková a Scholtzová (2012) také uvádějí zjištění, že sestry z nonverbální komunikace nejčastěji využívají posunky a piktogramy. Využitelnost piktogramů zmiňuje i Uríčková (2008), přičemž jejich výroba je zdoluhavější, ale jejich využitelnost je účinná, pokud tedy pacient spolupracuje. Jinak nejsou komunikační karty použitelné.

Massimo, Wiley, Caprino (2008) přináší ulehčení komunikace s dítětem především jiné kultury či jazyka, a to pomocí arteterapie. Popisují i příklad matky a dítěte z Ruska, jež se naučili komunikovat v průběhu své hospitalizace za pomoci arteterapie italsky. Chlapec spolupracoval se zdravotními pracovníky i s pedagogem současně, pomocí arteterapie mohl projevat své pocity, náladu a zároveň se postupně učil některé italské výrazy, které později naučil i svou matku. Díky této metodě mohl chlapec s matkou snadněji prožít hospitalizaci v cizí zemi a navíc jim to umožnilo lepší dorozumění se zdravotnickým personálem. Massimo, Wiley, Caprino (2008) kladou důraz na komunikaci, a tak na efektivní poskytování péče. Také udávají, že je to dovednost, kterou je třeba se učit. Kostelníková a Kisel'ová (2011) potvrzují, že má komunikace v ošetrovatelství své důležité místo a vyučování předmětu komunikace je jádrem ošetrovatelského kurikula. Tavallali, Kabir, Jirwe (2014) vycházejí z jejich výzkumu, který se týkal sester cizinek ve švédské nemocnici a poukazují na nutnost znalostí sestry v lékařské a ošetrovatelské péči. Podle nich znalosti sester zvyšují důvěru rodičů. Komunikaci chápou jako jeden z nejdůležitějších faktorů pro rodiče a pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče.

Volba vhodné komunikace není důležitá pouze ve vztahu k minoritám, kterým nerozumíme, ale i ve vztahu k těm, kterým rozumíme. V rámci komunikace s druhou skupinou je podstatné zaměřit se zejména na volbu vhodného komunikačního přístupu. Jako příklad si můžeme uvést romskou minoritu, která sice český jazyk ovládá, ale i přesto s ní jsou časté komunikační problémy. Některé sestry uváděly, že jsou Romové hlasitější, hlučnější nebo se právě svou dominantní komunikací dokážou více projevit. Jiné zase zmiňovaly jejich „volnomyšlenkářství“, nepochopení sdělení, případně neposlušání v průběhu komunikace. Jednou zaznělo, že dokonce neříkají pravdu. Což není myšleno, že neříkají pravdu týkající se například zdravotního stavu dítěte, ale v případě, že je lékař či sestra informovali o nějakých skutečnostech, jinému personálu tento fakt popírali. K podobnému zjištění v rámci svého výzkumného šetření dospěly Kostelníková a Kisel'ová (2011) – sestry zmiňovaly negramotnost, sníženou vzdělávací úroveň či nízký mentální status u romské minority. Jako další problémy netýkající se však pouze romské minority uváděly sestry nepochopení informací ze strany pacientů, neznalost jazyka a komunikační bariéru.

Abychom mohli poskytovat profesionální kulturně kompetentní péči je dle mého názorů důležité znát nejen temperamentní charakteristiku jednotlivých minoritních skupin a umět se s nimi dorozumět, ale také vědět specifika, která by mohla jednotlivá

etnika vyžadovat a se kterými se v ošetrovatelské péči o dítě můžeme setkat. Pařízková, Seidlová, Černý (2015) udávají, že v klinické praxi nastávají situace, kdy pacienti – Svědkové Jehovovi nepřijímají krevní transfuze, a to ani v případě hrozícího úmrtí. To potvrzují i dotazované sestry. Důvodem jejich nepřijímání transfuze je dle respondentek boží přikázání. Nepřijímání krevních transfuzí vyplývá jak ze Starého tak z Nového zákona a jelikož Svědkové Jehovovi Boha ctí, poslouchají ho (JW. ORG, 2018d). Někteří respondenti by však byli ochotni přijmout albumin, imunoglobuliny nebo srážlivý faktor. Bai et al. (2016) popisují, že rokem 2004 je pro Svědky Jehovovy povoleno přijímání frakcí základních krevních složek. Jedna sestra dokonce udává, že Svědkové Jehovovi jsou odpůrci transplantací. To ale Černá Pařízková (2015) vyvrací a naopak udává, že transplantace orgánů neodmítají, a to dokonce ani transplantaci kostní dřeně, což je poněkud nelogické. Názor sester na odběr krve u Svědků Jehovových se liší. Jedna udává, že jim tento výkon nevadí, druhá zase, že jej odmítají. Podle Zapletalové (2015) berou Svědkové Jehovovi odběry jako sání duše a ačkoliv se krev standardně odebírala denně, u této skupiny lidí se odebírala jedenkrát týdně do malých zkumavek. Jedna sestra se dokonce setkala s odmítnutím předoperačního vyšetření u Svědků Jehovových. Respondentky také udávaly, že Svědkové Jehovovi disponují notářsky ověřeným dokumentem: Plná moc a pokyny pro léčebnou péči, v němž zdravotnický personál najde vše důležité, co potřebuje znát.

S posmrtným odběrem orgánu nesouhlasí muslimové stejně jako s provedením pitvy. Hájek a Bahbouh (2016) udávají, že na transplantaci převládá negativní názor, tedy že ji odmítají. Shaw (2012) zase vysvětluje odmítnutí pitvy z důvodu oddálení pohřbu od smrti zemřelého. V případě, že by měly být životní funkce dítěte odkázány na činnost přístrojů, jedna respondentka uvedla, že by proces neukončila a doufala by v naději. Sayeed et al. (2012) popisují zkušenosti lékařů či lékařek s muslimskými pacienty. Přičemž se setkali s případem, kdy rodiče rozhodovali za dítě, rozhodnutí matky bylo pasivní, otec však dával svolení k odpojení dítěte od přístrojů i za matku. Jeden z lékařů uznal, že si není jist, zda by vůbec matka chtěla být aktivní při tomto rozhodování. Další lékař zhodnotil situaci tak, že podle západního kodexu lékařské etiky není možné ventilátor zastavit bez souhlasu obou rodičů. Nicméně matka vyrůstala v jiné kultuře, účastnila se rodinného setkání a znala prognózu dítěte. Navrhl tedy ještě jednu možnost, a to tu, že by členka týmu, tedy lékařka, mohla promluvit s matkou a zeptal se jí, zda si přeje, aby manžel rozhodl za ni. Jiný lékař kladl důraz na zachování dobrého vztahu mezi rodiči a poskytovateli zdravotní péče, přičemž by podle

něj mohlo dojít k nedůvěře či neúctě k jejich kultuře, tradicím nebo morálním preferencím. Je tedy důležitější řídit se kodexem lékařské etiky nebo se snažit pochopit jinou kulturu a respektovat jejich tamní zvyky?

Zdravotnický personál se může při péči o muslimského pacienta setkat s požadováním obřízky u malého chlapce, která je pro muslimy velkým rituálem. Respondenti popisují celý ceremoniál, kdy chlapce posadí na koně, na němž jezdí v restauraci. Chlapec má na sobě brašnu, do níž sbírá peníze. Otec muslimského dítěte udával potíže s provedením obřízky v ČR. Ze Sýrie, své země, je zvyklý tento rituál vykonávat co nejdříve po narození dítěte a v lokální anestezii. V ČR je nutné mít doporučení od lékaře a výkon je prováděn pod celkovou anestezí, což respondent označoval jako problematické. (Hájek a Bahbouh, 2016) udávají, že je obřízka v islámu schválena a důvodem je znečištění při modlitbě. Respondenti v rámci rozhovorů udávají stejný důvod a dodávají, že obřízka není pouze dovolena, ale dokonce ji označují jako nutnost – jako tradici či rituál.

K narození dítěte se váže spousta dalších rituálů a tradic. Po narození muslimského dítěte se šeptají do ucha verše z Koránu. Jedna z respondentek zmínila, že se tento rituál dělá pouze při úmrtí. Hájek a Bahbouh (2016) upřesňují, že toto vyznání šeptá do ucha syn umírajícímu otci a otec narozenému synovi (Shaw, 2012). Oslavy narozeného dítěte se u vietnamské minority konají tři měsíce od narození, u muslimů čtyřicet dní po narození, kdy se stříhají vlasy a nehty. Jeden respondent udává stříhání až po roce. Hájek a Bahbouh (2016) souhlasí a udávají, že muslimové musí dát stejnou hodnotu, jako má hmotnost vlasů, na charitativní činnost. Oslavy narození dítěte následně probíhají po sto dnech, po roce a pak každý rok. Po čtyřiceti dnech se nejen dítěti stříhají vlasy, ale dále se koupe ve slané vodě, dá se do kolíčky a pod ni se položí bonbóny, aby mělo dítě sladký život. Obětovávají se berani, kteří se následně dávají chudým. To potvrzuje i Hájek a Bahbouh (2016). K době, kdy dítě začne chodit, se váže další ceremoniál. Nejstarší osobou rodiny má dítě svázáno nohy k sobě, jde po bílém koberci, na jehož konci si má vybrat z předmětů tam položených, např. housle, peníze apod. To předurčí jeho budoucnost. Velmi pestré a bohaté rituály či tradice má i romská minorita, která klade důraz na to zajistit v co nejbližší době křest. Křest považují za důležitý i cizinky. Nováková (2012) udává, že je narození dítěte velká událost a také zmiňuje největší zranitelnost dítěte do křtu. Romové mají strach, že by dítě mohla ukrást zlá čarodějnice. Novorozenec má být dle respondentek oblečen do nového oblečení, které bude nakoupeno až po jeho narození. Nikdy se neobléká do oblečení již

nošeného jiným dítětem. Jde pouze o jeho první obléknutí. Důvodem je prý příběh jedné cikánky, která nakoupila věci předem, a dítě se narodilo mrtvé, proto se to nedělá. Následně může nosit oblečení po sourozenci. Jedna z respondentek popsala náležitosti, jež je důležité provést po propuštění z nemocnice. Jelikož jsou cesty zkřížené, musí jet domů taxíkem a staví se v kostele pro svěcenou vodu, kde třikrát spolu s dítětem obejde oltář. Svěcená voda slouží k polití jakéhokoliv Roma a hlavně k polití kočáru a dítěte před vstupem do domu. Nováková (2012) zmiňuje provádění koupele dítěte, přičemž do vody se vkládají peníze či zlato. Poté dítě matka podrží nad ohněm, otec mu dává polibek a přijímá ho za své. Respondentka dodává, že ji nesmí po dobu šesti neděl nikdo vidět, krom manžela a dětí. Také zmiňuje nevhodnost chození do společnosti před termínem porodu. Kdyby jí na veřejnosti odtekla plodová voda, bylo by to bráno jako velká ostuda. Respondentka uváděla také rozdílnost v námluvách u romské minority – otec musí synovi udělat buď velkou svatbu, nebo zaplatit peníze a tím koupit dívku. Podmínkou je ale její panenství, jinak dívka ztrácí hodnotu.

Tato tradice je u romského etnika považována za velice významnou, neboť rodina je pro ně základní institucí, představuje nejdůležitější hodnotu (Davidová a Uherek, 2010). Dívky se vdávají velmi mladé a často se vdají za muže vybraného rodiči (Horáková, Procháska, Pekara, 2011). Respondentky z řad cizinců popisují rozdílné slavení svátků. Na Ukrajině slaví Vánoce 6. 1. a nesmí nic jíst do doby, než uvidí první hvězdu na obloze. V ČR slaví Vánoce a Silvestra s námi s tím, že dárky nosí 1. 1. Děda Mráz.

Číslo čtyřicet je pro muslimy magické, a proto se pojí i s umíráním. Po uplynutí této doby od smrti se dělá ceremoniál a čtou se verše z Koránu. Shaw (2012) popisuje, že se nejprve umyje tělo, obalí se do plátna a pak dochází k recitaci modliteb. Jedna respondentka uvedla pro ni překvapivý fakt, že u nás máme společné hroby. U nich má každý člověk hrob svůj a v případě, že chce být někdo například v přítomnosti manžela, uloží se blízko něj. Muslimové také dodržují další rodinné tradice jako starat se o svou rodinu a slavit s nimi pro ně významné svátky. Můžeme se setkat s muslimy, jež by vyžadovali modlitbu 5x denně, což ale zmínění respondenti nevyžadovali. Modlitba je součástí pěti pilířů islámu (Rolantová, 2012a). Tradiční sdružování a čtení Bible provádějí Svědkové Jehovovi 2x týdně. Z Bible čtou a sdružují se i v průběhu hospitalizace, přičemž k těmto činnostem nepotřebují žádnou konkrétní místnost. Člověk prý ani nepozná, že se modlí. Jsou ale rádi, když mají na modlení klid. Podle

JW. ORG (2018a) uctívají Boha tak, že se k němu modlí, čtou a studují Bibli. Cizinci taktéž zmiňují potřebu modlit se a mít křížek na krku.

Sedm sester má názor na respektování minoritních skupin kladný, tvrdí tedy, že tyto skupiny respektovány jsou. Některé sestry udávaly, že minority jsou respektovány až nad rámec nebo že mají dokonce větší výhody než majoritní společnost. Sedm sester se nepřiklání ani k záporné ani ke kladné odpovědi. Mají neutrální názor a to ten, že je někdo respektuje a někdo zase naopak ne. U některých sester se objevovaly výpovědi, že by minimálně v rámci ošetrovatelské péče měly být minoritní skupiny respektovány nebo že postoj k těmto skupinám závisí na úrovni, vzdělání a věku jednotlivých lidí. Jedna sestra zmiňovala, že by přístup k minoritám, vzhledem k tomu, že potřebují větší individuálnost, zlepšilo a zjednodušilo větší personální obsazení sester na oddělení, což potvrdila i jedna z respondentek. U některých oslovených respondentů se objevoval strach z hospitalizace. Důvodem obav byl právě zdravotní stav jejich dítěte. Jedna respondentka měla strach z přijetí ze strany zdravotnického personálu. Obává se totiž, že je jejich víra medializovaná v negativním smyslu. Další z respondentek podotkla, že obavy neměla, ale ví, že je pro cizince hospitalizace jinde než v zemi původu stresující. Podle mě by měl být respekt vzájemný. Ošetrovatelský personál by měl respektovat minoritní skupiny a ty naopak zdravotnický personál a určitá pravidla, která souvisí s poskytováním ošetrovatelské péče. Možná by strach mohla odstranit větší informovanost, zmiňovaný respekt a porozumění, jako to udávají Tavallali, Kabir, Jirwe (2014). Z jejich výzkumného šetření vyplývá, že by v multikulturní společnosti měli být kulturně informováni nejen zdravotničtí pracovníci, ale i pacienti či příbuzní.

Většina sester souhlasně vypověděla, že jsou tolerantní nebo se alespoň snaží být tolerantní k potřebám dětí z jednotlivých minorit. Pouze jedna sestra uvedla překvapivou odpověď, a to že musí být tolerantní, i když s tím nesouhlasí. Většina respondentek byla s přístupem sester spokojena. Někdo byl dokonce překvapen, jaké péče se jejich dítěti dostávalo. Jedna respondentka ocenila, že jí personál věnoval kvůli výslovnosti více času. Další respondentka hodnotila pozitivně přístup personálu, avšak negativně vzhled pokoje. Dvě respondentky z řad Svědků Jehovových se shodly na poskytování standardní péče. Jedna z nich byla ráda za prostor, který jí dali lékaři pro vysvětlení jejich názorů nebo požadavků a dále se jí velice líbilo jejich pochopení. To druhá respondentka potvrdila a kladně zhodnotila automatické zapsání jejich víry do zdravotnické dokumentace. Zdravotnický personál tak mohl v případě potřeby provádět opatření. Stejná respondentka ale zmiňuje i dřívější negativní zkušenost se

zdravotnickým personálem, kdy měl personál k jejich víře výhrady. Sama ale udává, že to bylo ještě v době, kdy nebyli Svědkové Jehovovi tolik respektováni, jako tomu je dnes. Dvě respondentky ukrajinské národnosti neměly dobrou zkušenost s přístupem zdravotnického personálu. Jedna kvůli neochotě sestry při vyřizování papírových činností, druhá kvůli odmítnutí hospitalizovat malé dítě (popsáno výše). Z výzkumného šetření Uríčkové (2008), která se zaměřila na zájem sester o jiné kultury a etnické skupiny, vyplynulo, že 17 % sester stále neprojevuje zájem o pacienty z nejrůznějších minoritních skupin. Dále uvádí, že oproti roku 2006 se zvýšil zájem sester o specifické potřeby pacientů jiné národnosti, etnika či kultury, avšak 43,7 % sester projevuje zájem o tyto specifické potřeby pouze někdy. Dále bylo zjištěno, že 43 % sester je toho názoru, že sestry nepracují s potřebami pacientů jiné národnosti, etnika, kultury. Důvodem má být jazyková bariéra, neznalost problematiky, nezájem sester o tuto problematiku, nedostatek času sester. I přes neúplně zásadní procentuální rozdíly zájem o pacienty jiných kultur, etnik či národností vzrůstá.

Z výzkumného souboru šestnácti sester si bylo pouze šest z nich jistých svými vědomostmi o minoritních skupinách, přičemž jedna z nich udávala, že by bylo přínosné, kdyby informací měli více. Na otázku, zda by své vědomosti chtěly sestry rozšířit či zda by měly zájem o přednášku na toto téma, z celkového počtu 11 dotazovaných sester odpovědělo pouze 5 sester kladně, 6 sester neprojevilo zájem o vzdělávání, získání informací v oblasti multikultury. Pohlová (2009), jež v rámci dotazníkového šetření zjišťovala míru informovanosti sester v péči o zahraniční klienty, pozitivně hodnotila vzrůstající zájem personálu o to porozumět problematice specifík ošetrovatelské péče o zahraniční klienty. Dále bylo zjištěno, že nejvíce znalostí měly sestry s vyšším a vysokoškolským vzděláním. Což dle mého potvrzuje důležitost vzdělávání sester. Aktuálnost problematiky začlenění multikulturního ošetrovatelství do školních osnov udávají Toumová a Nováková (2014). Na základě výzkumného šetření týkající se úrovně znalostí studentů na SZŠ v poskytování péče cizincům vysvětlují, že výuka multikulturního ošetrovatelství není na SZŠ dostatečná a pokud nemají absolventi zájem o další studium, pak další informace již nezískají. Kutnohorská (2011) na základě svého výzkumného šetření zjistila pozitivní výsledek, a to zájem studentů vědět o multikultuře více. Dále se v rámci jejího výzkumného šetření potvrdila nutnost věnovat multikulturnímu ošetrovatelství větší pozornost, a to z důvodu neznalosti studentů.

6 ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývala transkulturními odlišnostmi v péči o dětského pacienta, přičemž pro ni byly stanoveny dva cíle. Předpokladem studie bylo, že provedená výzkumná šetření vnesou transkulturní téma více do oběhu a vzbudí zájem sester o danou, dle mě aktuální, problematiku.

Prvním cílem bylo zmapovat transkulturní rozdíly v péči o dětského pacienta. Výsledky byly zjištěny z polostrukturovaných rozhovorů se sestrami a rodiči a z pilotní ankety. Výzkumný soubor rodičů a sester byl záměrný. Dotazovaní nejvíce popisovali rozdílnost stravování. Dále tradice, rituály či ceremoniály, které jsou vázány k narození dítěte, úmrtí, stravování, modlení atd. Modlení bylo taktéž zmiňováno jako jedno ze specifíků minoritních skupin. Vzhledem k pravidlům jednotlivých minorit je vhodné se hned na začátku hospitalizace informovat, zda mají konkrétní minority nějaké zákazy, požadavky, výjimky apod. Můžeme se setkat s odmítnutím transfuzí, transplantací, nesouhlasem s pitvou či s žádostí o provedení obřizky u chlapce. Specifickým rozdílem jednotlivých minorit jsou jejich projevy chování a dorozumívání, což úzce souvisí s pozorováním jejich potřeb. Některé minoritní skupiny se nebojí říct, co je bolí nebo trápí, naopak se najdou i takové, které to samy od sebe neřeknou, a proto je zapotřebí si více všimnout jejich neverbálních projevů, více s nimi komunikovat a dotazovat se. Pokud máme poskytovat kulturně vhodnou a uzpůsobenou péči, je nutné znát specifika jednotlivých minoritních skupin a dokázat je zohlednit při poskytování ošetrovatelské péče.

Druhým cílem bylo zmapovat, s jakými minoritními skupinami se nejčastěji setkávají sestry pracující na dětských odděleních. Výsledky byly zjištěny z prvních dvou fází výzkumného šetření, tedy v rámci pilotní ankety a polostrukturovaných rozhovorů se sestrami. Nejčastěji se sestry setkávají s romskou a vietnamskou minoritou. Dále sestry zmiňovaly setkávání se s pacienty národnosti ukrajinské, ruské, německé, s muslimy, s polsky mluvícími pacienty a se Svědky Jehovovy. Některé sestry zmínily i setkání s jinými cizinci, například z Holandska či Ameriky.

Výsledky práce byly prezentovány na 13. studentské konferenci v Pardubicích. Následně budou publikovány v odborném tisku. Důvodem výběru a zaměření se na tuto problematiku byl především vlastní zájem o transkulturní svět a multikulturní ošetrovatelství. Startovacím impulsem byla osobní zkušenost s multikulturním světem, kterou jsem získala díky studentské zahraniční stáži v Nepálu. Dalším důvodem výběru

tohoto tématu byla vzhledem k nynějším okolnostem a celkové globalizaci jeho aktuálnost.

7 SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ

1. ČSÚ, © 2011a. *Tab. 156 Obyvatelstvo podle věku, náboženské víry a podle pohlaví* [online]. [cit. 2018-06-15]. Dostupné z:
<https://vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/index.jsf?page=vystup-objekt&pvo=SPCR156&pvokc=&katalog=30719&z=T>
2. ČSÚ, © 2011b. *Obyvatelstvo podle náboženské víry v krajích* [online]. [cit. 2018-06-15]. Dostupné z: https://vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/cs/index.jsf?page=vystup-objekt-vyhledavani&vyhltext=n%C3%A1bo%C5%BEenstv%C3%AD&bkvt=bsOhYm_FvmVuc3R2w60.&katalog=all&pvo=SLD9100PU-KR
3. ČSÚ, © 2017a. *Cizinci podle kategorie pobytu a státního občanství k 31. 12.* [online]. [cit. 2018-06-15]. Dostupné z:
https://vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/index.jsf?page=vystup-objekt&pvo=CIZ04&z=T&f=TABULKA&katalog=31032&c=v23~2__RP2017MP12DP31
4. ČSÚ, © 2017b. *Cizinci podle státního občanství k 31. 12. – vybrané území* [online]. [cit. 2018-06-15]. Dostupné z:
<https://vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/index.jsf?page=vystup-objekt&pvo=CIZ02&z=T&f=TABULKA&katalog=31032&str=v46>
5. ČSÚ, © 2017c. *Cizinci: Cizinci v ostatních zemích EU* [online]. [cit. 2018-06-15]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/cizinci/1-ciz_zahranici
6. BAI, Y. et al., 2016. Providing Hemostatic Blood Conservation Options for Jehovah's Witness Patients in a Large Medical System. *Annals and Clinical & Laboratory Science*. 46(6), 654-661. ISSN 0091-7370.
7. BALVÍN, J., 2012. *Pedagogika, andragogika a multikulturalita*. Praha: Hnutí R, 232 s. ISBN 978-80-86798-07-3.

8. BEDNÁŘOVÁ, J., 2011. Je přirozené, že se obáváme neznámého. *Sestra*. 21(6), 14. ISSN 1210-0404.
9. BĚLKA, L., 2014. Kolo života: jak buddhisté nahlízejí na svět? In: BĚLKA, L., FUJDA, M., KUBOVČÁKOVÁ, Z. *Náboženství světa II*. Brno: Masarykova univerzita, s. 37-65. ISBN 978-80-210-7203-9.
10. BERLIN, A., NILSSON, G., TÖRNKVIST, L., 2010. Cultural Competence among Swedish Child Health Nurses after Specific Training: A Randomized Trial. *Nursing & Health Sciences*. 12(3), 381-391. ISSN 1441-0745.
11. BOUZEK, J., 2008. *Jak se domluvit s jinými?* Praha: TRITON. 175 s. ISBN 978-807387-043-0.
12. COOK, B. et al., 2013. Revisiting the Evidence on Health and Health Care Disparities among the Roma: a Systematic Review 2003-2012. *International Journal of Public Health*. 58(6), 885-911. doi: 10.1007/s00038-013-0518-6.
13. ČERNÁ PAŘÍZKOVÁ, R., 2015a. Svědkové Jehovovi – část 1. *Anesteziologie a intenzivní medicína*. 26(2), 112-115. ISSN 1214-2158.
14. ČERNÁ PAŘÍZKOVÁ, R., 2015b. Svědkové Jehovovi Část druhá – eticko – právní problematika. *Anesteziologie a intenzivní medicína*. 26(3), 188-193. ISSN 1214-2158.
15. ČERNÁ PAŘÍZKOVÁ, R., SEIDLOVÁ, D., ČERNÝ, V., 2015. Postoj k podávání transfuzních přípravků u svědků Jehovových – dotazníková studie. *Anesteziologie a intenzivní medicína*. 26(5), 263-269. ISSN 1214-2158.
16. DAVIDOVÁ, E. a Z. UHEREK, 2010. Romská rodina ve vývojových souvislostech. In: DAVIDOVÁ, E. et al. *Kvalita života a sociální determinanty zdraví u Romů v České a Slovenské Republice*. Praha: TRITON, s. 52-77. ISBN 978-80-7387-428-5.

17. DJUROVIC, D. et al., 2014. The Health Status of Roma Children – A Medical or Social Issue? *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*. 18(8), 1218-1223. ISSN 1128-3602.
18. DVOŘÁKOVÁ, H. a J. SEMÍNOVÁ, 2012. Péče o pacienty – cizince s diagnózou tuberkulóza a komunikace s nimi. *Florence*. 8(10), 29-31. ISSN 1801-464X.
19. HÁJEK, M. a CH. BAHBOUH, 2016. *Muslimský pacient*. Praha: Grada. 199 s. ISBN 978-80-247-5631-8.
20. HLADKÁ, P. a I. BÁRTOVÁ, 2014. Svědkové Jehovovi a zdravotní péče. *Florence*. 10(5), 21-25. ISSN 1801-464X.
21. HOFÍREK, O. a M. NEKORJAK., 2009. Vietnamští imigranti v českých velkoměstech – Integrace přistěhovalců z Vietnamu. In: RÁKOCZYOVÁ, M. a R. TRBOLA (eds). *Sociální integrace přistěhovalců v České republice*. Praha: SLON, s. 161-197. ISBN 978-80-7419-023-0.
22. HOLBA, J., 2014. *Diamantová sůtra*. Praha: DharmaGaia. 359 s. ISBN 978-80-7436-043-5.
23. HONZÍK, J. (ed.), 2010. *Jednota v rozmanitosti*. Praha: DharmaGaia. 263 s. ISBN 978-80-7436-006-0.
24. HORÁKOVÁ, M., PROCHÁSKA, P., PEKARA, J., 2011. Zvyky a specifika romské minority při ošetrovatelské péči v České Republice. *Ošetrovatelství bez hranic*. 2011, 68-72. ISBN 978-83-60942-99-4.
25. HUDÁČKOVÁ, A. et al., 2010. Zajištění kulturně diferencované ošetrovatelské péče o příslušníky romské a ukrajinské minority – výsledky kvalitativní části výzkumu. In: SIKOROVÁ, L. a R. BUŽGOVÁ (eds). *Ošetrovatelský výzkum a praxe založená na důkazech*. Ostrava: Ostravská univerzita, Fakulta zdravotnických studií, s. 40-45. ISBN 978-80-7368-694-9.

26. HUDÁČKOVÁ, A., 2012. Ukrajinská minorita. In: TÓTHOVÁ et al. *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin*. Praha: TRITON, s. 53-83. ISBN 978-80-7387-645-6.
27. JW. ORG, © 2018a. *Čemu Svědkové Jehovovi věří?* [online]. [cit. 2018-01-07]. Dostupné z: <https://www.jw.org/cs/svedkove-jehovovi/caste-otazky/cemu-svedkove-jehovovi-veri/>
28. JW. ORG, © 2018b. *Proč Svědkové Jehovovi neslaví narozeniny?* [online]. [cit. 2018-01-07]. Dostupné z: <https://www.jw.org/cs/svedkove-jehovovi/caste-otazky/narozeniny/>
29. JW. ORG, © 2018c. *Proč Svědkové Jehovovi neslaví Vánoce?* [online]. [cit. 2018-01-07]. Dostupné z <https://www.jw.org/cs/svedkove-jehovovi/caste-otazky/proc-neslavite-vanoce/>
30. JW. ORG, © 2018d. *Proč Svědkové Jehovovi nepřijímají transfuze?* [online]. [cit. 2018-01-07]. Dostupné z: <https://www.jw.org/cs/svedkove-jehovovi/caste-otazky/svedkove-jehovovi-proc-neprijimaji-transfuze/>
31. KAČOROVÁ, J., 2010. Kultúrne kompetencie v multikultúrnej Európe. *Cesta k profesionálnému ošetrovatelství V: sborník příspěvků V. Slezské vědecké konference ošetrovatelství s mezinárodní účastí*. Opava: Slezská univerzita Opava, Fakulta veřejných politik, s. 110-112. ISBN 978-80-7248-607-6.
32. KADLECOVÁ, H., 2014. Jednotlivá náboženství a jejich vztah k výživě. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 10(Supl.1), 3-7. ISSN 1801-1349.
33. KALEJA, M. a J. KNEJP, 2009. Exkurz do historie Romů na území českých a slovenských zemí do roku 1945. In: KALEJA, M. a J., KNEJP (eds.). *Mluvme o Romech*. Brno:MSD, s. 21-33. ISBN 978-80-7368-708-3.

34. KAMÍN, T., 2011. Komunikace versus rasismus v lékařské praxi. In: PTÁČEK, R. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, s. 345-351. ISBN 978-80-247-3976-2.
35. KARABUDAK, S. S., TAS, F., BASBAKKAL, Z., 2013. Giger and Davidhizar's Transcultural Assessment Model: A Case Study in Turkey. *Health Science Journal*. 7(3), 342-345. ISSN 1108-7366.
36. KOBER, L., KOVALČÍKOVÁ, K., SISKÁ, V., 2011. Ošetrovatel'stvo a rómska komunita. *Ošetrovatelství bez hranic*. 2011, 7-13. ISBN 978-83-60942-99-4.
37. KOSTELNÍKOVÁ, S. a V. KISEL'OVÁ, 2011. Skúsenosti v komunikácii sestier poskytujúcich ošetrovatel'skú starostlivosť pacientom z rôznych kultúr na Slovensku. *Ošetrovatelství bez hranic*. 2011, 88-98. ISB 978-83-60942-99-4.
38. KLÁNOVÁ, M., 2009. Jehovisté a krevní deriváty. *Sestra*. 19(11), 14-16. ISSN 12102-0404.
39. KRÁLÍKOVÁ, L., 2008. Zdravotní péče o muslimské pacienty. *Ošetrovatelství*. 10(1-2), 38-41. ISSN 1212-723X.
40. KUDELA, M., PILKA, R., HANSMANOVÁ, L., 2013. Chirurgická léčba gynekologických onemocnění u Svědkyň Jehovových. *Česká gynekologie*. 78(3), 243-246. ISSN 1210-7832.
41. KUTNOHORSKÁ, J., 2008. Kultura, multikultura a holismus. *Ošetrovatelství*. 10(1-2), 3-6. ISSN 1212-723X.
42. KUTNOHORSKÁ, J., 2011. Multikulturní ošetrovatelství v České Republice. In: NYKLEWICZ, W. (ed.). *Pielęgniarnstwo ponad granicami = Ošetrovatelství bez hranic = Ošetrovatel'stvo bez hranic*. Łódź: Okręgową Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, 134-138. ISBN 978-83-60942-99-4.

43. KUTNOHORSKÁ, J., 2013. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-4413-1.
44. MAŇHALOVÁ, J. a V. TÓTHOVÁ, 2016. Možnosti využití koncepčních modelů kulturních kompetencí v ošetrovatelské profesi. *Kontakt*. 18(2), 78-84. ISSN 1212-4117.
45. MAREŠ, J. et al., 2011. *Pacientovo pojetí nemoci III*. Brno: MSD. 122 s. ISBN 978-80-7392-191-0.
46. MAREŠ, J., 2011. Interkulturní aspekty komunikace v medicíně. In: PTÁČEK, R. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, s. 331-344. ISBN 978-80-247-3976-2.
47. MARTÍNKOVÁ, Š., 2008. Sociabilita vietnamského etnika v Praze. In: UHEREK, Z. et al. *Cizinecké komunity z antropologické perspektivy*. Praha: Etnologický ústav AV ČR, s. 165-208. ISBN 978-80-8712-12-0.
48. MARTINKOVÁ, Š. a E. PECHOVÁ, 2011. Vietnamská komunita v ČR. In: SCHEU, H. CH. (ed). *Migrace a kulturní konflikty*. Praha: Auditorium, s. 210-2018. ISBN 978-80-87284-07-0.
49. MASSIMO, L. M., WILEY, T. J., CAPRINO, D., 2008. Health Emigration: a Challenge in Paediatric Oncology. *Journal of Child Health Care*. 12(2), 106-115. ISSN 1367-4935.
50. NOVÁKOVÁ, D., 2012. Romská minorita. In: TÓTHOVÁ et al. *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin*. Praha: TRITON, s. 21-52. ISBN 978-80-7387-645-6.
51. OLÍŠAROVÁ, V. a A. KAJANOVÁ, 2015. Charakteristika romské minority. In: TÓTHOVÁ et al. *Prevence obezity a nadváhy u romské minority v komunitním ošetrovatelství*. Praha: NLN, s. 26-31. ISBN 978-80-7422-467-6.

52. PAPADOPOULOS, I., TILKI, M., AYLING, S., 2008. Cultural Competence in Action for CAMHS: Development of a Cultural Competence Assessment Tool and Training Programme. *Contemporary Nurse*. 28(1-2), 129-140. ISSN 1037-6178.
53. PERGERT, P. et al., 2008. Protecting Professional Composure in Transcultural Pediatric Nursing. *Qualitative Health Research*. 18(5), 647-657. ISSN 1049-7323.
54. POHLOVÁ, A., 2009. Informovanost sester v péči o zahraniční klienty. *Sestra*. 19(4), 25-26. ISSN 1210-0404.
55. PLEVOVÁ, I. et al., 2011. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada. 223 s. ISBN 978-80-247-3558-0.
56. PRŮCHA, J., 2010. *Interkulturní komunikace*. Praha: Grada, 199s. ISBN 978-80-247-3069-1.
57. PRŮCHA, J. a J. VETEŠKA, 2012. *Andragogický slovník*. Praha: Grada. 294 s. ISBN 978-80-247-3960-1.
58. PRŮCHA, J. a J. VETEŠKA, 2014. *Andragogický slovník*. 2., aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Grada. 320 s. ISBN 978-80-247-4748-4.
59. RÁKOCZYOVÁ, M. a R. TRBOLA (eds.), 2009. S nadějí na lepší budoucnost – Integrace přistěhovalců ze třetích zemí. In: RÁKOCZYOVÁ, M. a R. TRBOLA (eds). *Sociální integrace přistěhovalců v České republice*. Praha: SLON, s. 198-250. ISBN 978-80-7419-023-0.
60. RECHEL, B., et al., 2009. Access to Health Care for Roma Children in Central and Eastern Europe: Findings from a Qualitative Study in Bulgaria. *International Journal for Equity in Health*. 8(24), 10 s. doi: 10.1186/1475-9276-8-24.
61. ROKOTOVA, N., 2012. *Podstata buddhismu*. Krásná Lípa: Marek Belza. 84 s. ISBN 978-80-87116-19-7.

62. ROLANTOVÁ, L., MICHÁLKOVÁ, H., TÓTHOVÁ, V., 2011. Životní styl vyznavačů buddhismu Diamantové cesty. *Kontakt*. 13(1), 30-37. ISSN 1212-4117.
63. ROLANTOVÁ, L., 2012a. Ústředí muslimských obcí. In: TÓTHOVÁ et al. *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin*. Praha: TRITON, s. 153-179. ISBN 978-80-7387-645-6.
64. ROLANTOVÁ, L., 2012b. Buddhismus Diamantové cesty linie Karma Kajů. In: TÓTHOVÁ et al. *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin*. Praha: TRITON, s. 180-204. ISBN 978-80-7387-645-6.
65. SAADOUNI, Š., 2008. Multikulturní péče je především úctě k člověku. *Zdravotnické noviny*. 57(21), 16-18. ISSN 1805-2355.
66. SASSON, V. R., 2014. Buddhism and Children: Scholars Struggle with the Story of the Buddha's Son. *Child Abuse & Neglect*. 38(4), 593-599. ISSN 0145-2134.
67. SAYEED et al., 2012. A Saudi Family Making End-of-Life Decisions in the PICU. *Pediatrics*. 129(4), 764-768. ISSN 0031-4005.
68. SELF, D., 2008. *The Lion Encyclopedia of World Religions*. Oxford: Lion Hudson. 128 s. ISBN 978-0-7459-4983-3.
69. SHAW, A., 2012. They Say Islam Has a Solution for Everything, so Why Are There No Guidelines for This? Ethical Dilemmas Associated with the Births and Deaths of Infants with Fatal Abnormalities from a Small Sample of Pakistani Muslim Couples in Britain. *Bioethics*. 26(9), 485-492. doi:10.1111/j.1467-8519.2011.01883.x.
70. SCHWARZ, Z., 2008. Specifika multikulturní péče. *Referátový výběr z anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny*. 55(Supl.1), 6-15. ISSN 1212-3048.

71. STRAKOVÁ, J. a E. SCHOLTZOVA, 2012. Znalosti všeobecných sester v péči o jedince různých národů a etnik. *Florence*. 8(5), 28-31. ISSN 1801-464X.
72. SZÁRSZOI, O. et al., 2011. Kardiochirurgické operace u pacientů odmítajících krevní transfuze: výsledky v IKEM. *Rozhledy v chirurgii*. 90(2), 102-105. ISSN 0035-9351.
73. ŠEDOVI, L., 2015. Využití koncepčních modelů v kulturně kompetentní péči. In: TÓTHOVÁ et al. *Prevence obezity a nadváhy u romské minority v komunitním ošetrovatelství*. Praha: NLN, s.r.o., s. 93-101. ISBN 978-80-7422-467-6.
74. ŠEVČÍKOVÁ, V., 2012. Romové – kultura – současnost (kontext Česká Republika). In: KALEJA, M. et al. (eds.) *Romové – otázky a odpovědi v českém a slovenském kontextu*. Ostrava: Pedagogická fakulta Ostravské univerzity, s. 40-61. ISBN 978-80-7646-175-6.
75. ŠIMONOVÁ, D., 2012. Jak jednat při ošetrování a léčbě cizinců: úskalí, zjištění a doporučení. *Praktická gynekologie*. 16(2-4), 114-120. ISSN 1211-6645.
76. ŠLECHTOVÁ, D. a O. BÜRGEROVÁ, 2009. Specifika romského etnika ve vztahu k poskytování zdravotní a ošetrovatelské péče. *Kontakt*. 11(1), 187-192. ISSN 1212-4117.
77. TAVALLALI, A. G., KABIR, Z. N., JIRWE, M., 2014. Ethnic Swedish Parents' Experiences of Minority Ethnic Nurses' Cultural Competence in Swedish Paediatric Care. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*. 28(2), 255-263. doi:10.1111/scs.12051.
78. TOŠNAROVÁ, H., 2013. Multikulturní ošetrovatelství v psychiatrii. *Florenc*. 9(11), 30-31. ISSN 1801-464X.
79. TÓTHOVÁ et al., 2010. *Zabezpečení efektivní ošetrovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu*. Praha: TRITON. 195 s. ISBN 978-80-7387-414-8.

80. TOUMOVÁ, K., 2017. Aplikace kulturně specifických modelů využívaných v transkulturním ošetrovatelství. In: OLÍŠAROVÁ, V., TÓTHOVÁ, V., TOUMOVÁ, K. *Teoretická a filozofická východiska problematiky menšin v ošetrovatelské péči*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, s. 54-67. ISBN 978-80-7394-674-6.
81. TOUMOVÁ, K. a D. NOVÁKOVÁ, 2014. Úroveň znalostí studentů SZŠ v poskytování péče cizincům. *Sestra*. 24(6), 30-31. ISSN 1210-0404.
82. UHEREK, Z. et al., 2008. Imigrace do České Republiky a rodiny cizinců. In: UHEREK, Z. et al. *Cizinecké komunity z antropologické perspektivy*. Praha: Etnologický ústav AV ČR, s. 85-118. ISBN 978-80-8712-12-0.
83. UHEREK, P., 2015. Svědkové Jehovovi a odmítání transfuze krve nejen z aktuální legislativy. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. 5(3), 65-78. ISSN 1804-8137.
84. UHEREK, P., 2013. Vzájemný konflikt lidských práv v kontextu některých případů vznikajících při poskytování zdravotní péče. *Zdravotnické fórum*. 2013(1), 9-16. ISSN 1804-9664.
85. URÍČKOVÁ, A., 2008. Multikultúrne ošetrovatel'stvo vo vzdelávaní a v praxi. *Novinky v anesteziologii, intenzivní medicíně a léčbě bolesti 2008: sborník článků a abstrakt XV. Národního kongresu ČSARIM, Brno*. Praha: Galén, s. 227-232. ISBN 978-80-7262-589-5.
86. URÍČKOVÁ, A., 2010. Josepha Campinha - Bacote – Model rozvoje kulturní způsobilosti. *Sestra*. 20(4), 18-19. ISSN 1210-0404.
87. URÍČKOVÁ, A., 2012. Model pre kultúrne kompetencie (Purnell & Paulanka). *Diagnóza v ošetrovatelství*. 8(6), (Suppl., č. 5), s. 3-5 příl. ISSN 1801-1349.
88. VACKOVÁ, J. a V. ZÁLESKÁ, 2016. Vietnamci a sociální determinanty zdraví. In: VACKOVÁ et al. *Sociální determinanty zdraví u cizinců žijících v jihočeském kraji*. Praha: NLN, s. 48-87. ISBN 978-80-7422-544-4.

89. WAITE, R. a CH. J. CALAMARO, 2010. Cultural Competence: A Systemic Challenge to Nursing Education, Knowledge Exchange, and the Knowledge Development Process. *Perspective in Psychiatric Care*. 46(1), 74-80. doi: 10.1111/j.1744-6163.2009.00240.x.
90. YU, S. M., HUANG, Z. J., SINGH, G. K., 2010. Health Status and Health Services Access and Utilization among Chinese, Filipino, Japanese, Korean, South Asian, and Vietnamese Children in California. *American Journal of Public Health*. 100(5), 823-830. ISSN 0090-0036.
91. ZAHRADNÍČEK, T., 2013. *Slovník cizích slov*. TZ-one. 824 s. ISBN 978-80-87873-04-5. (Pro formát EPUB).
92. ZAPLETALOVÁ, Z., 2015. Role multikulturního ošetrovatelství v praxi sestry. *Zdravotnictví a medicína*. 2015(7-8), 46. ISSN 2336-2987.
93. ZASSIEDKO, R. a S. PORCHE, 2016. Ukrajinci a sociální determinanty zdraví. In: VACKOVÁ, J. et al. *Sociální determinanty zdraví u cizinců žijících v Jihočeském kraji*. Praha: NLN, 106-163. ISBN 978-80-7422-544-4.

8 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Seznam otázek k pilotní telefonické anketě

Příloha 2 – Struktura otázek k rozhovoru se sestrami

Příloha 3 – Struktura otázek k rozhovoru s rodiči

Příloha 4 – Přijatelnost krevních přípravků pro Svědky Jehovovi

Příloha 5 – CD – Přepisy rozhovorů

Příloha 1 – Seznam otázek k pilotní telefonické anketě

1. S jakými minoritními skupinami se nejčastěji setkávají sestry, pracující na dětských odděleních?
2. Jak často se setkáváte s dětmi z minoritních skupin?
3. Co dělá největší problém při jednání s komunitami z minorit?

Zdroj: Vlastní

Příloha 2 – Struktura otázek k rozhovoru se sestrami

Identifikační údaje:

Vzdělání

Věk

Délka praxe

Pohlaví

1. S jakými minoritními skupinami se nejčastěji setkáváte?
2. Setkala jste se s poskytováním ošetrovatelské péče buddhistickému, hinduistickému či islámskému P/K?
3. S jakými problémy se potýkáte? / Jaké problémy nejčastěji řešíte?
4. Setkala jste se s problémem, který jste nevěděla jak vyřešit?
5. Jaká je ošetrovatelská péče u jednotlivých minoritních skupin? / Jsou nějaká specifika ošetrovatelské péče u jednotlivých minorit?
6. Jste tolerantní vůči potřebám/zásadám jednotlivých minorit?
7. Myslíte si, že jsou respektovány minoritní skupiny?
8. Myslíte si, že máte dostatečné množství informací o jednotlivých minoritních skupinách?

Zdroj: vlastní

Příloha 3 – Struktura otázek k rozhovoru s rodiči

Identifikační údaje:

Národnost / náboženské vyznání

Věk

Počet dětí a jejich věk

Doba pobytu / vyznání

1. Jak probíhala hospitalizace Vašeho dítěte?

- Jaké pocity jste měli před hospitalizací?

- Jak jste byli na oddělení přijati? (vřele, ochotně/nepříjemně)

2. Museli jste řešit v rámci hospitalizace nějaké problémy?

Pokud ANO, byly spojeny s Vaší kulturou...

3. Máte nějaká specifika, která vyžadujete v rámci ošetrovatelské péče?

4. Co je pro Vás při péči ošetřujícím personálem důležité?

5. Máte nějaké zvyklosti/tradice/rituály v nebo při stravování?

6. Máte nějaké rituály/tradice, které si přejete dodržovat v rámci hospitalizace?

Zdroj: vlastní

Příloha 4 – Přijatelnost krevních přípravků pro Svědky Jehovovi



Zdroj: Černá Pařízková (2015)

9 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

apod. – a podobně

atd. – a tak dále

č. – číslo

čl. – článek

ČR – Česká republika

EU – Evropská unie

např. – například

př. n. l. – před naším letopočtem

USA – Spojené státy americké