

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Potřeba intimity a její zajištění v ošetrovatelské péči
u vybraných minoritních skupin**

Diplomová práce

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

Autor práce:
Bc. Dana Pincová

2011

Abstrakt

The Need for Intimacy and its Assurance in Nursing Care for Selected Minority Groups

The need for intimacy is an important part of everyday life, and it is necessary to assure it at hospitalization. This need is individual, specific to each person and the culture the person comes from. The theoretical part of this thesis is devoted to this issue. The concept of intimacy and the need to assure intimacy in nursing care with a focus on specifics of the nursing care for members of minority groups are described.

The master's thesis objective was to identify the specifics to assure the need for intimacy of selected minority groups and to determine whether nurses know the specifics of intimacy in nursing care for patients from selected minority groups. To meet the objectives, the following hypotheses were stated: H1: There are specifics in the need for intimacy in selected minority groups, and H2: Nurses know the specifics in the need for intimacy in selected minority groups. One research question was asked: Is the need for intimacy in patients from selected minority groups assured at hospitalization?

To conduct the diploma thesis research, a quantitative-qualitative survey was selected and the interview method was used – questionnaires for nurses and the general public, and the interview technique for representatives of selected minority groups. The research set consisted of nurses in hospitals, the general public and representatives of selected minority groups. The survey was carried out during the months of February and March 2011.

Specifics in the need for intimacy assurance in selected minority groups exist, and nurses are familiar with them. They know them mainly from their nursing practice when they have met a member of a minority group. The answer to the research question was unequivocal. Yes, the need for intimacy in patients from selected minority groups is assured. It is assured primarily by using the fittings of individual departments, which are the curtains or blinds, as well as by a helpful and sympathetic attitude of the medical staff who try not to unnecessarily unveil the patients' bodies and according to available means to provide them with as much privacy as possible either during examination,

a treatment intervention or while on bed rest. The outcomes show that both objectives were met and the hypotheses were confirmed.

The research results were the basis for elaboration of an informational brochure for nurses, which may help in nursing care for minority groups members. And not only for assuring the needs for intimacy, but for a general overview of specifics in nursing care for minority groups members.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma *Potřeba intimity a její zajištění v ošetrovatelské péči u vybraných minoritních skupin* 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 diplomové práce, a to v nezkrácené podobě - v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č.111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích 2011

Podpis studenta

.....

Poděkování:

Děkuji své vedoucí diplomové práce paní Mgr. Ditě Novákové, Ph.D. za její odborné vedení, cenné rady a vstřícný přístup. Také bych touto cestou ráda poděkovala všem, kteří věnovali svůj čas a vyplnili dotazník nebo souhlasili s rozhovorem.

OBSAH

Úvod.....	4
1. Současný stav problematiky	5
1.1 Základní potřeby nemocného člověka (pacienta)	5
1.1.1 Klasifikace a hierarchie potřeb	6
1.1.2 Uspokojování potřeb	8
1.1.3 Význam ošetrovatelské péče z hlediska uspokojování potřeb	8
1.1.4 Multikulturismus	9
1.2 Intimita	10
1.2.1 Potřeba intimity v ošetrovatelské péči	10
1.2.2 Zajištění intimity v ošetrovatelské péči	11
1.2.3 Potřeba intimity a její zajištění u vybraných minoritních skupin	14
1.2.3.1 Křesťanství	16
1.2.3.2 Islám	16
1.2.3.3 Vietnamci	18
1.2.3.4 Judaismus	19
1.2.3.5 Hinduisté	19
1.2.3.6 Romové	20
1.2.3.7 Ukrajinci	20
1.3 Potřeba transkulturního přístupu v ošetrovatelské péči	21
1.3.1 Kultura	22
1.3.2 Kulturní šok	23
1.4 Práva pacientů	24
1.4.1 Etické základy a zásady multikulturní péče	25
1.4.2 Etické povinnosti a odpovědnost sestry	26
1.5 Komunikace při poskytování multikulturní a transkulturní péče	26
1.5.1 Verbální komunikace	27
1.5.2 Neverbální komunikace	27
1.5.3 Transkulturní komunikace v ošetrovatelství	28

2. Cíl práce a hypotézy	30
2.1 Cíl práce	30
2.2 Hypotézy práce	30
2.3 Výzkumná otázka	30
3. Metodika	31
3.1 Metody a techniky sběru dat	31
3.2 Výzkumný soubor	31
3.3 Realizace šetření	31
4. Výsledky	32
4.1 Výsledky dotazníkového šetření u širší veřejnosti	32
4.2 Výsledky dotazníkového šetření u sester	41
4.3 Rozhovory se zástupci minorit	56
5. Diskuse	67
6. Závěr	78
7. Seznam použitých zdrojů	80
8. Klíčová slova	85
9. Přílohy	86
9.1 Seznam příloh	86

Seznam použitých zkratek

Aj.	A jiné
AN	Anesteziologie
Atd.	A tak dále
ARO/JIP	Anesteziologicko resuscitační oddělení / Jednotka intenzivní péče
ČR	Česká republika
Např.	Například
P/K	Pacient / Klient
SOP	Standardní ošetrovatelský postup
WHO	Světová zdravotnická organizace

Úvod

V České republice žijí dočasně nebo trvale lidé z různých kultur, různého náboženského vyznání a členové minoritních skupin. Tito lidé jsou součástí naší společnosti i přesto, že jejich počet není významný oproti většinové skupině obyvatel. Impulsem pro vznik multikulturní a integrační politiky byla právě přítomnost těchto jedinců.

Hlavním prostředkem pro zařazení členů minoritních skupin do většinové společnosti, je zajištění stejného přístupu k zaměstnání, vzdělávání, bydlení, sociálnímu systému, k politickému rozhodování a k zdravotní péči s většinovým obyvatelstvem.

Zdravotnická péče na území ČR musí být poskytována všem, kteří ji potřebují, bez rozdílů kultur, náboženství nebo příslušnosti k některé minoritě. Právě lidé jiných kultur, kteří se ocitají v jiném než vlastním prostředí, potřebují pochopení, pomoc nebo případnou asistenci v situacích, ve kterých se ocitnou a nevědí si rady. Problémem v těchto případech není odbornost, ale často komunikace, empatie a uvědomění si rozdílu v ošetřování pacientů s jinou kulturou.

Sebelépe poskytovaná multikulturní péče v podmínkách českého zdravotnictví musí vycházet především ze základních společenských hodnot, které budou podkladem pro kvalitní péči o osoby odlišných etnik, národností nebo rasy.

Téma této diplomové práce jsem si zvolila, abych se dozvěděla jaké mají sestry znalosti v oblasti multikulturní péče a jaké mají znalosti o specifikách v ošetrovatelské péči o členy minoritních skupin, kteří žijí na území České republiky. Dalším důvodem proč jsem si toto téma zvolila byl fakt, že materiálů zabývajících se specifiky péče o členy minoritních skupin je velice málo. Většina jich je všeobecně zaměřená a nejdou do hloubky. Doufám, že má práce bude přínosem pro zkvalitnění multikulturní specifické péče o členy jiné než většinové společnosti.

1. Současný stav problematiky

Pro současnou společnost je charakteristická velká migrace a častý kontakt s množstvím rozmanitě kulturně diferencovaných lidí.

Stále se zkvalitňující ošetrovatelská péče sebou přináší i poskytování péče příslušníkům minoritních skupin. Česká republika je z hlediska národní příslušnosti státem s převahou českého obyvatelstva (93,8 %). Dalšími národnostmi, které žijí na území České republiky jsou Slováci 183 tisíc osob, Němci 38 tisíc osob, Poláci 50 tisíc osob, k romské národnosti se hlásí 12 tisíc osob a k příslušnosti k jiné kultuře se hlásí 350 tisíc osob. Multikulturismus je tedy nasnadě. Význam multikulturního ošetrovatelství úměrně stoupá i se zvyšujícím se počtem imigrantů přicházejících do České republiky za prací, kteří se zde postupně usazují a zakládají rodinu.

Kvalitní ošetrovatelská péče o pacienty z minoritních skupin vyžaduje dobrou připravenost zdravotnického personálu. Sestry by měly být schopné a připravené poskytovat ošetrovatelskou péči, která bude respektovat kulturní odlišnosti minoritních skupin. Východiskem ošetrovatelské péče v multikulturním pojetí je znalost kulturních jevů a tři typy ošetrovatelských intervencí. Záchovná a ochranná kulturní péče, adaptační kulturní péče a péče, která pomáhá uskutečnit změnu.

Potřeba intimity je důležitou součástí všedního života a při hospitalizaci je nutné ji zajistit. Intimita je individuální, specifická pro každého člověka a pro kulturu ze které jedinec pochází. Sestry by měli znát specifika při ošetrování členů minoritních skupin i v této oblasti, aby byly i tyto potřeby pacientů uspokojeny a pacientům byla poskytována kulturně specifická ošetrovatelská péče (1, 3).

1.1 Základní potřeby nemocného člověka (pacienta)

Nemoc narušuje nejen vnitřní rovnováhu organismu, ale i rovnováhu vnějšího prostředí, která se odráží i ve změně potřeb. Potřeby vznikají z nedostatku nebo naopak z přebytku v oblastech biologických, psychologických, sociálních nebo duchovních a směřují k znovu obnovení pohody nebo-li životní rovnováhy. Touto rovnováhou je u pacientů zdraví. Potřeby se vzájemně ovlivňují, jsou spolu v interakci, neprobíhají izolovaně a přispívají k přizpůsobování se. Provázejí člověka od narození do smrti

a úzce souvisí se zachováním kvality života. Důležitý je holistický přístup k člověku. Fakt, že pacienta nesmíme chápat pouze jako množství biologických soustav, ale je třeba mít na paměti i jeho psychiku, sociální podmínky, emocionální stabilitu, systém hodnot, sebeúctu, postavení v zaměstnání či v rodině, kulturu ze které pacient pochází aj. Nemoc a pobyt v nemocnici významně zasahují do oblasti jistoty a bezpečí pacienta. Například gynekologická nebo urologická ambulance patří mezi pracoviště, které výrazně zasahují do intimity a psychika v těchto situacích hraje významnou roli. Již při příchodu na toto pracoviště je třeba si uvědomit, že pacient bude při vyšetření pociťovat velkou zranitelnost a bude výrazným způsobem narušována jeho osobní intimita. Sestra se musí vcítit do pocitů pacienta a snažit se předejít možným negativním emocionálním stavům a neuspokojení potřeb pacienta. Jako zdravotnický personál máme možnost tyto potřeby saturovat a případné ošetrovatelské diagnózy, jako je úzkost, strach či nedostatek informací, eliminovat ať již úpravou prostředí ambulance, respektováním intimity či poskytnutím dostatečného množství informací, kterým je pacient schopen porozumět. Lze tak přispět k lepší adaptaci a porozumění dané problematice, a tím ke snazší spolupráci s pacientem (15, 41, 48, 2).

1.1.1 Klasifikace a hierarchie potřeb

Ve 40. letech minulého století sestavil základní dělení potřeb Abraham Maslow (trojúhelník-pyramida-hierarchie potřeb). Toto dělení zahrnuje dvě základní úrovně potřeb: biologicko-fyziologické potřeby a potřeby psycho-sociální. Dále je možné dělit potřeby na základní - nižší a sekundární – vyšší (41, 48, 2).

Hierarchie potřeb podle Maslowa:

Fyziologické potřeby (pohyb, čistota, výživa, vyprazdňování, spánek...), potřeby bezpečí a jistoty (touha po důvěře, spolehlivosti, stabilitě), potřeba lásky a sounáležitosti (uznání, autonomie), potřeba uznání, ocenění, sebeúcty (potřeba milovat a být milován...), potřeby kognitivní (poznávat, vědět, rozumět), potřeby estetické (symetrie, krásy), potřeba seberealizace, sebeaktualizace. Potřeby hrají významnou roli i v řešení sociálních vztahů nemocného (41, 48, 2).

Často je potřeba chápána jako nutnost organismu něco získat nebo se naopak něčeho přebytečného zbavit a tím dosáhnout potřebné rovnováhy. Jednotlivé potřeby mají svou nezaměnitelnou podobu. Jejich vývoj u pacientů je možné v současném společenském prostředí charakterizovat jako stále složitější a celistvější ve všech svých oblastech, které mají počátek, jak v biologických, tak psychických a v neposlední řadě i společenských parametrech. Potřeby mají různé složení (41, 48, 2).

Podoba jednotlivých potřeb je závislá na povaze choroby, ale také na pacientovi samotném a na tom, v jakých sociálních poměrech žije. Pacient v určitém stavu není schopen plnit své běžné společenské funkce, je zaměřen sám na sebe a uspokojuje tím svou základní potřebu, kterou je stav uzdravení. V průběhu nemoci dochází k různým změnám potřeb a v době uzdravování nelze chápat potřeby pouze jako nově vzniklé, ale také jako potřeby, které se nemocí nemění a potřeby, které jsou nemocí přetvářeny (41, 48, 2).

Potřeby, které se nemocí nemění jsou stejné u člověka nemocného i zdravého. Člověk si je uspokojuje sám nebo za asistence rodiny, či členů jiné sociální skupiny. Tyto potřeby musí být i po dobu hospitalizace pokryty, protože jinak by člověk vytržený z běžného sociálního prostředí ztratil schopnost si tyto potřeby uspokojovat sám. Jde o potřeby vzduchu, výživy, tekutin, odpočinku, spánku a další biologické potřeby (41, 48, 2).

Potřeby, vzniklé nemocí, jsou uspokojovány prostřednictvím léčebného procesu. Nově mohou vznikat potřeby při změně vnějšího prostředí, změnou životních podmínek, ale i možnou změnou osobnosti člověka, kterou způsobí poznání nebo zkušenosti. Vznik těchto potřeb závisí na řadě okolností, kterými jsou např. charakter, závažnost a průběh onemocnění, ale i osobnost pacienta, jeho předešlé zkušenosti s nemocí, chování okolí a další. Nově vzniklé potřeby mohou mít na člověka vliv v podobě návratu zdraví, v potřebě zbavit se nebo zmenšit bolest a v potřebě obnovení nebo udržení si schopnosti plnit dřívější společenské role, či se připravovat na nově vzniklé (41, 48, 2).

Potřeby, které se nemocí přetvářejí jsou potřeby biologické, např. dietní strava. Je to stav, kdy je fyziologická potřeba usměrňována vhodným biologickým a kalorickým

výběrem potravy a často i vhodnou úpravou stravy a formou, kterou je podávána. Velkou pozornost v průběhu nemoci je třeba věnovat přetváření sociálních potřeb. Zjednodušeně je možné říci, že nejdříve u nemocného dochází ke snížení sociálních potřeb a pak k jejich postupnému návratu. Často jde o potřeby související s výkonem profese, dále s potřebou poznání sebe samého, kdy je centrálním problémem probíhající nemoc a člověk chce znát její příčiny, způsoby léčby i možné důsledky – potřebuje informace. Potřeby sociálních styků. U nemocného jde o sociální vztah s lékařem, sestrou, spolupacientem či rodinou, pokud je pacient v domácí péči. Potřebu vytváření kulturního prostředí mohou reprezentovat estetické prostředí zdravotnického zařízení, umělecká výzdoba, vhodné barevné ladění stěn, nábytku nebo čistota a upravenost zdravotnického personálu (41, 48, 2).

1.1.2 Uspokojování potřeb

Při uspokojování potřeb hrají roli objektivní i subjektivní faktory. Dále pak individuální vlastnosti jedince, jeho sociální prostředí, pocit zdraví nebo nemoci a okolnosti, které vedly ke vzniku onemocnění (41, 48).

Uspokojování potřeb je dynamickým procesem, který obsahuje součásti vytváření a utváření potřeb. Pro zdravotnickou praxi má velký význam teoretické řešení potřeb, které umožňuje přesnější poznání potřeb nemocného a jejich respektování v léčbě a ošetřování. Tento stav má významný vliv nejen na přímé ovlivňování diagnostiky a léčby, ale především je základním článkem vztahu lékaře, sestry a pacienta (41, 48, 2).

Potřeby biologické nelze oddělovat od potřeb sociálních. Tyto potřeby jsou vždy v určité návaznosti a hranice mezi nimi jsou velice tenké. Je třeba sledovat jakou naléhavost té které potřebě jedinec přikládá (41, 48, 2).

1.1.3 Význam ošetrovatelské péče z hlediska uspokojování potřeb

Pozornost zdravotníků bývá více zaměřena na potřeby fyziologické či tělesné, ale nemocí je porušena i rovnováha psychosociální. Z toho vyplývá, že přístup k pacientovi musí být vždy komplexní. Ošetrovatelskou péčí je třeba zaměřit na naplnění všech potřeb v plném rozsahu. V pozadí nesmí zůstat uspokojení potřeb jistoty, bezpečí

a nezávislosti. Neméně důležitou snahou je podpora terapeutických procesů, při nichž by měl nemocný aktivně spolupracovat. Pro spolupráci je dobré získat i rodinu, přátele či členy příslušné sociální skupiny. V rámci uspokojování a naplňování potřeb pacientů je důležitá informovanost a pravidelná komunikace. Pokud je pacient správně a dostatečně informován a informacím rozumí, snáší svoji nemoc lépe a aktivně spolupracuje. Dále je vhodné pomoci pacientovi najít pojmenování pro jeho potřebu autonomie a identity, zachování si schopnosti vést život podle svého. Autonomii zajišťujeme respektováním přání a názorů pacienta. I pacient plně fyzicky závislý, by měl zůstat psychicky nezávislý, psychicky autonomní. Heteronomie je opakem autonomie. Člověk je veden a kontrolován bez možnosti podílet se na dané situaci. Společným zájmem pacienta i zdravotníka je návrat ke zdraví. Tím, že sestra pochopí potřeby pacientů může lépe posuzovat a hodnotit jejich chování. Takto nabyté poznatky jsou pro sestru základem ošetrovatelského procesu. Při uspokojování potřeb je třeba respektovat a dodržovat práva pacientů. Činnost sester v uspokojování potřeb má za cíl pomoci pacientovi se co nejdříve a v co největší míře osamostatnit a přizpůsobit změně prostředí (41, 48, 13, 2).

Stranou při uspokojování potřeb nemůže stát ani uspokojování kulturních potřeb člověka. V kulturní oblasti hraje největší úlohu rozvoj vzdělávání zdravotníků. Svět se vlivem globalizace stává stále více multikulturnějším společenstvím a zdravotnická péče musí přispívat k odstraňování nerovností mezi jednotlivými etnickými skupinami (41, 48, 2).

1.1.4 Multikulturismus

Pod pojmem multikulturismus rozumíme rovné uznání všech lidí a jejich kultur. Je to jedna ze základních lidských potřeb, která je součástí silného pocitu identity, sebeuvědomění člověka a je spojena s kladným společenským uznáním. Multikulturismus vede k rovnoprávnému soužití mezi všemi členy společnosti. Sestry nabádá multikulturní ošetrovatelství k poznání laického způsobu péče a jeho kladných stránek, ke způsobu péče, který pochází z jiné kultury než ony samy, ke znalostem které mohou používat při poskytování profesionální ošetrovatelské péče (8, 50).

1.2 Intimita

Slovo *intimita* znamená: soukromí, důvěrnost, útulnost, nahotu či stud. Z latinského *intimus*, vnitřní či niterný. Vyjadřuje významný rys vnitřní prožitkové účasti člověka, ať již ve vztahu k sobě samému nebo k někomu či něčemu jinému. Nahota a stud nejsou přirozené jevy, se kterými se rodíme, ale sociální deformace, které se předávají z generace na generaci. Společnost nás učí, že ukazovat se nahý je nepatřičné a nemorální. Z historických pramenů se můžeme dozvědět, jaký měla názor na nahotu společnost v různých obdobích. Počátky intimity nacházíme v ráji, kdy Adam s Evou ochutnali zakázané jablko a poznali, že jsou nazí. Začali se stydět a zakryli se fíkovými listy. Naproti tomu lidé v pravěku se nezahalovali z touhy po intimitě, ale v souvislosti s chladem. V období gotiky velela náboženská přísnost zahalovat se a potlačovat tím přirozenou linii těla. Ve středověku chodili lidé spát zcela nazí a to jak muži, tak ženy a nejen lidé z nižších vrstev, ale i šlechtici a bohatí měšťané. V době osvícenství byla nahota potlačena a trpěna pouze ve výtvarném umění, přirozená nahota byla zločinem. Především vlivem církve byla ženská nahota považována za nečistou a nebezpečnou. Muži se mohli odhalovat v lázních, na koupalištích a při některých sportech. Naopak renesance se ženskou nahotou chlubila. Za krásku všech krás byla považována Panna Marie, uctívaná nejen jako symbol zbožnosti, ale také jako symbol tělesné krásy. Vliv na odhalování a tím i na intimitu mělo náboženství a morálka různých kultur. Pocit studu se objevuje při náhlém porušení intimní sféry, která se stává viditelnou bez vlastní kontroly. Intimita může být chápána i jako právo na soukromí. Jde o právo rozhodovat výlučně sám o sobě a o podmínkách zveřejnění osobních informací (12, 21, 44).

1.2.1 Potřeba intimity v ošetrovatelské péči

Potřebu intimity můžeme přiřadit k potřebám sebekoncepce, sebeúcty, jistoty a bezpečí které vyjadřují bezprostřední vztah člověka k sobě samému, založený na sebeuvědomování, sebepoznání a sebehodnocení. Současně zahrnuje postoje a hodnoty, které člověk získal během vývoje, pojal je za své a díky nimž se dívá na svět i na sebe sama. Prostřednictvím sebekoncepce si utváří vztah k sobě samému i k jiným lidem. Za

intimní považuje člověk to, co je ve společnosti a dané kultuře všeobecně považováno a vnímáno jako intimní, soukromé, či důvěrné. Potřeba intimity je dána ve velké míře náboženskou orientací, ale jde také o zachování lidské důstojnosti, osobní cti a dobré pověsti. V pojetí těla existují nábožensky, sociálně a kulturně velice odlišná pojetí. V ošetrovatelské péči je třeba přistupovat k intimitě nejen s respektem před jinými kulturami a náboženstvími, ale také s pochopením lidí, s jejich individuálními biologickými, sociálními a náboženskými rozdíly. Duchovní kultura je souhrn zvyků, přesvědčení a postojů. Náboženství výrazně ovlivňovalo a ovlivňuje vývoj společnosti, její morálku a ovlivňuje i oblast intimity. Odráží se v chování a psychických reakcích, které se mohou v době nemoci měnit. A je nutné uspokojovat i tyto potřeby, které jsou specifické u jednotlivců pocházejících z různého kulturního prostředí a jsou ovlivňovány právě náboženstvím. Sestra musí chápat pacienta z holistického, tedy celostního pohledu a ten vyžaduje zabezpečit a uspokojit i potřeby v oblasti intimity. Potřeba intimity je potřebou základní, nižší, ale zároveň potřebou vyšší. Aby byla sestra schopná uspokojit tyto potřeby musí je v první řadě poznat. Získat informace o různých kulturách studiem a poznáváním jiných kultur než té své. Jedině pak bude sestra schopná poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči, uspokojovat individuální potřeby pacientů z minoritních skupin a rozpoznat reakci na neuspokojené potřeby související s odlišnou kulturou (1, 50, 21).

1.2.2 Zajištění intimity v ošetrovatelské péči

Potřebou intimity se zabývá i určitá oblast oboru ošetrovatelství, cituje ji a ošetřuje v právech nemocných. Nachází se současně v právech pacientů i v právech hospitalizovaných dětí. Každý člověk má právo na ochranu před neoprávněným zasahováním do osobního života a soukromí. Respektovat kulturu pacienta by mělo být v ošetrovatelské péči samozřejmostí. Péče o cizince a migranty je regulována zákonem, zdravotničtí pracovníci musí tyto zákony znát a dodržovat je, ale ani zákony neřeší všechny situace, které se mohou vyskytnout a ty se pak mohou stát předmětem konfliktu. Těmito situacemi mohou být specifické požadavky dané kultury či některé rituály, související s vyšetřením pacienta nebo s možnými diagnostickými výkony.

V oblasti intimity je základem její zajištění, které může být u jednotlivců individuální. Samozřejmostí by se mělo stát, že nebudeme pacienta zbytečně odhalovat, pokud vyjádří nějaké přání, které můžeme splnit, splníme jej. Může jít např. o možnost, aby ženu vyšetřovala žena či možnost přítomnosti manžela nebo jiné blízké osoby u vyšetření (21, 36).

To co je pro nás, středoevropany, naprostou samozřejmostí, mohou příslušníci minoritních skupin vnímat úplně jinak. I běžný dotek či úsměv může mít v jiných kulturách odlišný význam a může se stát příčinou konfliktů. Zhodnotit aktuální stav pacienta a reakci na neuspokojení potřeb i potřeb, které souvisí s odlišnou kulturou by měli sestry umět a zajišťovat tak individuální ošetrovatelskou péči. Ale potřebné informace a vzdělání o kulturních specifikách minoritních skupin sestrám v praxi chybějí. Intimita je u každého jedince individuální. Je potřebou jak základní, nižší, tak potřebou vyšší. Intimitou může být chápáno soukromí fyzické (tělesné), psychické, ale také soukromí osobní, klidné prostředí. Při ošetrovatelských výkonech je velice důležité pracovat tak, aby byl respektován stud a soukromí nemocných při veškeré osobní a intimní péči. Ochranou studu a soukromí sestra prokazuje, že pacienta respektujete jako lidskou bytost a pomáhá nemocným udržet důstojnost a kontrolu nad osobním prostorem. Mezi obecné zásady pro zabezpečení potřeby intimity pacienta je dostatečná informovanost o činnostech, které bude sestra pacientovy vykonávat. Sestra by také měla minimalizovat počet lidí přítomných při vyšetření a v případě výkonu, který bude provádět na pokoji by měla požádat, pokud je to možné, spolupacienty o odchod z pokoje nebo použít mezi pacienty zástěnu tak, aby byla dostatečně zajištěna intimita pacienta při provádění daného výkonu. Dále by měla důsledně dodržovat a kontrolovat zavření dveří pokoje, snažit se pracovat co nejrychleji a nevystavovat tak pacienta nepřiměřeně dlouhému odhalení. Při převozu pacienta např. na operační sál nebo na některé z vyšetření je třeba, aby byl pacient dostatečně oděn nebo zahalen. Toto platí i při případném překladi pacienta z lůžka na operační desku, pacienta neodhalit a teprve následně zakrýt, ale nejdříve krýt tělo rouškou a až posléze sejmout přikrývku. Sestra se také musí vyvarovat kladení intimních otázek nebo sdělování soukromých informací před více lidmi. Projednávání intimních záležitostí, které se týkají pacienta, jeho

diagnózy, zdravotního stavu, či léčby, je třeba projednávat o samotě, bez přítomnosti jiných osob, v zájmu ochrany osobní intimity pacienta a s ohledem na jeho pocit bezpečí. Základním projevem respektu k pacientovi a jeho intimě vyjadřuje sestra tím, že nevstoupí do pokoje bez toho, aby zaklepal na dveře. A nejen sestra, ale veškerý zdravotnický personál. Dalším důležitým pravidlem, které by mělo být pro sestru samozřejmostí je lidský přístup a přístup k pacientovi jako k lidské bytosti. Sestra se nesmí bát získávat informace o pacientovi samotném, ale také o jeho kulturním zázemí, protože pokud není dostatečně informovaná, nemůže poskytovat kulturně specifickou činnost zaměřenou na všechny potřeby pacienta (36, 50, 11, 51, 44).

Intimita je velice citlivou oblastí, o čemž svědčí i fakt, že samotný pacient při vstupu do nemocnice v rámci ošetřovatelské anamnézy nepříjemně vnímá otázky, které se týkají například sexuality nebo vyprazdňování, pacienti nechtějí a možná i považují za nevhodné na takové otázky odpovídat. Potřeba intimity musí být zajištěna u pacientů i při běžných ošetřovatelských činnostech prováděných každý den. Intimita není pro pacienta pouze potřebou, která by měla být vždy uspokojena, ale také právem. To udává, že nemocný má právo, aby byly brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Vše, co se týká jeho případu, je věcí důvěrnou a musí být provedeno s co největší diskretností. S přítomností osob, které se léčby přímo neúčastní, musí pacient souhlasit. Soukromí a intimita pacienta musí být chráněno a respektováno v každém případě a to i v době nemoci tak, aby pacient neměl pocit ohrožení bezpečí. Pacient nesmí být v nepohodě ani psychické, ani fyzické. Pokud je nutné, aby pacient při vyšetření odložil oděv, musí sestra odhadnout míru pacientova studu. Míra studu je u každého člověka individuální. U některých pacientů může být nahota běžnou věcí a s odhalením svého těla nemají problém. Ale každý člověk není stejný. Někteří lidé mohou být velice stydliví a požadavek, aby si odložili oděv jim může dělat velké problémy a tento fakt mohou považovat za citelný zásah do svého soukromí. Jsou citlivější a ostýchají se, když mají ukázat lékaři intimní místa nebo v případě, že odhalují něco, co před ostatními pečlivě skrývají. Důležitou roli hraje zajištění intimity při vyšetření atmosféra na pracovišti a fakt, že je sestra schopná se vcítit do pocitu pacienta a zajistit mu pocit soukromí. Jako nepříjemné a narušující pocit intimity může působit neustálé vcházení

a vycházení zdravotnických pracovníků do místnosti, kde je pacient vyšetřován. A velkým zásahem do intimity může být i přítomnost mediků nebo jiných studentů ve vyšetřovací místnosti. Povinností sestry musí být, že se pacienta zeptá, zda s přítomností cizích osob souhlasí. Intimita není pouze fyzická, ale také psychická. Pro pacienta může znamenat odhalení duše větší zátěž než odhalení těla. I na tento fakt nesmí sestra nikdy zapomenout a respektovat jej. Pacient může při opomenutí strádat nejen fyzicky, ale také psychicky. Sestra musí k pacientovi zaujímat celostní přístup (4, 51, 21).

1.2.3 Potřeba intimity u vybraných minoritních skupin

Minoritou by zjednodušeně mohla být označena skupina, která je počtem menší než skupina ve společnosti jiná. Mnoho autorů, ale dává přednost označení minority jako skupiny, která specifické vztahy s většinovou skupinou. Pojem minorita nebo také menšina obecně vyjadřuje jakoukoliv skupinu lidí, která je určena nějakým společensky významným znakem. Jde např. o náboženskou minoritu, jazykovou skupinu, rasovou menšinu či sexuální minoritu. Početně se může rovnat jiné skupině, která tvoří v dané společnosti dominantní neboli většinovou skupinu. Jde o skupinu lidí, vyčleňujících se od ostatních členů společnosti charakteristickými fyzickými nebo kulturními znaky. Většinová skupina lidí se k této skupině chová odlišným a nerovným způsobem. Ve většině případů se jedná o skupinu podřízenou, jejíž příslušníci mají výrazně méně kontroly či moci nad vlastními životy než skupina většinová. Jedním z nejvýraznějších znaků minority fakt, že jsou si tito lidé svého sociálního znevýhodnění vědomi. Minoritou jsou označovány různé skupiny lidí, například imigranti, postižení lidé, homosexuálové, členové politických skupin, skupin jazykových nebo náboženských a je možné se i setkat s tím, že za minoritní skupinu jsou označovány i ženy. Někteří autoři uvádějí jako klíčový fakt pro definici slova minorita, vztah mocenský. Menšina je pak definována jako skupina podřízená, jejíž členové mají méně kontroly nebo moci nad vlastními životy oproti členům skupiny dominantní, většinové. Národnostní menšina je společenství lidí, kteří mají české občanství, žijí na území české republiky a od ostatních lidí se liší etnickým původem, jazykem, kulturou a tradicemi (8, 27, 25, 38).

Členství v minoritě se dědí a dědičnost spojuje generace i tehdy, pokud chybí specifické kulturní nebo fyzické znaky. Skupinové vazby, pravidla konvence, nebo-li společenské chování. Charakteristickými znaky minority jsou tělesné nebo kulturní odlišnosti a členství ve skupině není dobrovolné. Sňatky jsou obvykle uskutečňovány mezi členy téže skupiny. Minoritní skupinu je možné charakterizovat z více hledisek, komplexně. Nejen z hlediska mocenského, ale také z hlediska podílu v populaci. V úvahu je třeba vzít i tělesné a kulturní rozdíly, postoj většinové skupiny k těmto rozdílům, vliv mocenských vztahů a možnosti členů minoritní skupiny uspokojovat vlastní potřeby (8, 27).

Při sociální práci s menšinovými skupinami se menšinou obvykle myslí skupina národnostní, etnická nebo rasová. Ale pojem menšina se vztahuje i k jiným, ne-etnickým a nerasovým skupinám. Jedná se o skupiny lidí s rozdílnou barvou pleti a národnosti, tak o lidi postižené, bezdomovce nebo členy extremistických hnutí. Výraz minorita není neměnný ani jednoznačný. Také vztahy mezi minoritními a majoritními skupinami jsou stále otevřeny a mohou se měnit. I hranice mezi těmito skupinami se neustále mění, jsou proměnné. Jednotlivec může být členem jak skupiny menšinové, tak v určitém ohledu i členem skupiny většinové. Být členem jedné skupiny nevylučuje členství ve skupině jiné a není ani nutným předpokladem konfliktu mezi těmito skupinami (8, 3, 27).

Při vymezování pojmu minorita a postavení jejích členů ve společnosti nesmíme opomíjet postoj většinové společnosti ke zvláštnostem, které minorita má. Výsledkem by mohla být zjednodušená představa o tom, jak řešit konflikty, chyby při komunikaci, neuspokojování potřeb a mohlo by vést až k znevýhodňování členů minoritní skupiny (8, 27).

Majoritní nebo-li většinová společnost. Společnost, která má výjimečné postavení. Jde o držitele a ochránce hodnotového systému společnosti (8, 27).

1.2.3.1 Křesťanství

Jde o nejrozšířenější světové monoteistické náboženství, tedy víra v jednoho Boha. Existuje ve třech hlavních formách: římskokatolické, ortodoxní (pravoslaví) a protestantské (8).

Tradice pravoslaví si žádá, aby se člověk do kostela oblékal skromně. Oblečením by měla být přikryta většina těla, ženy nesmí nosit šaty bez rukávů, příliš krátké sukně nebo velký výstřih. Vdaná žena musí mít přikrytou hlavu šátkem nebo šálou a neměly by si malovat rty kvůli pravoslavné tradici líbání ikon (8).

1.2.3.2 Islám

Islám je monoteistické náboženství založené prorokem Mohammedem v 6. stol. n. l. Je nejmladším náboženstvím na světě. Posvátným spisem je Korán. Islamisté věří v jednoho Boha a plní povinnost modlitby, půstu, almužny a poutě do Mekky. Muslimové se dělí na šííty, sunnity a další. Islámské právo – Šarija, zasahuje do života společnosti i do života rodinného. Radikální vyznavači tohoto učení mnohdy nerespektují právo na odlišnost druhých. Počet muslimů v České republice je odhadován na 20 tisíc. Jsou to většinou přistěhovalci a malé množství konvertitů. Mešitu pravidelně navštěvuje asi 600 lidí. Při náboženských svátcích do českých mešit a modliteben přichází až dva tisíce lidí. Nejvíce muslimů pochází z Iráku, Jemenu, Sýrie, Egypta, Libye a Tuniska (30, 50, 3, 6).

Mluvený projev v arabském světě se proti projevu českého člověka, evropskému přístupu, velmi liší. Je srdečný a vřelý, oproti našemu strohému a často neuhlazenému. V arabském světě se lidé při setkání nebo loučení, vyjádření radosti nebo blahopřání často objímají a líbají na tvář. K těmto projevům v arabském světě, ale dochází mimo rodinný kruh pouze mezi ženami, či pouze mezi muži. Lidé stejného pohlaví se běžně drží za ruce, krácejí vedle sebe a hovoří. V naší kultuře by tento fakt byl pokládán za projev homosexuality. Při komunikaci s arabským pacientem je třeba srdečnost a laskavý tón. Pokud komunikace toto postrádá, pacient se cítí nepříjemně. Musíme mít na paměti, že Arab, nikdy nehovoří přímo k danému tématu. Strohou a stručnou komunikaci pak považuje za nezdvořilou. Pro pocit důvěry a bezpečí je při komunikaci

s takovýmto pacientem třeba přímého pohledu do očí. Pokud se tomu tak neděje, je to považováno za nekorektní jednání. Držení rukou v bok je považováno dokonce za projev agrese (30, 15, 35, 6).

Veřejné projevy citů muže k ženě jsou v arabském světě nepřipustné. Doteky, objetí, polibky nebo jiné projevy náklonnosti k ženě jsou považovány za neslušné. Prvním požadavkem jsou části těla, které musí být zahaleny. Oblečení musí zakrývat tělo od zápěstí až po kotníky, dále nesmí být volný krk. Oděv by neměl mít obrázky ani nápisy. Ženy by neměly mít vidět vlasy a neměly by použít parfém. Oblečení musí být natolik volné, aby neukazovalo ženské křivky. Jedna možnost je nosit „kabát – abája“ přes oblečení. Nicméně pokud je oblečení dostatečně volné, vnější oblečení není nutné. Oblečení musí být natolik „silné“, aby neukazovalo barvu kůže nebo křivky (30, 35, 24, 22).

Muž je v muslimské rodině autoritou. Reprezentuje ji a komunikuje s okolím. Muslimové vyžadují, aby pacientku-ženu, vyšetřila žena. Pokud není žena-lékačka k dispozici, může ženu vyšetřit lékař-muž, ale pouze se souhlasem manžela pacientky a za jeho přítomnosti. Je nutné, aby měla žena i při vyšetření zahalenou minimálně polovinu těla nebo, pokud je to možné, byla vyšetřena přes oděv. Žena musí být zahalena od krku po kotníky a ortodoxně věřící žena musí mít zahalenou i tvář. Ženský oděv nesmí zdůrazňovat tělesné křivky a krásu ženy. Typ oděvu není předepsán. Celková koupel se provádí vždy v pátek, dále u žen po menstruaci, po šestinedělí a po gynekologickém vyšetření. Očistný účinek má tekoucí voda. Muslimská žena nesmí nikdy zůstat v jedné místnosti sama s cizím mužem. Je to ochrana před ztrátou cti. Je nepřipustné i to, aby ženu na vyšetření doprovázel muž. K muslimské ženě se chováme vždy zdrženlivě a zdvořile. Opatření, která jsou nutná v souvislosti s ošetřením ženy, muslimky, je třeba vysvětlit hlavě rodiny a u vyšetření může být blízká osoba ženského pohlaví. Odhalujeme pouze ty části těla které jsou nezbytně nutné, neodhalujeme pacientku zbytečně a pokud je možné vyšetřit ženu přes oděv, vyšetříme ji. Sestra by měla znát a respektovat způsob oblékání K/P muslima, zbytečně jej neodhalovat a ponechávat například ženám šátek. Nikdy nenutíme muslima sundávat amulety či řetízky s citáty z koránu. Oblast mezi pupkem a koleny je u muslima-muže, tabu.

Muslimové, muži, by měli být pokud možno vyšetřováni muži a zvláště, pokud jde o intimní péči. Mužům je zakázána péče o ženy v nemocnici. Tabu pro muslima jsou i dotyky mezi opačným pohlavím, nepodávat věci levou rukou – je považována za nečistou (5, 30, 24, 7, 37).

U žen není vhodné dívat se mužům do očí – žena klopí oči. Muslimové se při nepochopení otázky znovu nezeptají, nedovoluje jim to hrdost. Otázka na rodinný stav je vnímána svobodnými nebo staršími ženami jako nepříjemná, protože nebýt v manželském svazku je považováno za poskvrnu. Další nevhodné téma je počet dětí u svobodných muslimských žen, předmanželský pohlavní styk je zakázán. Muslimové se stydí hovořit o tělesných projevech, jako je močení, stolice, výtok či menstruace u žen. Po celou dobu hospitalizace musí brát sestra v úvahu stud muslima a snažit se zajistit ošetřující personál stejného pohlaví. Sestra musí vědět, že ortodoxní muslim má zakázaný jakýkoli fyzický kontakt s opačným pohlavím (36, 50, 46, 5, 6, 24).

1.2.3.3 Vietnamec

V české republice žije více než 60 tisíc Vietnamců. Tvoří tak po Ukrajincích a Slovácích třetí nejpočetnější minoritní skupinu. Je pro ně charakteristická nenápadnost, skromnost, uzavřenost, úsměv vyjadřuje rozpaky, nepochopení a nejistotu. Jako projev nadřazenosti si vysvětlují přímý pohled do očí. Vietnamci preferují umírněné a uctivé chování, které je doprovázené neafektovanými pohyby. Vietnamci jsou národem dotyků. Navzájem se dotýkají, ale pouze v přátelských vztazích. Dotyky a objetí mezi jedinci stejného pohlaví jsou časté a zcela normální. Své soukromí si velice pečlivě střeží a o soukromém životě hovoří jen velice zřídka nebo vůbec. Vietnamská žena má v rodině podřízené postavení. Je velice stydlivá a skromná a při vyšetření je nanejvýš nutné chránit a dodržovat její osobní intimitu. Nejen tím, že žena nebude zbytečně odhalována, ale také tím, že bude zajištěno soukromí ve vyšetřovací místnosti. Je proto nutné zajistit soukromou místnost na prohlídku. Z hlediska osobní hygieny, pokud je to možné, upřednostňují sprchu každý den ráno. Kvůli soukromí preferují používání záchodu před podložní mísou nebo močovou lahví. Osobní hygiena je pro vietnamské pacienty velmi důležitá a raději si ji dělají samy. Pokud nemohou,

pomáhá jim člen rodiny stejného pohlaví. Soukromí a stud jsou důležité body při pobytu Vietnamců v nemocnici. Těhotné ženy musí být v teple a dodržovat speciální hygienu. Při porodu je vietnamská žena velmi tichá, skromná, až trpitelsky odevzdaná a nevyjadřuje svá osobní přání. Vietnamské ženy dávají přednost porodu v nemocnici a preferují přítomnost otce dítěte u porodu. Je třeba je aktivně vybízet a ptát se na jejich pocity a přání. Při rozhovoru jsou velice citlivá témata týkající se pohlaví. V otázce oblékání je nepřípustné nosit krátké kalhoty. Vietnamské ženy nenosí sukně. Jejich sváteční kroj se skládá z dlouhé a přiléhavé, na bocích rozstřižené tuniky a dlouhých volných hedvábných kalhot. Znamením dobrého chování je chodit vždy čistě a slušně oblečení. Převažuje u nich buddhismus. Při léčení vietnamského etnika je důležité vysvětlovat procedury a testy pokud možno co nejpřesněji a nejjednodušeji. Mohou přikývnout, že slyší, ale nemusejí rozumět nebo souhlasit. Jsou otevření ke zdravotníkům při přímém kontaktu. Když pacient požádá o přítomnost člena rodiny, je důležité ho přizvat. Závažnost zdravotního stavu není vhodné sdělovat přímo pacientovi, ale nejdříve jej konzultovat s hlavou rodiny (8, 49, 25, 47, 28, 3).

1.2.3.4 Judaismus

Judaismus je nejstarší monoteistické náboženství. Judaisté odmítají potrat, pokud není ohrožen život ženy. Preferují ošetření od zdravotnického personálu stejného pohlaví. V období sabatu, čas od pátečního večera do sobotního západu slunce mohou odmítnout lékařský zákrok nebo hospitalizaci, pokud není jedinec v ohrožení života. Židé neopouští své bližní ani v nemoci ani v umírání, jsou jim na blízku do poslední chvíle života. V oblasti potřeby intimity nemají specifické požadavky (36, 34, 46).

1.2.3.5 Hinduisté

Hinduismus je dnes nejstarším aktivním náboženstvím na světě. Jeho historie sahá do minulosti tisíce let. Hlavní složkou náboženství je víra v nekonečný cyklus zrození, života ze země, smrti a opětovného zrodu, ve kterém se každý jedinec reinkarnuje na úrovni, která je určena tím, jak strávil předchozí život. Hinduistou se člověk rodí. V období uctívaných svátků mohou hinduisté odmítat léčebné zákroky nebo vyšetření.

Potřeba intimity je u hinduistů individuální. Pokud je to možné preferují vyšetření ženy, ženou lékařkou a muže mužem lékařem, ale jiné zvláštní požadavky nemají (8, 36).

1.2.3.6 Romové

Součástí naší společnosti je i další z minoritních skupin žijících na území České republiky a touto skupinou jsou Romové. Romové často nerespektují práva a zvyky ostatních. I v nemocnici se chovají velmi hlučně a někdy mohou být agresivní. Pokud je některý člen rodiny hospitalizován, ostatní členové rodiny zůstávají v jeho těsné blízkosti. Je nutné konstatovat, že Romové jsou svým pohledem na svět jinými lidmi s vlastními kulturními, společenskými, rodovými a rodinnými vazbami, mají specifickou morálku a filozofii života. Nucené přizpůsobování, převýchova na způsob „většiny“ jim spíše škodí než prospívá, proto se ani nedaří. Funkční a přijatelná je forma spolužití pro obě dvě strany, která bude podporovat vše pozitivní z romské kultury a pomáhat tak jejímu rozvoji. Poznání specifik zdraví Romů umožní identifikovat jejich zdravotní potřeby a zvolit účinnou strategii. Důležité je Romovi vyjádřit úctu. Pokud žena jedná s romským mužem, nedoporučuje se dívat se mu zpříma do očí, přímý ženský pohled je obecně považován za sexuální výzvu a romský muž, který vám podává ruku a nepodívá se vám zpříma do očí, vám vyjadřuje úctu. Mladá, bezdětná žena by nikdy v kontaktu s romskou matkou neměla klást direktivní podmínky a poučovat o tom, co je pro její děti vhodné. Pro navázání kontaktu je výhodné vyslechnutí matky (36, 18, 9).

1.2.3.7 Ukrajinci

Ukrajinci reprezentují nejpočetnější skupinu ekonomických migrantů v ČR, přičemž dočasné pracovní stěhování Ukrajinců směřujících do České republiky již několik let postupně začíná mít charakter trvalého přistěhovalectví. Ukrajinec si například se ženou při seznamování nebo při pozdravení nepodává ruku, tento počin by byl totiž v rámci „ukrajinské nedotknutelnosti žen“ považován za neúctu. Čeho je možné si všimnout na první pohled, je způsob upravování se a šacení. Na Ukrajině je žádoucí, aby muž vypadal jako „skutečný“ muž a žena jako „skutečná“ žena. U žen

převládá elegance, sukně, šperky a často vysoké podpatky. Líčení a parfém jsou samozřejmostí. Ukrajinci jsou lidé přizpůsobiví, ukáznění, s naší péčí spokojení a hlavně, za jakoukoli péči vděční, nemají žádné speciální požadavky. Jsou ochotní se maximálně přizpůsobit a pochopit režimové požadavky oddělení. Pacienti jsou mile překvapeni, co vše je jim v nemocnici poskytnuto. Největším problémem bývá komunikace v souvislosti s neznalostí jazyka. Někteří pacienti odmítají mluvit rusky a české sestry neznají ukrajinštinu. Oblast potřeby intimity je u Ukrajinců individuální. Pokud je to možné je třeba, aby sestra vyhověla přání, které pacient vyjádří (33, 40, 20).

1. 3 Potřeba transkulturního přístupu v ošetrovatelské péči

Transkulturní ošetrovatelství je oblast teorie a praxe, která se věnuje porovnávání hodnot, přesvědčení a zvyků osob nebo skupin, příslušníků různých kultur s cílem poskytnout kulturně specifickou a univerzální péči, zaměřenou na podporu zdraví a k prospěchu lidí, případně napomáhat čelit těžkým situacím, nemocen nebo smrti postupy, zaměřenými na danou kulturu (8, 19, 27, 10).

Multikulturní ošetrovatelství klade důraz na studium srovnávací, s cílem nalézat zvláštnosti i společné body různých kultur se zaměřením na zdraví, jež je v souladu s jedincem a jeho kulturou. Jde o tzv. „péči šitou na míru“. Mělo by jednotlivcům umožnit to, že si zachovají své osobité kulturní tradice, které mohou být v protikladu s tradicemi dominantní kultury (8, 19, 27, 17, 10).

Potřeba multikulturní péče je dána ve velké míře náboženskou orientací, která dává jedinci stabilitu, identitu a poskytuje jistotu v novém prostředí, které může jedinec vnímat jako chladné a často zmatené. Tento vliv se pak může odrážet i v chování ve zdraví a nemoci. Péče o příslušníky jiných kultur se v současné době stává stále běžnější. Problematika multikulturního ošetrovatelství je zmiňována i v bakalářských programech ošetrovatelství v samostatném předmětu. V multikulturním ošetrovatelství reprezentuje tuto problematiku několik ošetrovatelských modelů, např. model Leiningerové či model Gigerové a Davidhizarové, který z modelu Leiningerové vychází. Sedm kategorií, které tento model reprezentují je možné upravit pro specifické potřeby jednotlivých pacientů. Leiningerová definuje transkulturní ošetrovatelství jako

významnou oblast teorie a praxe se zaměřením na význam kulturní péče, víry a zvyky jedinců nebo skupin z jiných kultur s cílem poskytovat ošetrovatelskou péči kulturně shodnou a zaměřenou na zdravé i nemocné jedince nebo jim kulturně vhodným způsobem napomáhat odolávat nepříznivým vlivům, nemoci nebo smrti. Modely dávají jasnou a přesnou orientaci ve třech oblastech ošetrovatelské péče. V praxi, vzdělávání a výzkumu (8, 27, 10, 19, 49).

Multikulturní péče by měla být především individuální, s navázáním kontaktu a získáním důvěry pacienta. Přístup musí být vždy profesionální. Velký vliv má neverbální komunikace, která by měla mimikou a gesty vždy vyjadřovat vstřícnost, pochopení a zájem o pacienta. Celkový klidný projev podtrhne uklidňující, příjemný, ale dostatečně rozhodný tón hlasu. Sestry by měly být schopné a připravené poskytovat ošetrovatelskou péči, která bude respektovat kulturní odlišnosti minoritních skupin (8, 27, 29, 10, 49).

1.3.1 Kultura

Kultura je souhrn hmotných a duchovních hodnot vytvořených lidstvem. Je to produkt myšlení lidí, založený na symbolech, vytvořený podle chování určité skupiny lidí nebo podle toho jak se chovají. Pojem kultura, je často považovaný za teoretický nástroj určující hranice určité menšinové společnosti. Jde často o kulturní zvláštnosti, které mohou být příčinou předsudků většinové společnosti a tím i zdrojem znevýhodnění. V souvislosti s minoritními skupinami je možné kulturu definovat jako určitou soustavu idejí, norem, hodnot, stylu života nebo způsobu řešení běžných životních situací, které spolu členové skupiny sdílejí. Členové skupiny tak vnímají a chápou své prostředí a vytvářejí si pocit vlastního světa, osvojují si určité zvyky a kultura pomáhá členům skupiny vymezit si představu dobra a zla. V souvislosti s minoritami je třeba říci, že i kultura dané skupiny se může měnit. Je třeba pochopit, že k jednotlivým menšinovým skupinám je nutné přistupovat ne na základě stereotypů, ale vždy s přihlédnutím k momentální situaci člena či členky určité skupiny. V souvislosti s prohlubující se celosvětovou globalizací a migrací, dochází k bezprostřednímu kontaktu jednotlivých, odlišných kultur a často k problémům spojeným s dlouho

zažitými hodnotami, představami a vzory jednání, které jsou součástí kultury členů minoritních skupin nebo majoritní společnosti. Styk jednotlivých kultur může být problematický nebo naopak obohacující. Stává se příležitostí, kdy je možné jednotlivé kultury srovnávat a tím posilovat nebo naopak polemizovat o vlastní kulturní orientaci. Kulturní rozdíly mohou zasahovat do jednotlivých stránek, ale také do celého života členů minority. Kulturními rozdíly mohou být: jazyk, náboženství, rodinné zvyky, každodenní rytmus života, stravovací návyky, volnočasové aktivity, intimity (oblékání, zahalování těla, zdobení těla), komunikace či způsob projevu emocí. Multikulturní soužití populace ovlivňuje chování lidí a jejich postoje. Jde o proces vnímání, chápání a srovnávání hodnot a chování. Při kontaktu s členy jiné kultury je třeba se odpoutat od vlastního pohledu, jak řešit daný problém. Při kontaktu s členy minoritních skupin je třeba přijmout různé kultury za samozřejmé. Být si vědom toho, že vlastní hodnotové zázemí je relativní a přispět tím k úspěšnému řešení problémů členů minoritních skupin. Ti pak očekávají, že při kontaktu s nimi bude jejich způsob vidění a prožívání života chápán a sdílen. Na tato očekávání by měli být zdravotničtí pracovníci schopni reagovat a vnímat je s porozuměním (8, 17, 27, 38).

1.3.2 Kulturní šok

Přizpůsobit se novému prostředí a podmínkám, je pro jedince z jiného kulturního prostředí velmi obtížné až traumatizující. Tento stav může být zhoršen necitlivým přístupem zdravotnického personálu, který nerespektuje specifické potřeby jedince z minoritní skupiny. Kulturní šok je termín, který používají antropologové k popisu lidí, kteří jsou dezorientováni a stresováni při vstupu do jim neznámého kulturního prostředí. Je to stav způsobený především kontaktem s cizí, neznámou kulturou. Jde o psychologický i sociální otřes, který je způsobený překvapivým, nečekaným či neuvěřitelným zjištěním, vyvolaným bezprostředním kontaktem s cizí, dosud neznámou kulturou. Charakteristická je pro kulturní šok dezorientace a zmatek, vznikající kdykoli osoba opustí sobě známou zemi, oblast, životní styl nebo zaměstnání a vstoupí do prostředí, kde odívání, zvyky a víra jsou diametrálně odlišné (36, 8, 38).

1.4 Práva pacientů

Každý člověk má právo na to, aby byla respektována jeho náboženská a filozofická přesvědčení, morální a kulturní hodnoty. Jednoduchý návod na to, jak pomoci pacientům z jiného kulturního, náboženského, či sociálně-ekonomického prostředí neexistuje. Snižovat etický stres a možné konfliktní situace, ale pomáhá kulturní rozhled. Důležité je pacientům naslouchat a pochopit, proč se v dané situaci chová právě tak, jak se chová. Naše středoevropská kultura není jedinou platnou normou a sestry by si měly uvědomit, že některé jiné kultury se od té naší značně liší. Běžným mýtem mezi sestrami je fakt, že západní morálka a etika je všudypřítomná ve světě. Etické aspekty chování jsou spjaté s danou kulturou a nejsou všude stejné. Je nutné abychom pochopili, proč každá kultura zakládá svůj etický kodex právě na těch aspektech, na kterých jej zakládá (9, 10, 4, 8).

Své etické kodexy, zásady a přesvědčení si předávají jednotlivé kultury z generace na generaci a od sester se očekává, že různým kulturním postojům porozumí. Ať už jde o narození, život nebo smrt. Otevřeným a zvědavým postojem, chováním se s citem, se může sestra mnoha závažným etickým konfliktů vyhnout. Vždy je dobré hledat společné základy mezi zdravotníkem a pacientem. Nacházet společné postoje a znaky. Sestra by nikdy neměla zapomínat, že v jiných kulturách mohou existovat rozdíly nejen mezi jednotlivými sociálními třídami, ale také mezi ženami a muži. Etický stres a možné konfliktní situace pomáhá snižovat kulturní rozhled. Etické aspekty chování jsou vázány na danou kulturu a nejsou všude stejné. Měli bychom pochopit, proč si jedinec určité kultury zakládá svůj etický kodex právě na takových principech, na kterých si jej zakládá. Sestry musí porozumět jednotlivým kulturám. V každém případě je třeba si zachovat otevřený a zvědavý postoj a za všech okolností se k pacientům chovat s citem (10, 8).

Dne 28. – 30. března 1994 v Amsterdamu schválila Evropská rada Světové zdravotnické organizace o právech pacientů dokument, Principy práv pacientů v Evropě: Všeobecný rámec. Jde o soubor uplatnění a zásad na uplatnění a podporu práv pacientů v evropských členských státech Evropské unie. V jednotlivých zemích jsou podmínky různé v závislosti na legislativě dané země systému zdravotní péče,

kulturních a mravních hodnotách. Společný přístup je možné přizpůsobit v každé zemi. I Mezinárodní rada sester (ICN) zastává principy transkulturního ošetrovatelství a prosazuje je v etickém kodexu. Sestra by měla při poskytování ošetrovatelské péče respektovat hodnoty z nichž pacient pochází, včetně tradic a duchovních přesvědčení. Nejdůležitější sociální skupinou bývá rodina, která hraje také nejvýznamnější roli při obnově zdraví. I rodinu musí sestra přijmout jako velice důležitou část při řešení etického problému. Sestra si musí v každé situaci uvědomit svou primární odpovědnost, kterou má vůči pacientům, kteří potřebují ošetrovatelskou péči (10, 9, 46, 8).

Základem multikulturního přístupu je pro sestru znalost historie, zvyklostí, tradic, postojů ke zdraví a k nemoci u jednotlivých příslušníků minoritních skupin. Do budoucna se od každého zdravotnického pracovníka očekává ve větší míře znalost cizího jazyka a fakt, že dokáže pochopit multikulturní neverbální projevy člena jiné kultury. V poskytování ošetrovatelské péče bude multikulturní komunikace sehrávat stále významnější roli. V současnosti by se cílem multikulturní komunikace mělo stát nejen dorozumění jazykové, ale i respektování zvyků, náboženského přesvědčení, životních hodnot a vědomí biologických specifíků. Je dobré učit se a hledat odlišnosti i z pohledu běžného člověka, který cestuje do zahraničí nebo se setkává s cizinci ve své vlasti a to nejen z důvodu multikulturního ošetrovatelství. Výsledkem ohleduplné péče, která respektuje názory, tradice, kulturní specifika jednotlivce, rodiny i skupiny je tzv. kulturně senzitivní ošetrovatelská péče (10, 19).

1.4.1 Etické základy a zásady multikulturní péče

Podle ICN není ošetrovatelská péče omezená věkem, barvou pleti, vírou, kulturou či postavením ve společnosti. Všichni lidé mají právo, aby s nimi bylo zacházeno kulturně kompetentním způsobem. Sestra zajišťuje péči jednotlivcům, rodinám i komunitám, přičemž pěstí o jednotlivce se rozumí fakt, že respektuje přesvědčení, hodnoty a tradice jednotlivce a koná tak vhodnými kroky, aby ochránila jednotlivce, pokud je jeho zdraví ohroženo (46, 8).

1.4.2 Etické povinnosti a odpovědnost sestry

Sestry musí umět poskytovat všem členům minoritních skupin holistickou péči v souladu s kulturními, náboženskými i sociálními hodnotami. Základem mravní kultury jednotlivce je zdvořilé chování. Všichni zdravotničtí pracovníci musí respektovat základní hodnoty života, s cílem uspokojit potřeby nejen léčebné, psychické, ale také sociálně-kulturní a duchovní. Pozorně naslouchat a všimnout si projevů chování, které napomáhají sestře zorientovat se v pacientově životních postojích a etice. Pravdou, ale zůstává, že ani sestra nemůže dopodrobna znát všechny kulturní odlišnosti pacienta z jiného kulturního prostředí, ale i jeho rodiny a je třeba respektovat i ji. Na všechny role, které sestra plní se vztahuje její etická odpovědnost a povinnosti. Všechny základní role by měla sestra plnit mnohem citlivěji než běžně plní při kontaktu s pacientem stejné kultury (46, 16, 8).

1.5 Komunikace při poskytování multikulturní a transkulturní péče

Komunikace v obecné rovině znamená sdělování informací prostřednictvím nejrozličnějších signálů a prostředků: ústně, písemně, mimikou, gesty a dalším neverbálním chováním a to především přímo mezi dvěma, či více lidmi. Sociální interakci a vzájemné porozumění mezi příslušníky jiných kultur ulehčuje multikulturní komunikace. Nejde pouze o použití cizího jazyka, ale především o to, znát projevy neverbální komunikace a dodržovat základní pravidla společenského chování. Komunikace se stává efektivní v případě, že její účastníci pochopí navzájem předávané informace. Jde o interdisciplinární oblast, která respektuje názory, tradice a kulturní rozdíly jednotlivce, rodiny i skupiny. Komunikací rozumíme sociální proces, předání informací, slov, významů, ale jde také o předání pocitů, myšlenek a vztahů, na jejichž základě se lidé navzájem poznávají, ale také obohacují. Komunikace, ať již verbální nebo neverbální je významným hlediskem profesionality a kvality ošetrovatelské péče o pacienty a zvyšuje její kvalitu. Špatná komunikace pak může být hlavní příčinou nespokojenosti pacientů. Komunikovat s pacientem s cizí kulturou a národností je složitější než komunikace s pacientem kultury vlastní. Komunikace v transkulturním ošetrovatelství je systémem chování, který umožňuje a řídí vzájemný vztah mezi sestrou

a pacientem. Komunikace a kultura jsou vzájemně úzce propojené. Velké rozdíly v komunikaci s příslušníky jiných kultur mohou nastat především v komunikaci neverbální (21, 10, 25, 43).

1.5.1 Verbální komunikace

Verbální, slovní komunikace. Jde o způsob komunikace, který je specifický pro člověka. Má formu jazyka, tedy mluvené nebo psané řeči. K verbální komunikaci řadíme: komunikaci ústní, mluvenou (zvukovou) a komunikaci písemnou (grafickou). Při používání mateřského jazyka si neuvědomujeme, že je to systém pravidel a osobnostní výbava. Je to především prostředek dorozumívací, prostředek, který nám umožňuje najít společnou řeč s komunikačním partnerem. Rozhovor s pacientem je aktivní dynamický proces, jehož účinnost velmi závisí na znalostech a dovednostech sestry a neméně na jejích schopnostech neustále shromažďovat a třídit informace. Předpokladem pro vzájemné porozumění sestry s pacientem je schopnost empatie, tedy schopnost sestry vcítit se do situace pacienta. Představit si, jak bych se já osobně cítil v situaci, v níž je nyní pacient a co bych v takové situaci nejvíce ocenil. V multikulturním prostředí je velmi složité najít společnou řeč a různorodost jazyků může způsobit dorozumívací problém. Interkulturní komunikační bariéry pak mohou vzniknout i při znalosti jazyka, jeho technickém zvládnutí, ale i při neporozumění dané kultuře národa či etnika. Problémovými oblastmi mohou být: způsob oslovování, zdvořilostní fráze, tvorba jména a příjmení, rozdíly v tykání a vykání a další (21, 24, 8).

1.5.2 Neverbální komunikace

Neverbální, paralingvistické projevy, nebo-li řeč těla často zprostředkovává pocity člověka lépe než slovo mluvené. Obsahem neverbální komunikace je proxemika, haptika, postoj, gesta, pohled, kinetika a mimika. Lidé pomocí neverbální komunikace snáze vyjadřují emoce, povzbuzení i porozumění. Ale i komunikace neverbální je ovlivněna kulturou, ze které jedinec pochází. Podmínka neverbální komunikace je dána kulturou, dobou, sociální skupinou a prostředím. Nejdůležitějším prostředkem mimoslovní komunikace je pro sestru úsměv. Úsměvem může sestra obrousit sociální

nerovnosti a navodit atmosféru uvolnění a důvěry. Úsměv je v multikulturním pojetí chápán jako pozitivní především v evropském prostředí a v severní Americe. V asijské kultuře pak může naopak vyjadřovat nejistotu, rozpaky nebo omluvu v případě, že dotyčný nerozuměl tomu, co bylo řečeno. Neverbální komunikace rozeznává 4 proxemické zóny: intimní, osobní, sociální a veřejnou. V multikulturním pojetí při dodržování osobní zóny platí pro jednotlivé národy různé zvyky a pravidla. Sestra by měla znát prostorové požadavky určené jinou kulturou a to tím, že bude pacienta důkladně pozorovat. Míra odstupu při prvním setkání je různá dle národa. Blízká například u národnosti arabské, japonské, italské či francouzské. Střední vzdálenost při prvním kontaktu vyžadují Britové, Němci, Rakušané nebo Švédové a velkou vzdálenost pak Australané nebo Novozélandci (21, 8).

1.5.3 Transkulturní komunikace v ošetrovatelství

Při multikulturní komunikaci je možné se setkat s komplikacemi při příjmu informace. Komplikace mohou být subjektivní nebo objektivní, jde o překážky, které nazýváme: komunikační bariéry. Od každého zdravotnického pracovníka se očekává, že je schopen ovládat sám sebe a využívat komunikační dovednosti s ohledem na danou kulturu. Multikulturní komunikace vyžaduje nejen znalost cizího jazyka, ale také znalost společenských pravidel a rituálů příslušníků jiných kultur. Jde o komunikační etiketu, která by měla být osvojena a respektována všemi členy zdravotnického zařízení. Při komunikaci s členem minoritní skupiny by měla sestra počítat s tím, že bude potřebovat více času, zvláště v situaci, kdy pacient hovoří cizí řečí, kterou sestra neovládá. Je třeba zjistit v jakém jazyce je možné se s pacientem dohovoreti a v případě, že není k dispozici tlumočník, by měla sestra použít alespoň slovník. Sestra musí hovořit pomalu, zřetelně artikulovat, nezvyšovat hlas a používat jednoduché věty. I při komunikaci s pacientem z jiné kultury jsou vždy na prvním místě zásady slušného chování. Pozdrav, oslovení a také slova děkuji a prosím. Umění komunikovat není jen uměním hovořit, ale také naslouchat a přimět pacienta k hovoru a tím zjistit možná specifika, která jsou důležitá pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Zjištění

informace pomohou sestře k navázání kontaktu s pacientem, pacient se otevře a lépe spolupracuje (10, 8, 24, 14).

2. Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

1. Zjistit specifika zajištění potřeby intimity ve vybraných minoritních skupinách
2. Zjistit, zda sestry znají specifika v oblasti intimity u pacientů z vybraných minoritních skupin

2.2 Hypotézy

H1: V ošetrovatelské péči o pacienty z vybraných minoritních skupin je potřeba intimity zajištěna

H2: Sestry znají specifika v potřebě intimity u pacientů z vybraných minoritních skupin

2.3 Výzkumná otázka

Je u pacientů z vybraných minoritních skupin při hospitalizaci zajištěna potřeba intimity?

3. Metodika

3.1 Metody a techniky sběru dat

Ke zpracování diplomové práce bylo zvoleno kvantitativně - kvalitativní šetření a byla použita metoda dotazování – technikou dotazníků pro sestry a širší veřejnost a technikou rozhovoru pro zástupce vybraných minoritních skupin. V dotaznících byly použity všechny typy otázek. Uzavřené, polootevřené i otevřené. Při rozhovorech byl použit polostrukturovaný rozhovor, připravený na základě konfrontací s odbornou literaturou zabývající se multikulturním ošetrovatelstvím. Oslovenými respondenty byly osoby, které byly hospitalizovány a hlásí se více či méně k některé z minoritních skupin žijících na území České republiky. Rozhovor byl zcela anonymní a v případě odmítnutí nebyl na respondenty kladen žádný nátlak.

3.2 Výzkumný soubor

Výzkumným souborem byly sestry v nemocnicích, širší veřejnost a zástupci vybraných minoritních skupin. Sestry byly z různých krajů České republiky a z různých oddělení.

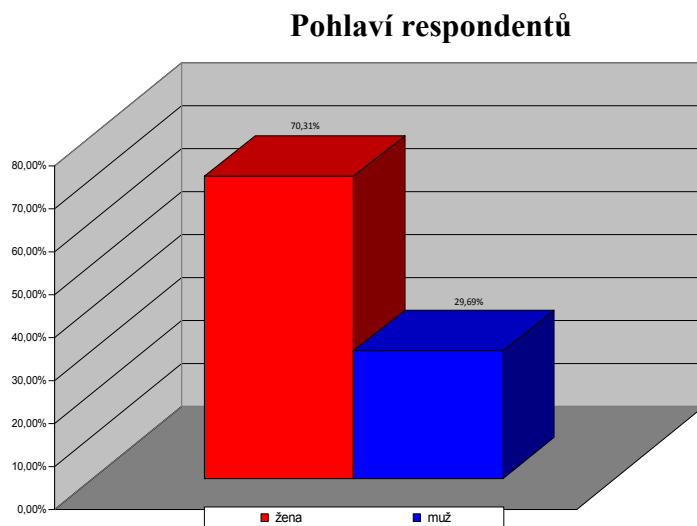
3.3 Realizace šetření

Šetření bylo realizováno během měsíců únor a březen 2011, po schválení předem podané žádosti a domluvě s vrchními sestrami oddělení na kterých výzkum probíhal. Velká část sester i širší veřejnosti byla oslovena prostřednictvím e-mailu. Rozhovory se zástupci minoritních skupin proběhly na veřejném místě po předchozím dobrovolném souhlasu. Sestrám bylo na jednotlivá oddělení rozdáno přímo nebo prostřednictvím e-mailu 200 dotazníků. Vraceno bylo 185 a 182 dotazníků bylo následně zpracováno. Širší veřejnosti bylo rozdáno 135 dotazníků. 130 dotazníků bylo vráceno a 128 dotazníků následně zpracováno. Bylo provedeno 10 rozhovorů se zástupci minoritních skupin. 3 oslovení respondenti s rozhovorem nesouhlasili.

4. Výsledky

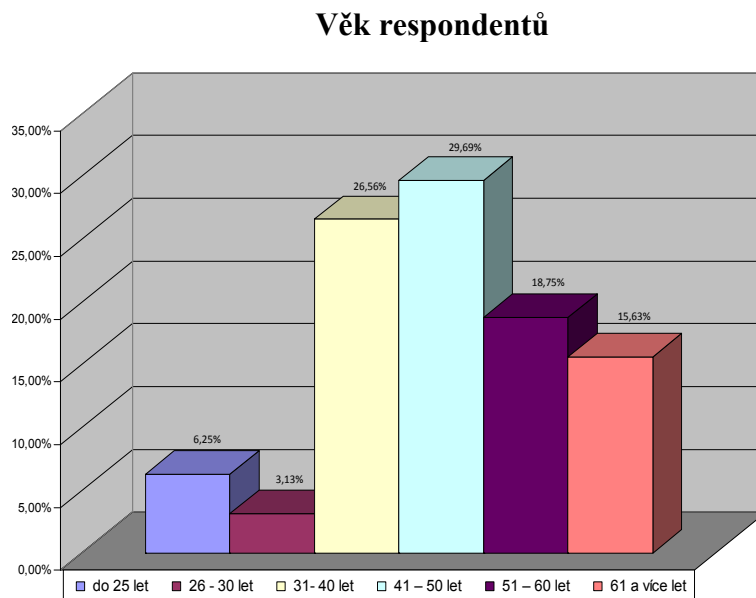
4.1 Výsledky dotazníkového šetření u širší veřejnosti

Graf 1

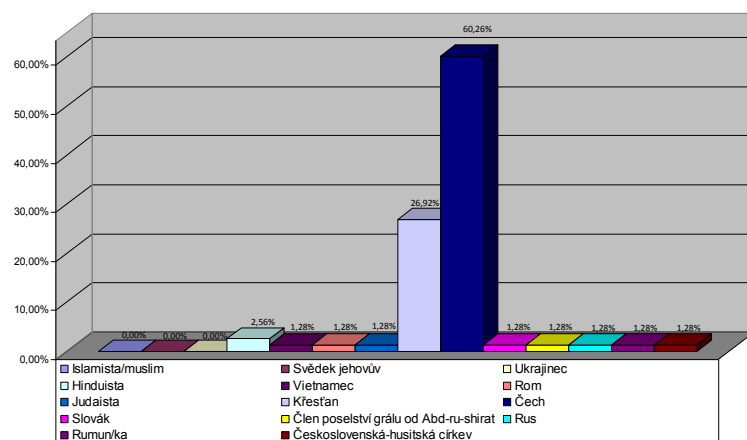


Ze 128 (100 %) respondentů bylo 90 (70,31 %) žen a 38 (29,69 %) mužů.

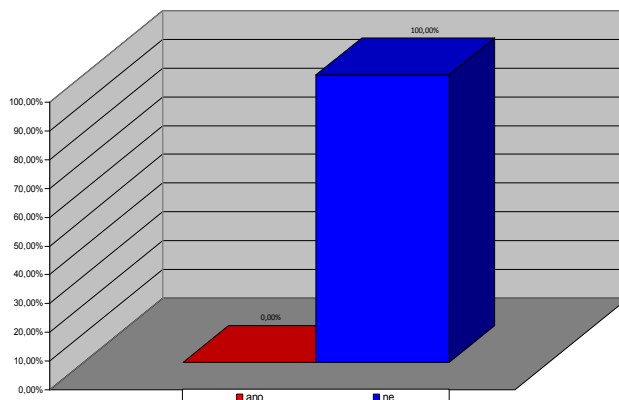
Graf 2



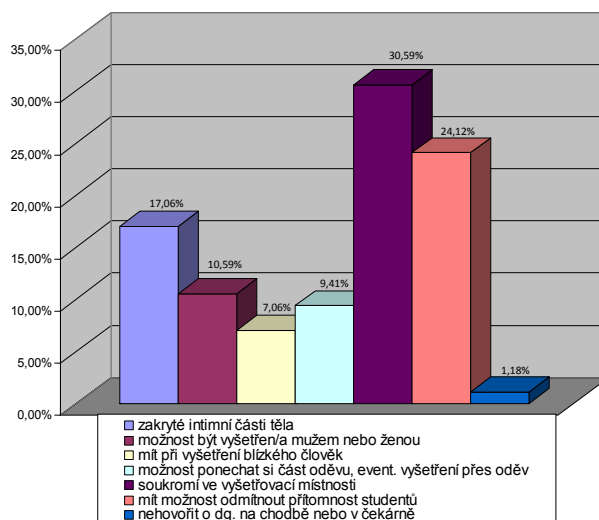
Ze 128 (100 %) respondentů bylo 38 (29,69 %) ve věku 41-50 let, 34 (26,56 %) 31- 40 let, 24 (18,78 %) 51-60 let a 20 (15,63 %) 61 a více let, 8 (6,25 %) do 25 let a 4 (3,13 %) ve věku 26-30 let.

Graf 3**Skupina**

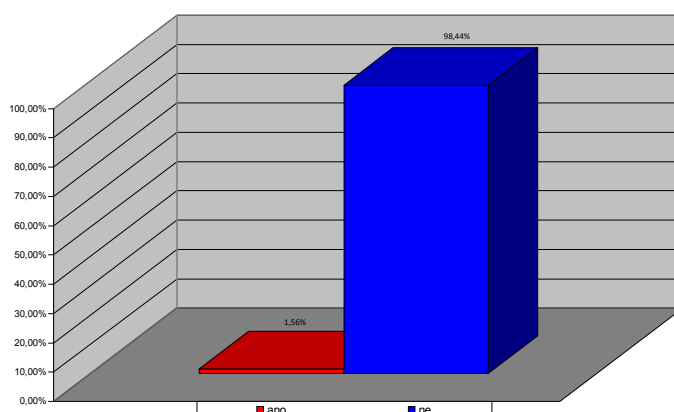
Ze 156 (100 %) odpovědí (v dotazníku bylo možné označit více odpovědí) se 94 (60,26 %) respondentů hlásí ke skupině Čech, 42 (26,92 %) Křesťan, 4 (2,56 %) Hinduista, 2 (1,28 %) Vietnec, 2 (1,28 %) Rom, 2 (1,28 %) Judaista, 2 (1,28 %) Slovák, 2 (1,28 %) Rus, 2 (1,28 %) Rumun/ka, 2 (1,28 %) k Členu poselství grálu od Abd-ru-shirat, 2 (1,28 %) k Československé - husitské církvi. Možnosti svědek Jehovův, Islamista/muslim ani Ukrajinec zvolena nebyla 0 (0,00 %).

Graf 4**Specifické potřeby ano či ne?**

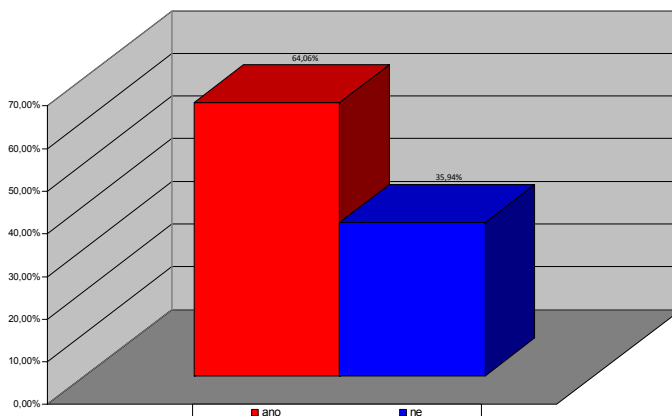
Z celkového počtu 128 (100 %) respondentů, zodpovědělo 128 (100 %) respondentů, že jim nikdy ve zdravotnickém zařízení nebyla položena otázka zda mají specifické potřeby v oblasti kulturně-sociální (např. v souvislosti s náboženstvím). Odpověď ano, nebyla zvolena žádným z respondentů 0 (0,00 %).

Graf 5**Pojem intimita**

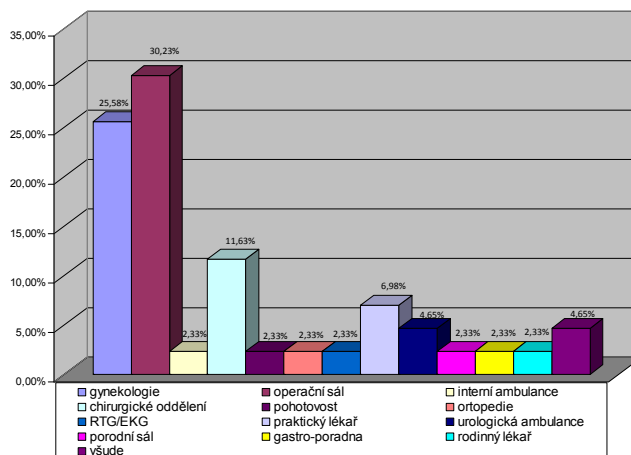
Z 340 (100 %) odpovědí (v dotazníku bylo možné označit více odpovědí) si pod pojmem intimita 104 (30,59 %) respondentů představí soukromí ve vyšetřovací místnosti, 82 (24,12 %) mít možnost odmítnout přítomnost studentů, 58 (17,06 %) zakryté intimní části těla, 36 (10,59 %) možnost vybrat si zda být vyšetřen mužem nebo ženou, 32 (9,41 %) možnost ponechat si část oděvu nebo být event. vyšetřen přes oděv, 24 (7,06 %) mít při vyšetření u sebe blízkou osobu a 4 (1,18 %) si představí fakt, že se nebude hovořit o jejich diagnóze na chodbě.

Graf 6**Možnost být vyšetřen/a mužem nebo ženou lékařem**

Ze 128 (100 %) respondentů odpovědělo 126 (98,44 %), že jim nikdy nebyla dána možnost být vyšetřen/a mužem nebo ženou lékařem a 2 (1,56 %) tuto možnost dostala.

Graf 7**Pocit ochrany intimity**

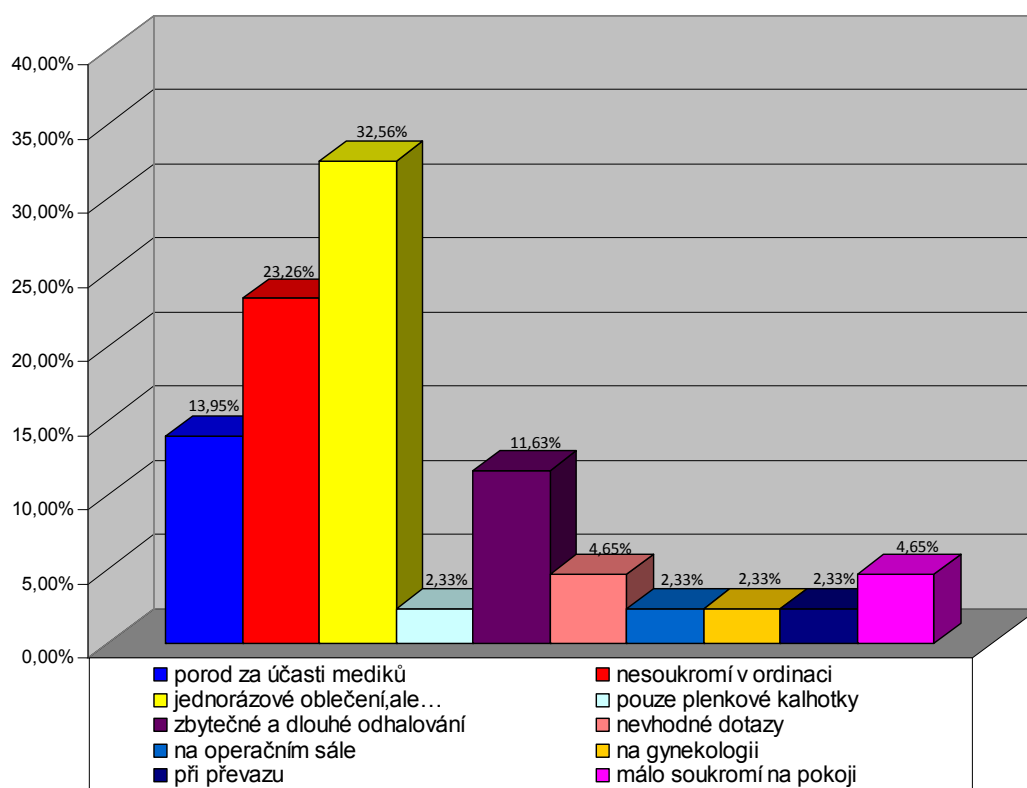
Ze 128 (100 %) respondentů se 82 (64,06 %) přiklonilo k odpovědi, ano, měl/a jsem pocit, že je moje intimita dostatečně chráněna a 46 (35,94 %) odpovědělo, ne.

Graf 8**Oddělení kde intimita chráněna byla**

Z 86 (100 %) odpovědí (v dotazníku bylo možné označit více odpovědí) mělo 20 (30,23 %) respondentů pocit, že je jejich intimita dostatečně chráněna na operačním sále, 26 (25,58 %) na gynekologickém oddělení, 10 (11,63 %) na oddělení chirurgickém, 6 (6,98 %) u praktického lékaře, 4 (4,65 %) na urologické ambulanci, 4 (4,65 %) na všech odděleních, 2 (2,33 %) na interní ambulanci, 2 (2,33 %) na pohotovosti, 2 (2,33 %) na RTG nebo EKG, 2 (2,33 %) na porodnickém oddělení, 2 (2,33 %) u rodinného lékaře, 2 (2,33 %) na oddělení ortopedie a 2 (2,33 %) mělo pocit, že je jejich intimita dostatečně chráněna v gastroenterologické poradně.

Graf 9

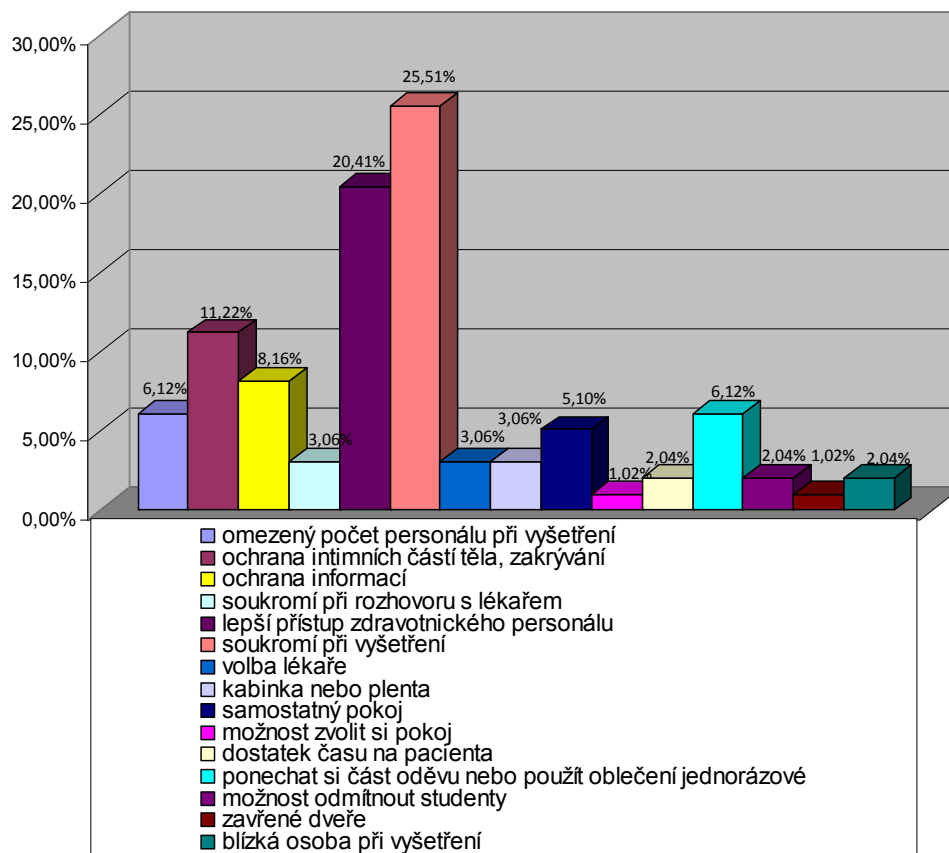
Situace a oddělení kde intimita chráněna nebyla



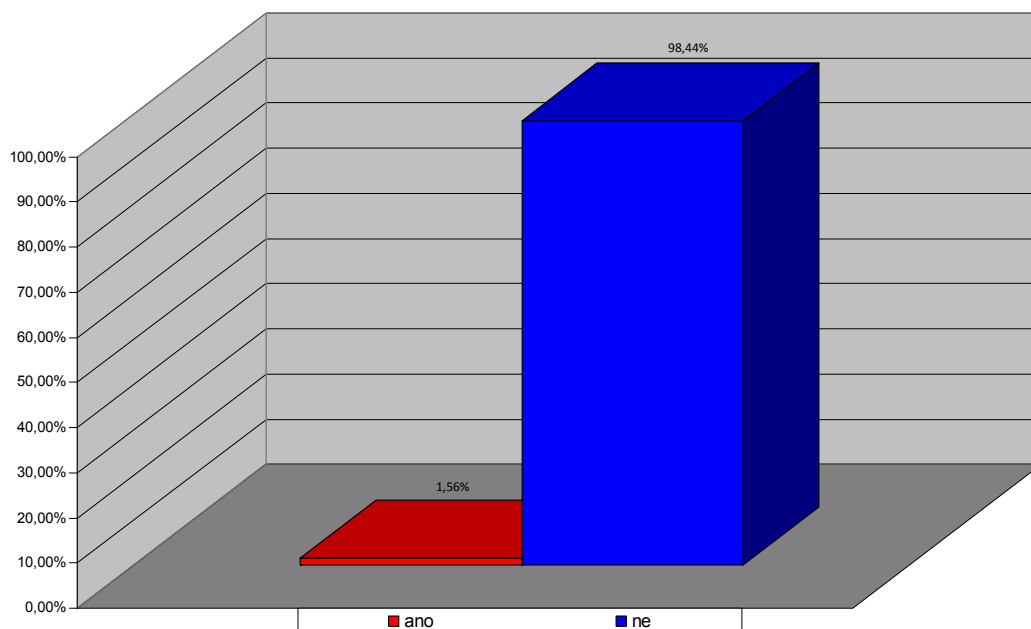
Z 86 (100 %) odpovědí (v dotazníku bylo možné označit více odpovědí), nejvíce respondenti poukazovali na situace ve kterých jejich intimita chráněna nebyla takto: 28 (32,56 %) respondentů poukázalo na jednorázové oblečení, které nic nezakrývalo, 20 (23,26 %) respondentů upozornilo na nesoukromí v ordinaci, 12 (13,95 %) respondentů má zkušenost s porodem za účasti mediků, 10 (11,63 %) respondentů bylo zbytečně a dlouho odhalováno, 4 (4,56 %) respondentů poukázalo na málo soukromí na pokoji, 4 (4,56 %) respondentů má negativní zkušenost s dotazy na nevhodných místech a v nevhodných situacích, 2 (2,33 %) respondentů poukázalo na situace kdy na sobě měli pouze plenkové kalhotky, 2 (2,33 %) respondentů zažilo odkrytí na operačním sále, 2 (2,33 %) respondentů nesoukromí na gynekologii a 2 (2,33 %) respondentů nesoukromí při převazu.

Graf 10

Představa ochrany intimity



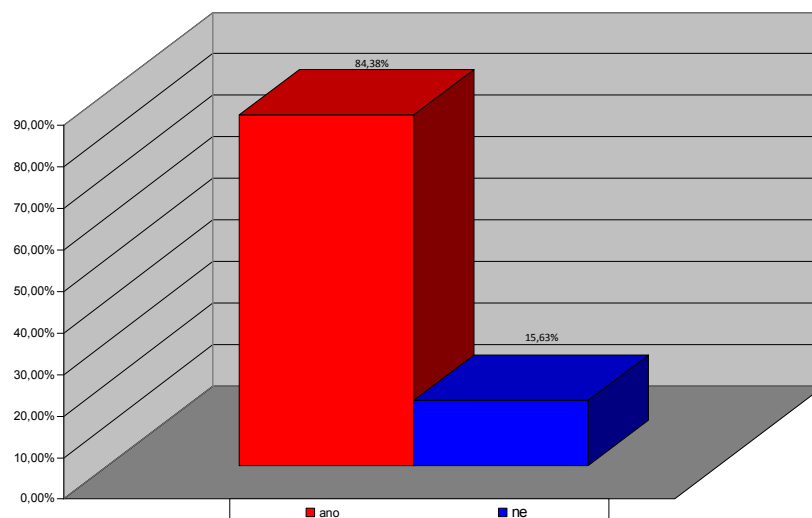
Z celkového počtu 196 (100 %) odpovědí (v dotazníku bylo možné označit více odpovědí) si širší veřejnost představuje ochranu intimity ve zdravotnickém zařízení především v soukromí ve vyšetřovací místnosti 50 (25,51 %) odpovědí, 40 (20,41 %) v lepším přístupu personálu a to především ve větší empatii, ve větší ochraně intimních částí těla a častějším zakrývání 22 (11,22 %) odpovědí respondentů a v ochraně informací 16 (8,16 %) odpovědí. Naproti tomu 12 (6,12 %) odpovědí respondentů si představuje ochranu intimity v možnosti ponechat si při vyšetření část oděvu nebo použít jednorázové oblečení, 10 (5,10 %) odpovědí v jednolůžkovém pokoji, 6 (3,06 %) v soukromí při rozhovoru s lékařem, 6 (3,06 %) v možnosti zvolit si lékaře a 6 (3,06 %) v častějším využívání plent nebo kabelek. V možnosti odmítnout přítomnost studentů vidí ochranu intimity 2 (2,04 %) odpovědí a v možnosti mít při vyšetření blízkou osobu 2 (2,04 %) odpovědí. 2 (1,02 %) odpovědi se přiklání k zavřeným dveřím a 2 (1,02 %) v možnosti vybrat si pokoj.

Graf 11**Předsudky vůči náboženskému nebo kulturnímu zaměření**

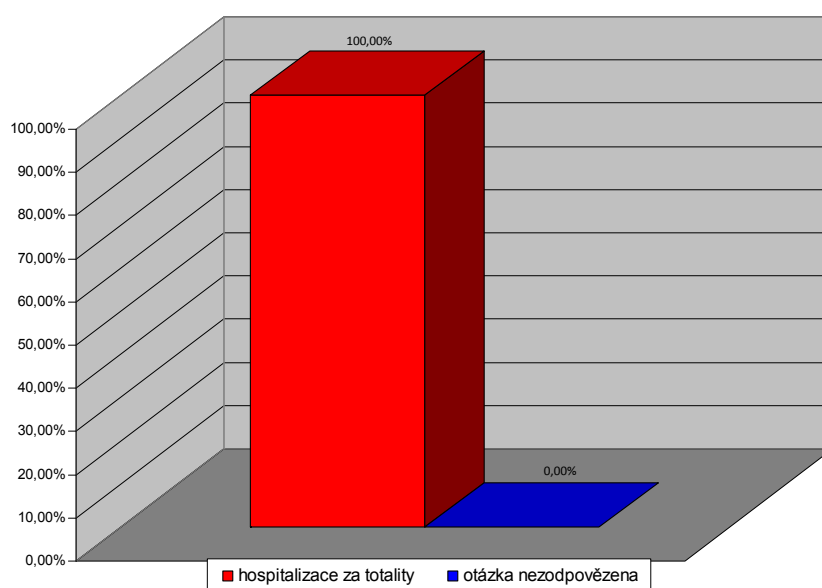
Ze 128 (100 %) respondentů 126 (98,44 %) odpovědělo, že jim při ošetření nebo hospitalizaci nebyly nikdy dány najevo předsudky vůči jejich náboženskému přesvědčení nebo kulturnímu zaměření a 2 (1,56 %) odpovědělo ano, předsudky mi najevo dány byly.

Graf 12 Způsob, jak byly dány najevo předsudky

Na otázku jakým způsobem Vám byly dány najevo předsudky vůči Vašemu náboženskému nebo kulturnímu zaměření žádný z respondentů neodpověděl.

Graf 13**Možnost vykonávat činnosti související s danou kulturou**

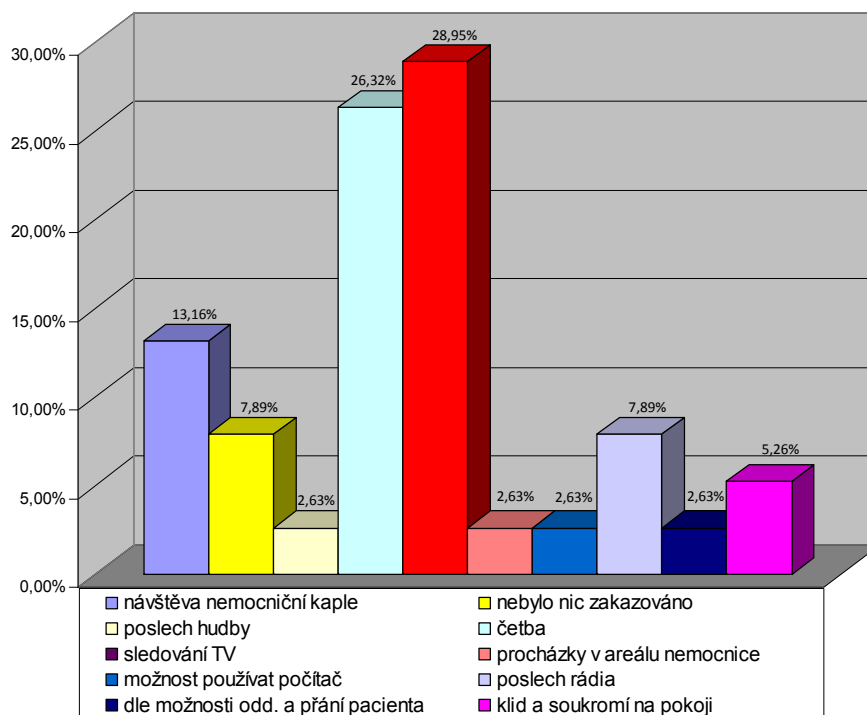
Ze 128 (100 %) respondentů mělo 108 (84,38 %) možnost při hospitalizaci vykonávat činnosti související s jejich kulturou a 20 (15,63 %) respondentů tuto možnost nemělo.

Graf 14**Nemožnost vykonávat činnosti související s danou kulturou**

Z 8 (100 %) odpovědí respondentů (v dotazníku bylo možné označit více odpovědí) byla důvodem proč nemohli vykonávat při hospitalizaci činnosti související s jejich kulturou, hospitalizace za totality. Jiná odpověď uvedena nebyla 0 (0,00 %) odpovědí.

Graf 15

Které činnosti související s kulturou byly umožněny

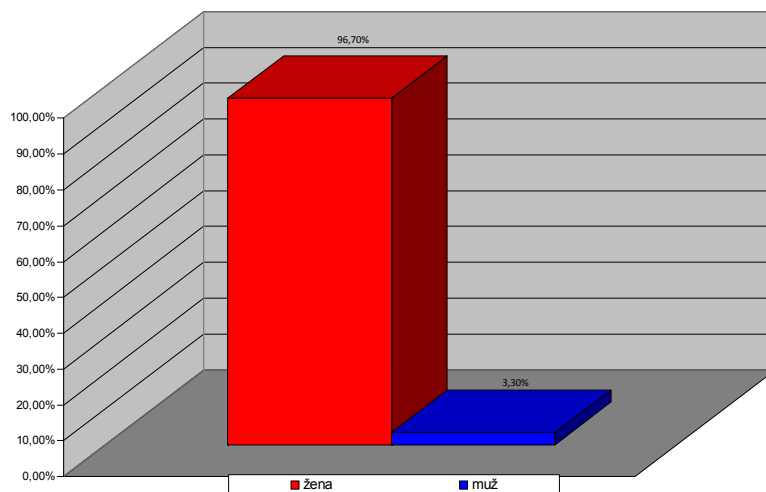


Ze 76 (100 %) odpovědí (v dotazníku bylo možné označit více odpovědí) bylo umožněno 22 (28,95 %) respondentům sledování televize, 20 (26,32 %) četba, 10 (13,16 %) návštěva nemocniční kaple, 6 (7,89 %) nebylo nic zakazováno, 6 (7,89 %) poslech rádia, 4 (5,26 %) klid a soukromí na pokoji, 2 (2,63 %) poslech hudby, 2 (2,63 %) procházky v areálu nemocnice, 2 (2,63 %) možnost používat počítač, 2 (2,63 %) byly umožněny činnosti dle možností oddělení a přání pacienta.

4.2 Výsledky dotazníkového šetření u sester

Graf 16

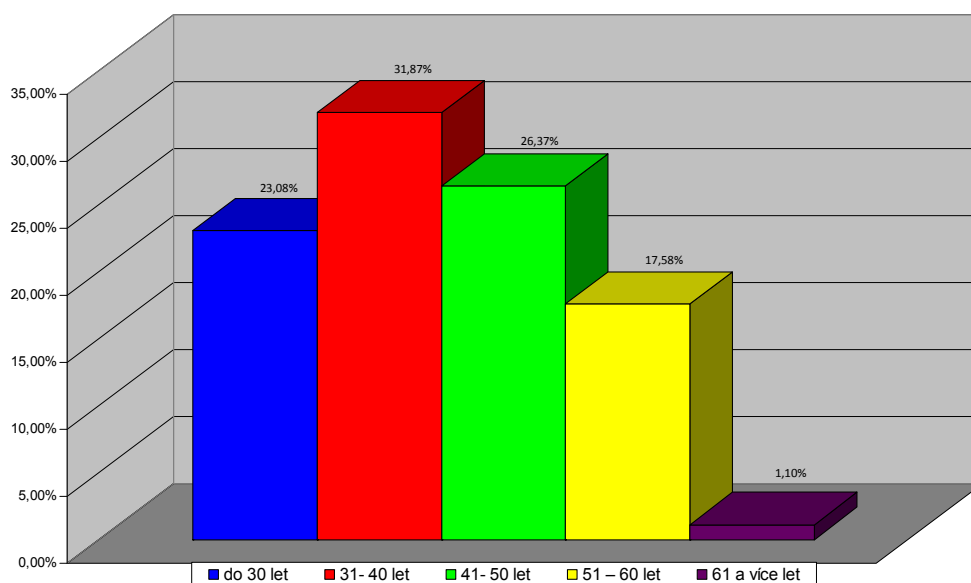
Pohlaví respondentů



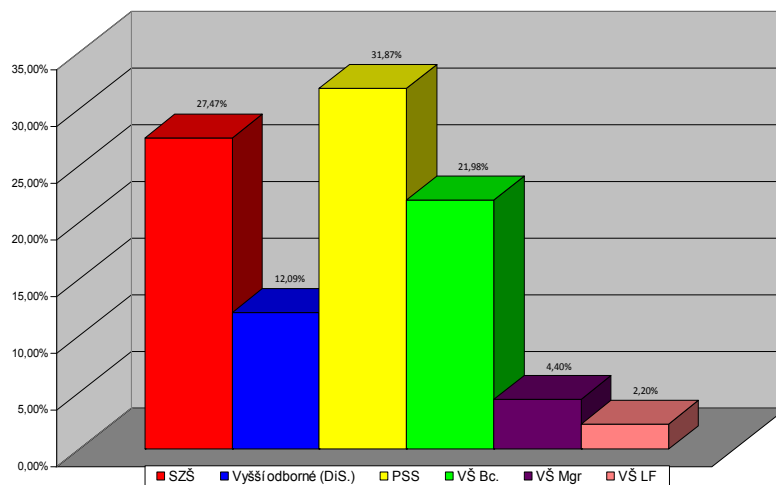
Z celkového počtu 182 (100 %) respondentů je 176 (96,70 %) žen a 6 (3,30 %) mužů.

Graf 17

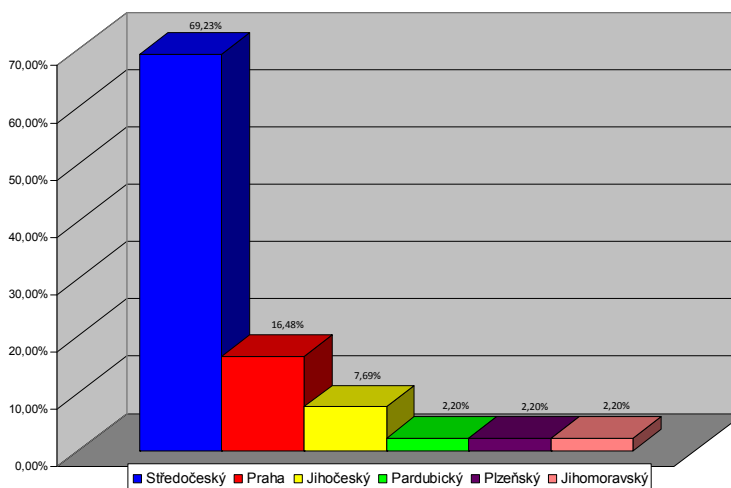
Věk respondentů



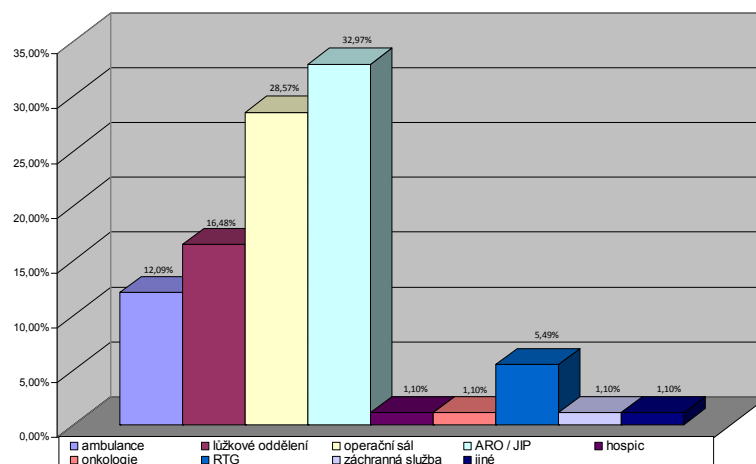
Ze 182 (100 %) respondentů je 58 (31,87 %) ve věku 31- 40 let, 48 (26,37 %) 41-50 let, 42 (23,08 %) do 30 let a 32 (17,58 %) 51-60 let a 2 (1,10 %) ve věku 61 a více let.

Graf 18**Nejvyšší dosažené vzdělání**

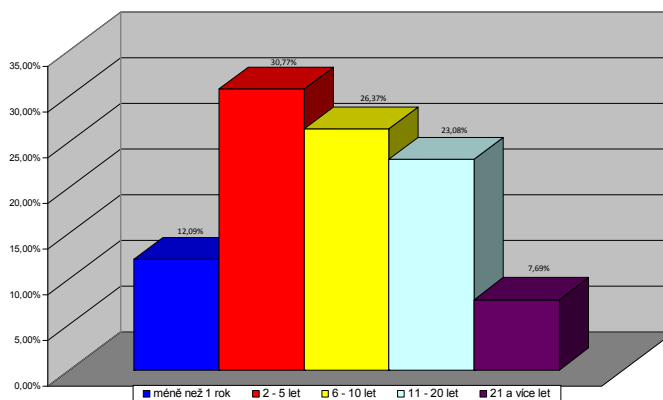
Ze 182 (100 %) respondentů má dokončené Pomaturitní specializační studium 58 (31,87 %), 50 (27,47 %) má dokončené Střední zdravotnické vzdělání, 40 (21,98 %) Vysokoškolské bakalářské studium, 22 (12,09 %) Vyšší odborné vzdělání (DiS.), 8 (4,40 %) Vysokoškolské magisterské studium a 4 (2,20 %) VŠ na Lékařské fakultě.

Graf 19**Kraj**

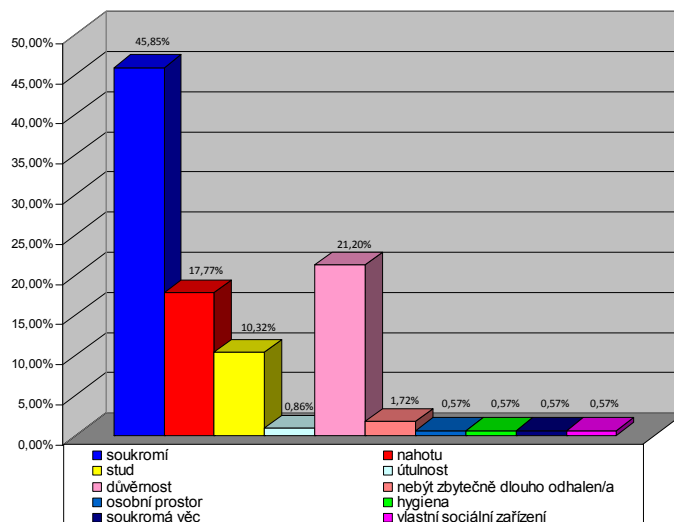
Ze 182 (100 %) respondentů pracuje 126 (69,23 %) ve Středočeském kraji, 30 (16,48 %) v kraji Praha, 14 (7,69 %) v Jihočeském kraji, 4 (2,20 %) v kraji Pardubickém, 4 (2,20 %) v Plzeňském kraji a 4 (2,20 %) v kraji Jihomoravském.

Graf 20**Typ oddělení**

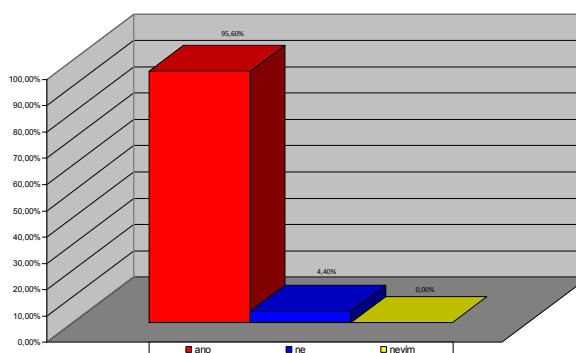
Ze 182 (100 %) respondentů pracuje 60 (32,97 %) na ARO/JIP, 52 (28,57 %) na operačním sále, 30 (16,48 %) na lůžkovém oddělení (URO, GYN, CHIR), 22 (12,09 %) na ambulanci (URO, GYN, EEG, stomatologické), 10 (5,49 %) na RTG, 2 (1,10 %) v hospicové péči, 2 (1,10 %) na onkologickém oddělení, 2 (1,10 %) na Záchranné službě a 2 (1,10 %) respondentů pracuje na jiném pracovišti, jež nebylo uvedeno.

Graf 21**Délka praxe na současném pracovišti**

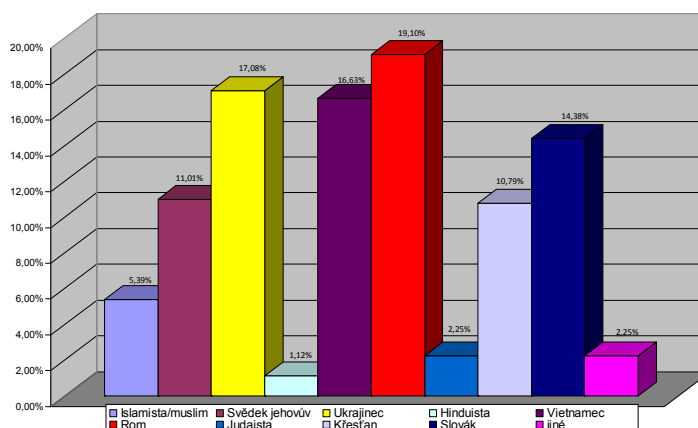
Ze 182 (100 %) respondentů pracuje na současném pracovišti 56 (30,77 %) 2 – 5 let, 48 (26,37 %) 6 – 10 let, 42 (23,08 %) 11 – 20 let, 22 (12,09 %) méně než jeden rok a 21 a více let pracuje na současném pracovišti 14 (7,69 %) respondentů.

Graf 22**Pojem intimita**

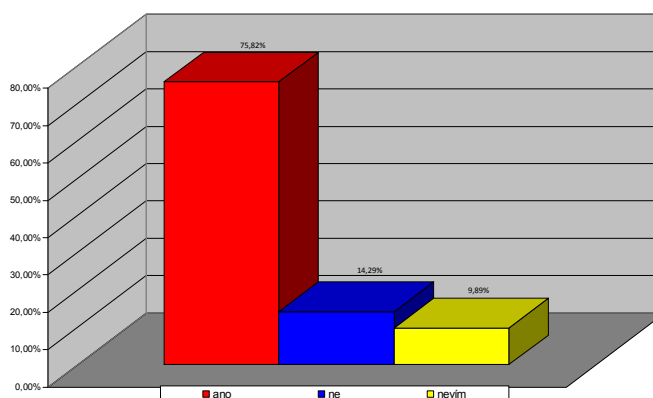
Ze 349 (100 %) odpovědí (v dotazníku bylo možné označit více odpovědí) si pod pojmem intimita 160 (45,85 %) odpovědí respondentů představuje soukromí, 74 (21,20 %) důvěřnost, 62 (17,77 %) nahotu, 36 (10,32 %) stud, 6 (1,72 %) nebýt zbytečně dlouho odhalen, 3 (0,86 %) útulnost, 2 (0,57 %) osobní prostor, 2 (0,57 %) hygienu, 2 (0,57 %) soukromou věc a 2 (0,57 %) odpovědí respondentů si pod pojmem intimita představuje vlastní sociální zařízení.

Graf 23**Setkání s členem minoritní skupiny**

Ze 182 (100 %) respondentů se s členem některé minoritní skupiny žijící v České republice setkala 174 (95,60 %) respondentů, 8 (4,40 %) respondentů se nesetkala a 0 (0,00 %) žádný z respondentů neoznačil odpověď nevím.

Graf 24**Minoritní skupiny**

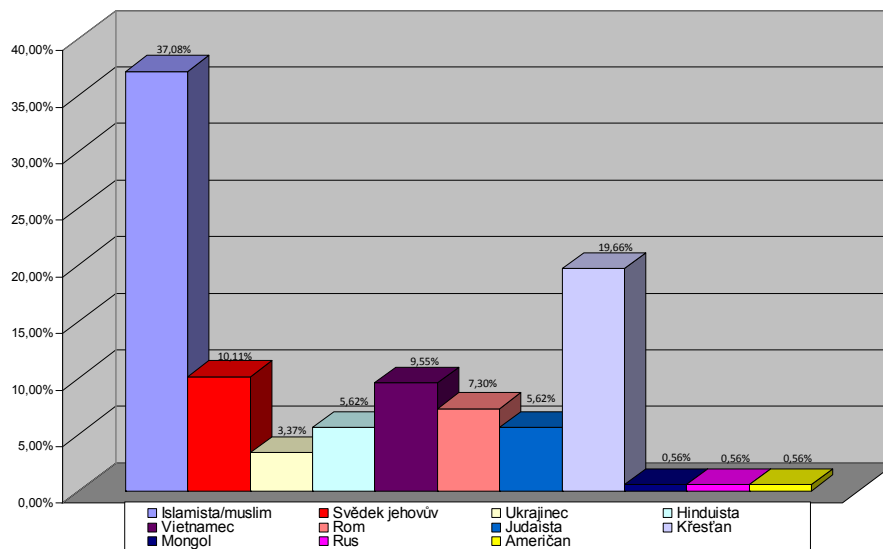
Z 890 (100 %) odpovědí respondentů (v dotazníku bylo možné označit více odpovědí) se 170 (19,10 %) respondentů setkala s Romem, 152 (17,08 %) s Ukrajincem, 148 (16,63 %) s Vietnamcem, 128 (14,38 %) se Slovákem, 98 (11,01 %) se svědkem Jehovovým, 96 (10,79 %) s Křesťanem, s Islamistou/muslimem se setkala 48 (5,39 %) respondentů, 20 (2,25 %) s Judaistou, 20 (2,25 %) se setkala s členem jiné minoritní skupiny (Kolumbijec, Brazilec, Mongol, Ital, Němec, Moldavan, Thajec, Američan, Rus) s Hinduistou se setkala 10 (1,12 %) odpovědí respondentů.

Graf 25**Specifika v potřebě intimity**

Ze 182 (100 %) respondentů si 138 (75,82 %) myslí, že při ošetřování členů minoritních skupin existují specifika v potřebě intimity, 26 (14,29 %) se domnívá, že specifika neexistují a 18 (9,89 %) respondentů se přiklání k odpovědi nevím.

Graf 26

Specifika u minoritních skupin



Z 356 (100 %) odpovědí (v dotazníku bylo možné označit více odpovědí) se (37,08 %) respondentů domnívá, že v existují specifika v potřebě intimity u Islamistů/muslimů, (19,66 %) u Křesťanů, 36 (10,11 %) u svědků Jehovových, 34 (9,55 %) u Vietnamců, 26 (7,30 %) u Roma, 20 (5,62 %) u Hinduisty a 20 (5,62 %) u Judaisty, 12 (3,37 %) u Ukrajince, 2 (0,56 %) u Mongola, 2 (0,56 %) u Rusa a 2 (0,56 %) se domnívá, že specifika existují u Američana.

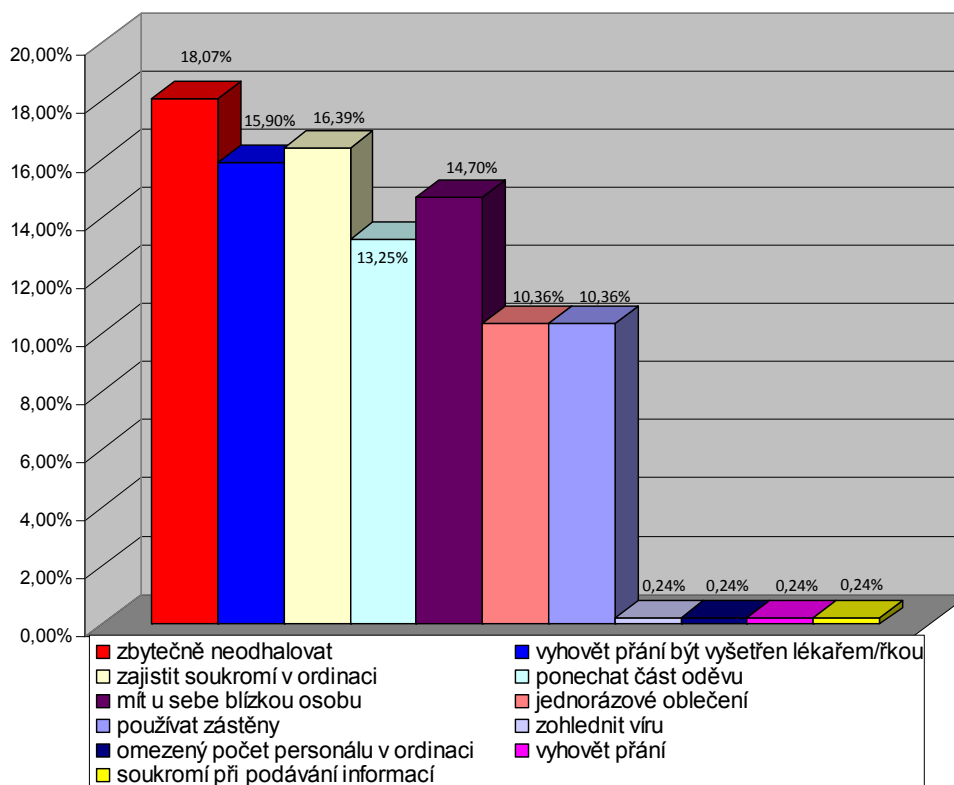
Tabulka 1 Specifika minoritních skupin dle odpovědí sester v dotaznících

Minoritní skupina	Specifika v ošetrovatelské péči
<i>Islamista/muslim</i>	stud, ženský prvek, u žen potřeba být vyšetřena ženou a za přítomnosti člena rodiny, u muže potřeba být vyšetřen mužem, potřeba nebýt odhalován, speciální požadavky na stravu, muslimové nemluví o vyměšování, jazyková bariéra a potřeba dívat se na Meku
<i>Svěddek Jehovův</i>	odmítají krevní převody, darování orgánů a některé jiné léčebné metody, jsou stydliví a chtějí se modlit
<i>Ukrajinec</i>	neradi se odhalují, nemluví o vyměšování a chtějí více soukromí
<i>Hinduista</i>	chce být vyšetřen lékařem stejného pohlaví, jazyková bariéra a chtějí, aby byl při vyšetření partner
<i>Vietnamec</i>	velká jazyková bariéra, mají zvýšené požadavky na osobní hygienu, straní se zbytečných dotyků, žena chce být vyšetřena ženou, jsou trpěliví
<i>Rom</i>	přejí si, aby byla jejich komunita respektována, často je navštěvuje velký počet příbuzných, jsou zvýšeně citliví na bolest, chtějí více soukromí a mají odlišné sexuální potřeby po porodu
<i>Judaista</i>	košer jídlo a soukromí při modlitbě
<i>Mongol</i>	jazyková bariéra
<i>Křesťan</i>	vyžaduje více soukromí, jsou více stydliví a chtějí umožnit modlitbu
<i>Američan</i>	špatně toleruje bolest

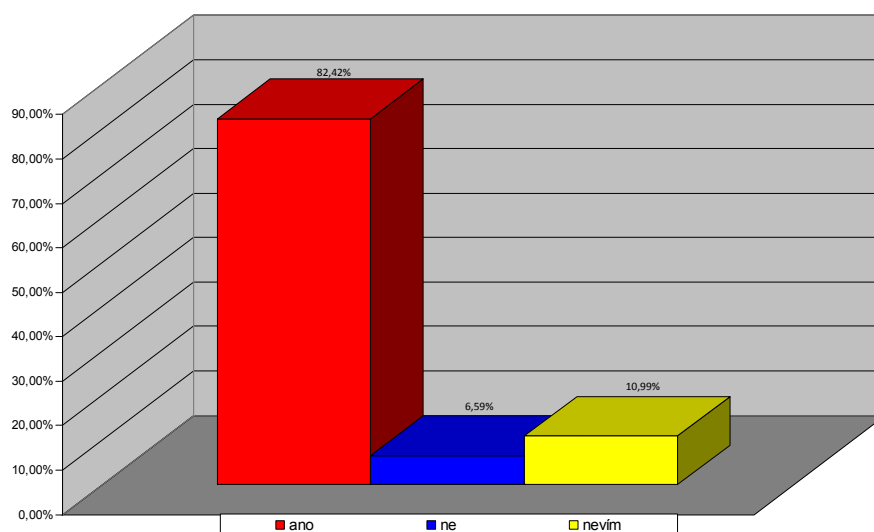
Tabulka zobrazuje specifika v ošetrovatelské péči o členy minoritních skupin, která sestry uvedly v dotaznících.

Graf 27

Způsob ochrany intimity



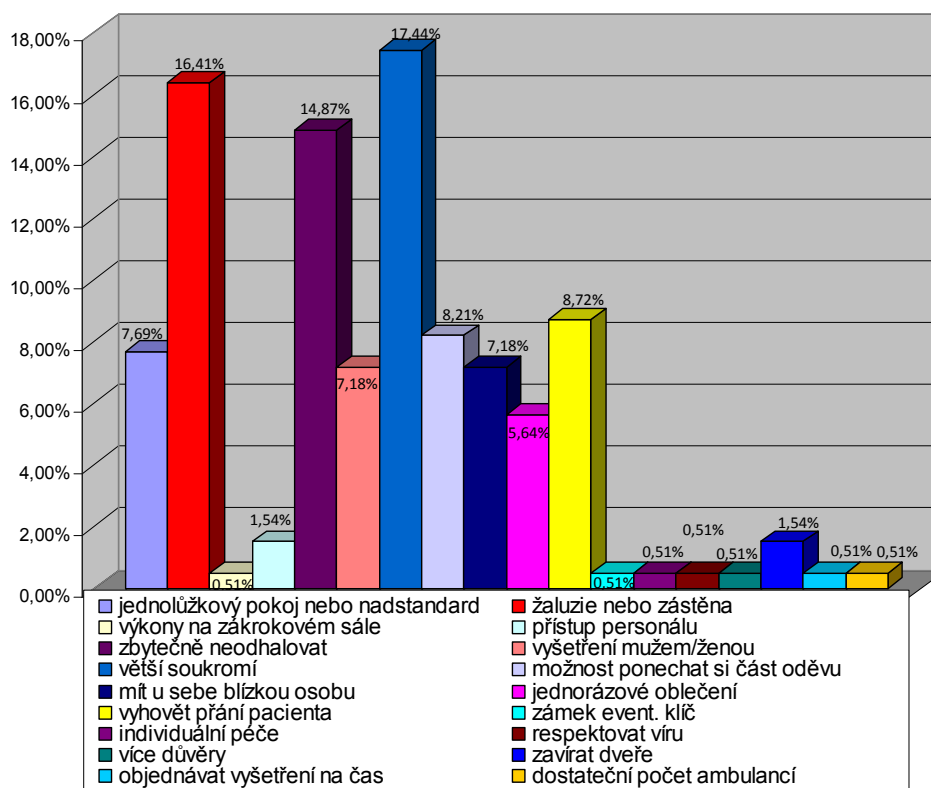
Z celkového počtu 830 (100 %) odpovědí respondentů (v dotazníku bylo možné označit více odpovědí) se 150 (18,07 %) respondentů přiklání k možnému způsobu ochrany intimity členů minoritních skupin tím, že by je zbytečně neodhalovalo, 136 (16,39 %) respondentů by zajistilo soukromí v ordinaci, 132 (15,90 %) respondentů by vyhovělo přání být vyšetřen lékařem/lékařkou, 122 (14,70 %) respondentů by umožnilo členu minoritní skupiny mít u sebe blízkou osobu, 110 (13,25 %) respondentů by vyhovělo přání ponechat si část oděvu, 86 (10,36 %) odpovědí respondentů by zajistilo jednorázové oblečení, 86 (10,36 %) respondentů by použilo zástěny, 2 (0,24 %) respondentů by zohlednilo víru, 2 (0,24 %) by omezilo počet personálu v ordinaci, 2 (0,24 %) by vyhovělo přání pacienta a 2 (0,24 %) vidí způsob ochrany intimity v soukromí při podávání informací.

Graf 28**Schopnost oddělení zajistit ochranu intimity**

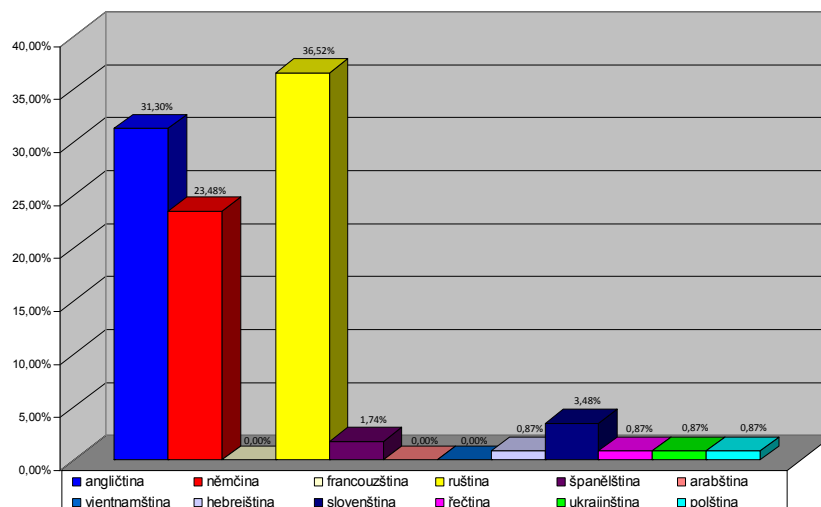
Ze 182 (100 %) respondentů si 150 (82,42 %) respondentů myslí, že oddělení na kterém pracuje je schopné zajistit potřebu intimity u člena minoritní skupiny, 20 (10,99 %) respondentů neví zda je oddělení na kterém pracuje schopné zajistit potřebu intimity u člena minoritní skupiny a 12 (6,59 %) respondentů se domnívá, že jejich oddělení na kterém pracuje není schopné zajistit potřebu intimity u členů minoritních skupin.

Graf 29

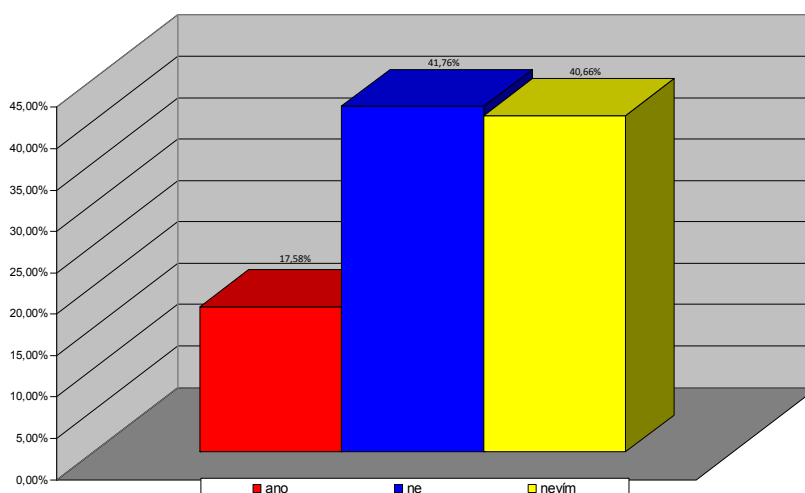
Způsob zajištění intimity



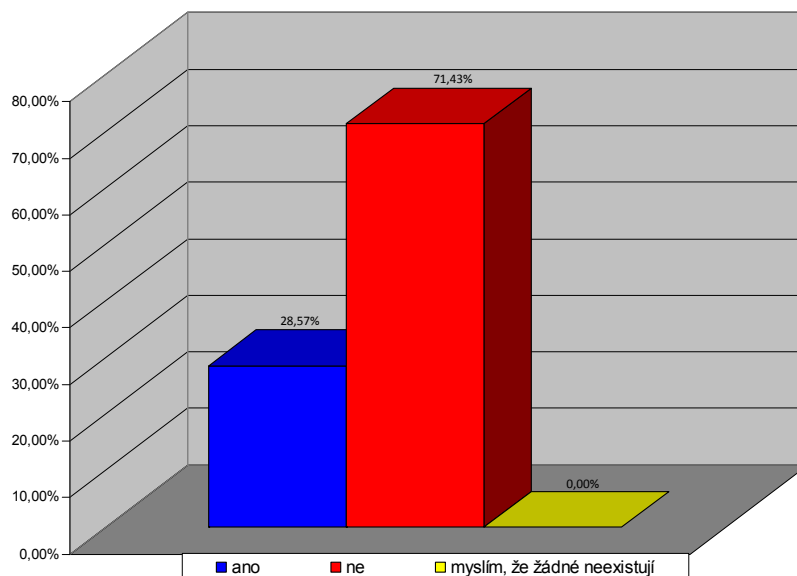
Z 390 (100 %) odpovědí (v dotazníku bylo možné označit více odpovědí) je 68 (17,44 %) respondentů schopno na vlastním oddělení zajistit potřebu intimity větším soukromím, 64 (16,41 %) pomocí žaluzií nebo zástěny, 58 (14,87 %) tím, že nebude pacienta zbytečně odhalovat, 34 (8,72 %) vyhoví přání, 32 (8,21 %) ponechá pacientovi část oděvu, 30 (7,69 %), zajistí pacientovi jednolůžkový pokoj nebo nadstandard, 28 (7,18 %) umožní pacientovi mít u sebe při vyšetření blízkou osobu, 28 (7,18 %) vyhoví přání být vyšetřen mužem či ženou, 22 (5,64 %) může nabídnout pacientovi jednorázové oblečení, 6 (1,54 %) zajistí intimitu přístupem personálu (větší empatií a pochopením), 6 (1,54 %) zavírá dveře, 2 (0,51 %) může provádět výkony na zákrovém sále, 2 (0,51 %) zajistí intimitu zámkem nebo klíčem, 2 (0,51 %) je schopno individuální péče, 2 (0,51 %) větší důvěrou, 2 (0,51 %) respektuje víru pacienta, 2 (0,51 %) objednává vyšetření na čas a 2 (0,51 %) je schopno zajistit intimitu člena minoritní skupiny dostatečným počtem ambulancí.

Graf 30**Schopnost sestry dorozumět se s pacientem v cizí řeči**

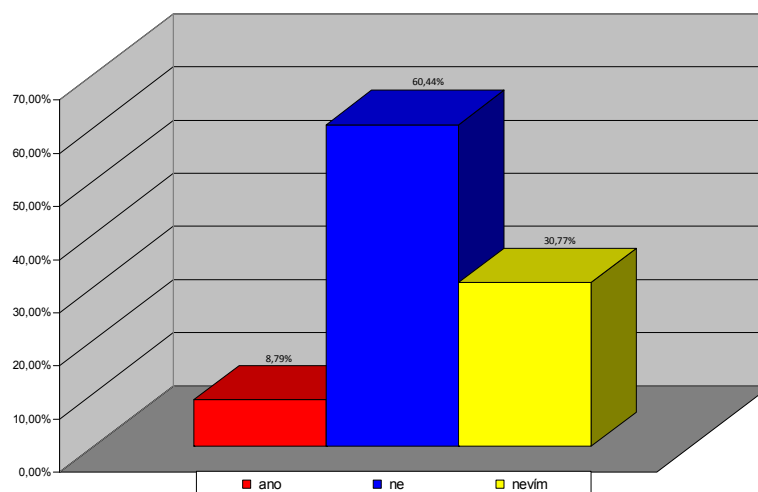
Z 230 (100 %) odpovědí (v dotazníku bylo možné označit více odpovědí) je 84 (36,52 %) respondentů schopno se s pacientem dorozumět v ruském jazyce, 72 (31,30 %) v anglickém jazyce, 54 (23,48 %) v němčině, 8 (3,48%) ve slovenštině, 4 (1,74 %) ve španělštině, 2 (0,87 %) v hebrejštině, 2 (0,87 %) v řečtině, 2 (0,87 %) v ukrajinštině, 2 (0,87 %) v polštině a 0 (0,00 %) respondentů se není schopno dohovorit se s pacientem ve francouzštině, vietnamštině nebo arabštině.

Graf 31**Služby překladatele**

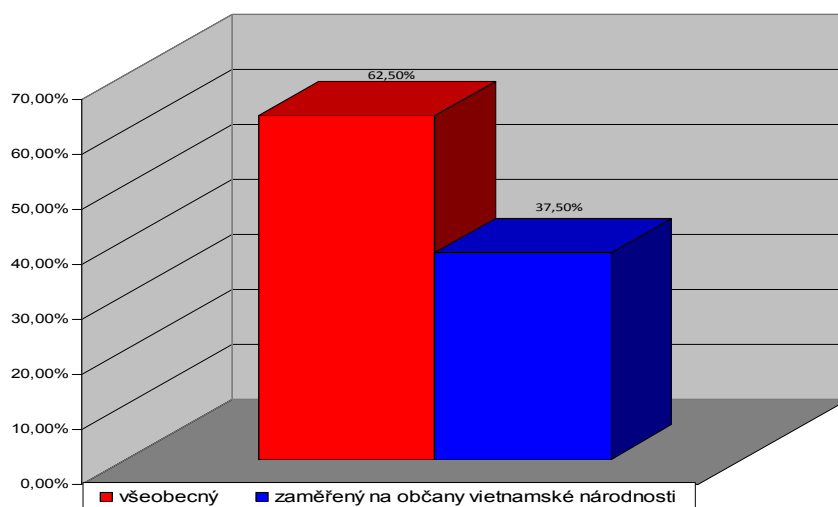
Ze 182 (100 %) respondentů nemá 76 (41,76 %) možnost využívat služeb překladatele, 74 (40,66 %) o možnosti neví a 32 (17,58 %) možnost využívat služeb překladatele má.

Graf 32**Vzdělávací akce**

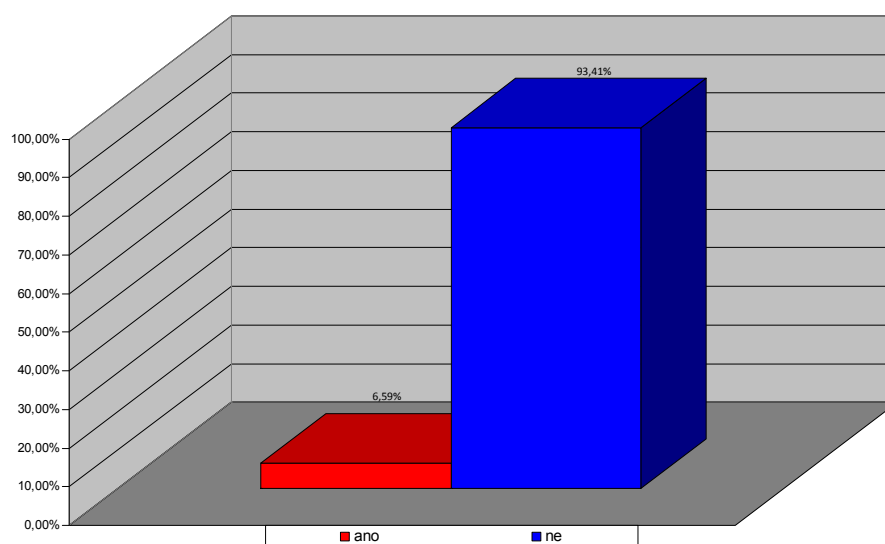
Ze 182 (100 %) respondentů nebylo 130 (71,43 %) na vzdělávací akci týkající se specifík v ošetrovatelské péči o členy minoritních skupin, 52 (28,57 %) bylo a odpověď myslím, že žádné neexistují nebyla označena 0 (0,00 %).

Graf 33**Standardní ošetrovatelský postup**

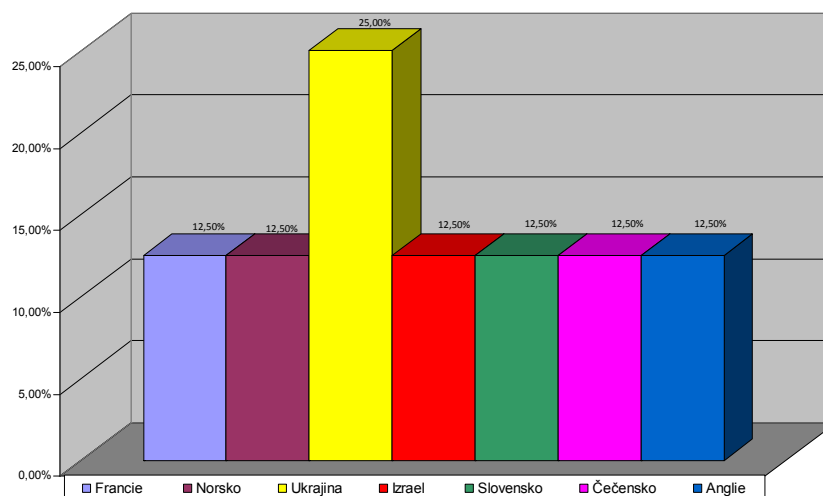
Ze 182 (100 %) respondentů se k odpovědi ne, nemáme na oddělení vypracovaný standardní ošetrovatelský postup Péče o pacienta z jiné než majoritní společnosti přiklonilo 110 (60,44%), odpověď nevím zvolilo 56 (30,77 %) a 16 (8,79 %) standard na oddělení vypracovaný má.

Graf 34**Typ standardu**

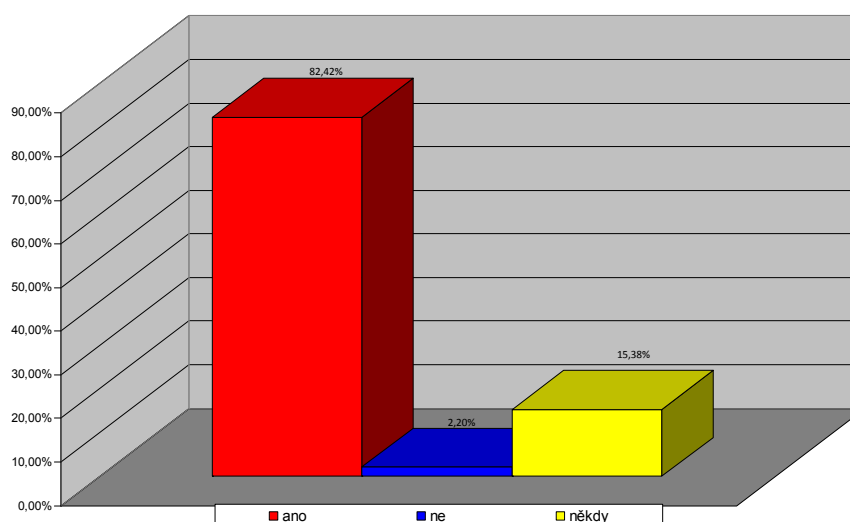
Z 16 (100 %) odpovědí respondentů má 10 (62,50 %) vypracovaný všeobecný standard a 6 (37,50 %) respondentů má vypracovaný Standardní ošetřovatelský postup zaměřený na občany vietnamské národnosti.

Graf 35**Práce v zahraničí**

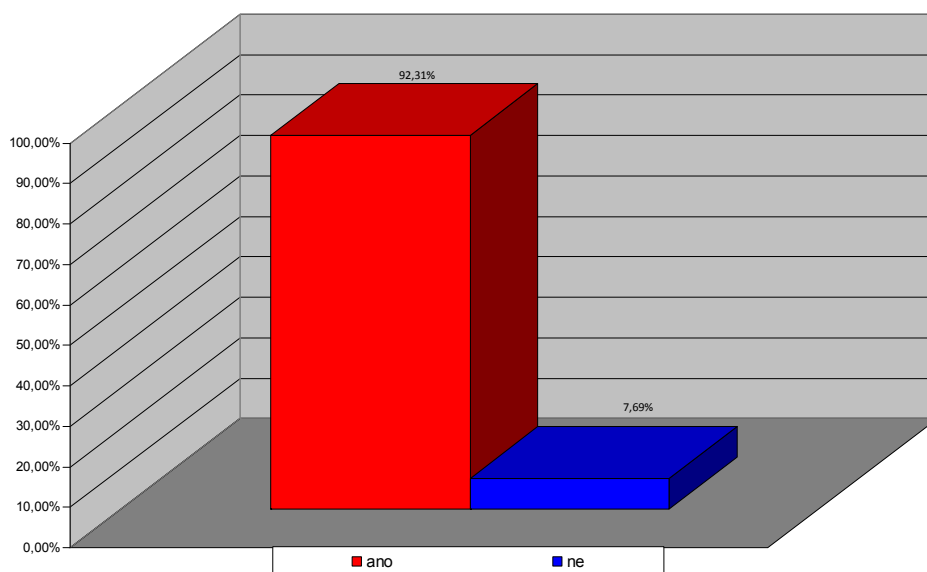
Ze 182 (100 %) respondentů, 170 (93,41 %) nikdy v jiné než České republice nepracovalo a 12 (6,59 %) respondentů v jiné zemi někdy pracovalo.

Graf 36**Cizí země**

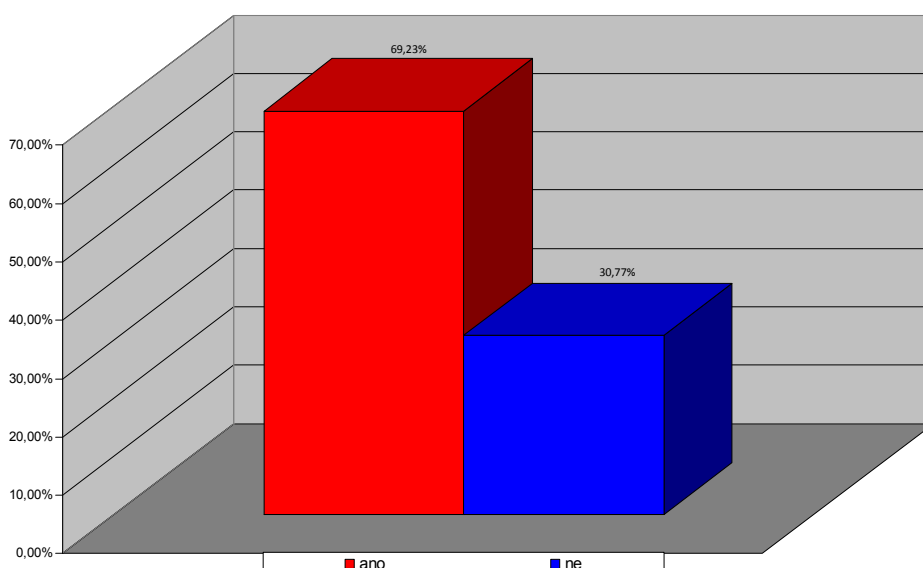
Z 12 (100 %) odpovědí respondentů (v dotazníku bylo možné označit více odpovědí), kteří někdy v jiné než České republice pracovalo, 4 (25,00 %) pracovalo na Ukrajině, 2 (12,50 %) ve Francii, 2 (12,50 %) v Norsku, 2 (12,50 %) v Izraeli, 2 (12,50 %) na Slovensku, 2 (12,50 %) v Čečensku a 2 (12,50 %) respondentů pracovalo v Anglii.

Graf 37**Snaha vcítit se do pocitů pacienta**

Ze 182 (100 %) respondentů se 150 (82,42 %) při ošetřování snaží vcítit do pocitu pacienta a uspokojit jeho potřeby, 28 (15,38 %) se snaží jen někdy a 4 (2,20 %) se o to, vcítit se do pocitu pacienta nesnaží a nesnaží se ani uspokojit jeho potřeby.

Graf 38**V roli pacienta**

Ze 182 (100 %) respondentů bylo 168 (92,31 %) již osobně někdy v roli pacienta, naproti tomu 14 (7,69 %) respondentů v roli pacienta osobně nebylo.

Graf 39**Změna uvažování**

Ze 182 (100 %) respondentů, 126 (69,23 %) změnilo svoje uvažování o potřebách v oblasti intimity pacientů po vlastní zkušenosti a 56 (30,77 %) uvažování nezměnilo.

4.3 Rozhovory se zástupci minorit

Respondent 1

Žena 24 let. Narodila se ve Vietnamu, v ČR žije 6 let. Její mateřský jazyk je vietnamština, ale ovládá také angličtinu. V běžné komunikaci se snaží mluvit česky, ale často nerozumí a nechce se ptát. Pracuje jako servírka v restauraci svého otce. V nemocnici byla hospitalizována v ložském roce, kdy jí byl proveden císařský řez. Pod pojmem intimita si představuje stud a soukromí. Nerada se před cizími lidmi odhaluje a pokud tak musí učinit není jí to příjemné. Po zkušenosti z hospitalizace z ložského roku by dala, pokud by to bylo možné přednost přirozenému porodu na lůžku s přítomností manžela nebo matky. Manžel mohl na operační sál až po vybavení dítěte.

Otázka 1: Jak si představujete, že by měla být při ošetření nebo hospitalizaci chráněna Vaše potřeba intimity?

Ochranu intimity si představuji v soukromí ordinace, kde bude přítomen pouze lékař a pokud by to bylo možné raději lékařka. Jsem si, ale vědoma, že žije v cizí zemi a snažím se co nejvíce přizpůsobit. Nechci dělat zbytečné problémy a neobtěžovat. V nemocnici se mi líbil přístup a chování sester. Nabízely mi pomoc, mluvily pomalu, zřetelně a ptaly se zda jsem rozuměla. Někdy jsem nerozuměla, ale nezeptala jsem. Poporodní bolest jsem se snažila vydržet co nejdéle a o léky jsem si řekla, až když se mě sestra zeptala. Uvítala jsem materiály o porodu a kojení ve vietnamštině. Byla jsem na dvoulůžkovém pokoji, ale dala bych přednost jednolůžkovému, tak abych měla možnost mít u sebe co nejčastěji některého z členů rodiny. Bylo příjemné moci využívat sprchu kdykoliv jsem chtěla.

Otázka 2: Měl/a jste při ošetření nebo hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení pocit, že je Vaše potřeba intimity dostatečně chráněna?

Ano, měla. Každé vyšetření probíhalo v samostatné vyšetřovně a pouze za přítomnosti lékaře. Sestra mě do vyšetřovny pouze uvedla a po vyšetření, odvedla zpět na pokoj.

Otázka 3: Jaké počínání v oblasti potřeby intimity jste schopni ještě tolerovat a jaké ne?
Záleží na situaci.

Otázka 4: Jak by měly sestry změnit své chování vůči Vám, jako členu minoritní skupiny?

Z osobní zkušenosti si na chování sester, ani jiného zdravotnického personálu nemohu stěžovat. Jejich přístup během mého pobytu v porodnici se mi líbil a byla jsem spokojená. Jejich přístup byl profesionální a myslím, že materiály ve vietnamštině, které jsem dostala jinde v nemocnicích nerozdávají. Snažily se mi porozumět a naopak se stále ptaly, zda jsem rozuměla já. V ničem mi nebránily.

Respondent 2

Žena (dívka) 14 let, Vietnamka. Narodila se v ČR, žije v bytě se svou rodinou, která vlastní prodejnu s ovocem. Mluví výborně česky, její mateřský jazyk vietnamštinu, jak sama říká ovládá, ale špatně. Dobře mluví i anglicky. Studuje na gymnáziu, učí se výborně. V budoucnu by chtěla studovat práva. V nemocnici je hospitalizována poprvé. Je po operaci pro zánět apendixu, který jí byl odstraněn laparoskopicky. Pod pojmem intimita si představuje intimitu těla. Stydí se.

Otázka 1: Jak si představujete, že by měla být při ošetření nebo hospitalizaci chráněna Vaše potřeba intimity?

Hlavně tak, že mě nikdo nebude nikde nechávat ležet nahatou nebo, že bych musela být odhalená před více lidmi.

Otázka 2: Měl/a jste při ošetření nebo hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení pocit, že je Vaše potřeba intimity dostatečně chráněna?

Ano, měla. Asi jsem měla štěstí, že mě na pohotovosti vyšetřovala mladá paní doktorka a stejná paní doktorka mě pak také operovala. Na sále jsem byla stále přikrytá nebo už si nepamatuji, že by mě někdo odhalil. Probudila jsem se až na oddělení. Ležím na dvoulužkovém pokoji se stejně starou dívkou a docela dobře si rozumíme a to je fajn.

Otázka 3: Jaké počinání v oblasti potřeby intimity jste schopni ještě tolerovat a jaké ne?

Nevím. Zatím jsem neměla žádnou špatnou zkušenost. Bylo by pěkné pokud bych si mohla vybrat lékaře, který by mě ošetřoval.

Otázka 4: Jak by měly sestry změnit své chování vůči Vám, jako členu minoritní skupiny?

Nijak. Tak jak se ke mně sestřičky chovají je moc pěkné. Pokud se tak chovají ke každému, je to v pořádku.

Respondent 3

Žena 60 let. Členka Československé-husitské církve. Nechtěla mluvit o osobních zkušenostech se zdravotnickými zařízeními, ale o zkušenosti, kterou zažila při hospitalizaci manžela.

Otázka 1: Jak si představujete, že by měla být při ošetření nebo hospitalizaci chráněna Vaše potřeba intimity?

Určitě tak, jak byla chráněna intimita mého manžela při jeho pobytu v nemocnici. Nemyslím, jen intimitu tělesnou, ale především ochranu informací. Manžel byl hospitalizován ve velmi závažném stavu a lékaři si dlouho nevěděli rady s tím, co mu vlastně je. Byli, ale upřímní a říkali nám pravdu. Uložili manžela na jednolůžkový pokoj. Mohla jsem jej navštěvovat kdykoli jsem chtěla.

Otázka 2: Měl/a jste při ošetření nebo hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení pocit, že je Vaše potřeba intimity dostatečně chráněna?

Měla jsem velice dobrý pocit z celého dění kolem manžela. Manžel zemřel a všichni se ke mně chovali velice pěkně. Informace mi sděloval lékař v samostatné místnosti, kde nás nikdo nerušil. Odpověděl mi na všechny mé dotazy. Zeptal se mě, zda bych souhlasila s pitvou manžela a posléze se zveřejnění výsledků pitvy. Já jsem souhlasila.

Otázka 3: Jaké počínání v oblasti potřeby intimity jste schopni ještě tolerovat a jaké ne?
Asi bych nebyla schopná tolerovat to, že by případ mého manžela zveřejnili bez mého souhlasu.

Otázka 4: Jak by měly sestry změnit své chování vůči Vám, jako členu minoritní skupiny?

Veškerý personál se ke mně i k mému manželovi choval velice pěkně. Rádi nám vyhověli, když jsme si něco přáli, pokud to bylo možné a pokud ne, vysvětlili nám proč to možné není.

Respondent 4

Muž 45 let, hinduista. Narodil se v Indii, ale v České republice žije již 15 let. Mluví česky, ale špatně. Lépe mu jde angličtina

Pod pojmem intimita si představuje soukromí. Byl v nemocnici hospitalizován pro drobný urologický zákrok.

Otázka 1: Jak si představujete, že by měla být při ošetření nebo hospitalizaci chráněna Vaše potřeba intimity?

Tak jako tomu bylo teď. Měl jsem možnost přijít ráno před operací a na sálku jsem mohl mít na sobě jednorázovou košili. Intimní číst těla jsem měl zakrytou do doby než přišel lékař a po operaci jsem byl hned zase přikrytý.

Otázka 2: Měl/a jste při ošetření nebo hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení pocit, že je Vaše potřeba intimity dostatečně chráněna?

Ano.

Otázka 3: Jaké počinání v oblasti potřeby intimity jste schopni ještě tolerovat a jaké ne?

Netoleroval bych bezohlednost. To, že by na vás personál nebral ohled a přistupoval k vám jako ke kusu masa a ne jako k člověku.

Otázka 4: Jak by měly sestry změnit své chování vůči Vám, jako členu minoritní skupiny?

Snad jen v tom, že by se mohly zeptat zda nemám nějaké zvláštní přání. Nikdo neřešil zda jsem členem nějaké minoritní skupiny. Na to se mě nikdo neptal. Ani se za něco zvláštního nepovažuji. Českou republiku už беру jako svůj domov.

Respondent 5

Žena 35 let, Romka. Pracuje jako prodavačka. V nemocnici byla hospitalizována v loňském roce kdy jí byla odstraněna bulka z prsu.

Pod pojmem intimita si představuje možnost ponechat si část oděvu a při vyšetření mít možnost mít u sebe někoho blízkého.

Otázka 1: Jak si představujete, že by měla být při ošetření nebo hospitalizaci chráněna Vaše potřeba intimity?

Asi tak jako teď. V ambulanci byl při vyšetření jenom doktor a sestra. Doktor mi na prsa sahal přes svetr a na sále jsem byla pořád přikrytá.

Otázka 2: Měl/a jste při ošetření nebo hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení pocit, že je Vaše potřeba intimity dostatečně chráněna?

Ano. Myslím si, že když je člověk v nemocnici musí některé věci prostě vydržet. Nic hrozného se mi nedělo.

Otázka 3: Jaké počinání v oblasti potřeby intimity jste schopni ještě tolerovat a jaké ne?

S intimitou to asi nesouvisí, ale někdy mám pocit, že mnou „bílý“ opovrhují a myslí si, že když jsem Romka, jsem asi líná a špinavá. Možná je to jen pocit, přímo mi nikdo nikdy nic neřekl.

Otázka 4: Jak by měly sestry změnit své chování vůči Vám, jako členu minoritní skupiny?

Nemusí nic měnit, stačí když se budou všechny chovat ke všem stejně a jako k lidem a ne jen jako k věci, kterou ošetří, tak jak se má a neudělají nic navíc. Samozřejmě to je individuální, někdo je fajn a jiný jen udělá co musí.

Respondent 6

Žena 41 let, Hinduistka. V České republice žije 15 let a v současné době je na mateřské dovolené. V nemocnici byla hospitalizována jen v souvislosti s porodem, který proběhl císařským řezem.

Pod pojmem intimita si představuje soukromí ve vyšetřovací místnosti, mít možnost odmítnout přítomnost studentů a mít zakryté intimní části těla.

Otázka 1: Jak si představujete, že by měla být při ošetření nebo hospitalizaci chráněna Vaše potřeba intimity?

Tak, že při vyšetření budu pouze já a lékař. Do místnosti nebude stále někdo chodit a nebudou otevřené dveře.

Otázka 2: Měl/a jste při ošetření nebo hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení pocit, že je Vaše potřeba intimity dostatečně chráněna?

Nad tím jsem nepřemýšlela. Po porodu měl malý problémy a vrtulník ho odvážel do Prahy. Měla jsem o něj takový strach, že mi bylo jedno co se mnou kdo dělá.

Otázka 3: Jaké počínání v oblasti potřeby intimity jste schopni ještě tolerovat a jaké ne?
Netolerovala bych neohleduplnost.

Otázka 4: Jak by měly sestry změnit své chování vůči Vám, jako členu minoritní skupiny?

Brát na člověka ohled a nebrat práci jako rutinu.

Respondent 7

Žena 56 let, Rumunka. Pracuje jako uklízečka. V nemocnici hospitalizována nikdy nebyla. Chodí na pravidelné gynekologické kontroly k lékařce a k praktickému lékaři. Pod pojmem intimita si představuje mít zakryté intimní části těla, možnost být vyšetřen lékařem nebo lékařkou a mít možnost ponechat si při vyšetření část oděvu nebo být popřípadě vyšetřena přes oděv.

Otázka 1: Jak si představujete, že by měla být při ošetření nebo hospitalizaci chráněna Vaše potřeba intimity?

Jak jsem už řekla, mít zakryté intimní části těla, možnost být vyšetřen lékařem nebo lékařkou a mít možnost ponechat si při vyšetření část oděvu nebo být event. vyšetřena přes oděv. A snad ještě fakt, že by při vyšetření neměli být jiné osoby než mají.

Otázka 2: Měl/a jste při ošetření nebo hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení pocit, že je Vaše potřeba intimity dostatečně chráněna?

Ano. Na gynekologii kam nyní chodím vždycky a u svého praktického lékaře také.

Otázka 3: Jaké počínání v oblasti potřeby intimity jste schopni ještě tolerovat a jaké ne?
Nechtěla bych, aby byl při vyšetření někdo jiný než lékař nebo sestra.

Otázka 4: Jak by měly sestry změnit své chování vůči Vám, jako členu minoritní skupiny?

Setkala jsem se jen se sestrou u gynekoložky a praktického lékaře a ty se ke mně chovají pěkně.

Respondent 8

Muž 51 let, Křesťan. Pracuje jako řidič. V nemocnici byl hospitalizován na interním oddělení pro podezření na infarkt myokardu. Pod pojmem intimita si představuje především soukromí ve vyšetřovací místnosti.

Otázka 1: Jak si představujete, že by měla být při ošetření nebo hospitalizaci chráněna Vaše potřeba intimity?

Je pro mě důležité soukromí při vyšetření. Nelíbí se mi, když se stále otevírají dveře a do místnosti někdo vchází a vychází. Jednou sestra s kartou, podruhé jiný lékař, aby druhému lékaři něco sdělil a tak dále. Často jsem zažil i to, že dveře mezi vyšetřovnou a jinou vyšetřovnou nebo kartotékou zůstaly otevřené.

Otázka 2: Měl/a jste při ošetření nebo hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení pocit, že je Vaše potřeba intimity dostatečně chráněna?

Převážně ano, ale v některých situacích mi nebylo příjemně. Člověk musí, ale něco vydržet, když je u lékaře.

Otázka 3: Jaké počínání v oblasti potřeby intimity jste schopni ještě tolerovat a jaké ne?

Jak už jsem řekl, je pro mě důležité soukromí při vyšetření. Netoleroval bych, aby se na mě dívaly například sestřičky na praxi nebo mladí lékaři.

Otázka 4: Jak by měly sestry změnit své chování vůči Vám, jako členu minoritní skupiny?

Nepřipadám si jako člen minoritní skupiny a od sester bych chtěl totéž. Chtěl bych, aby ke mně přistupovaly jako ke komukoliv jiném, ale s respektem a trochou ohledu. Asi tak, jako kdyby byly na vyšetření samy.

Respondent 9

Muž 43 let, Ital. Pracuje jako servisní technik. V České republice žije 10 let, oženil se zde a vychovává jednoho syna. V nemocnici byl hospitalizována dvakrát. Poprvé s podezřením na zánět slepého střeva a podruhé se zlomeninou bérce. Pod pojmem intimita si představuje mít zakryté intimní části těla.

Otázka 1: Jak si představujete, že by měla být při ošetření nebo hospitalizaci chráněna Vaše potřeba intimity?

Po zkušenosti bych si představoval, že nebudu ležet na vyšetřovacím stole déle než je nutné. Při mé první hospitalizaci, pro podezření na zánět slepého střeva mi bylo provedeno, ne zcela příjemné vyšetření konečníku. Sestra mi řekla abych si odložil a lehl si na stůl. Trvalo dost dlouho než mě lékař vyšetřil a já tam tak ležel celou dobu. Něco podobného jsem zažil i na operačním sále. Odkryli mě ještě před tím, než jsem usnul.

Otázka 2: Měl/a jste při ošetření nebo hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení pocit, že je Vaše potřeba intimity dostatečně chráněna?

Ne.

Otázka 3: Jaké počínání v oblasti potřeby intimity jste schopni ještě tolerovat a jaké ne?

Jak už jsem řekl, nebylo mi příjemné být někde dlouho odhalený. Myslím, že by se to nemělo stávat.

Otázka 4: Jak by měly sestry změnit své chování vůči Vám, jako členu minoritní skupiny?

Měly by si uvědomit, že jsou lidé, kteří se stydí a není jim příjemné když jsou někde nazí a trvá to dlouho.

Respondent 10

Žena 31 let, Polka. Pracuje jako servírka. V nemocnici hospitalizována po operaci prsu. Pod pojmem intimita si představuje mít zakryté intimní části těla, možnost být vyšetřen lékařem nebo lékařkou a mít možnost ponechat si při vyšetření část oděvu.

Otázka 1: Jak si představujete, že by měla být při ošetření nebo hospitalizaci chráněna Vaše potřeba intimity?

Chodím na pravidelné kontroly na gynekologii. Moje paní doktorka má soukromou ordinaci. Její přístup a přístup sestry se mi líbí. Před kontrolou mě sestra v první místnosti nejprve vyzpovídá a změří tlak, dá mi do ruky kartu se kterou jdu do místnosti kde je paní doktorka. Ta si se mnou nejprve popovídá a pak mě pošle do kabinky abych si odložila. Vyšetřovací stůl je hned vedle, jen pár kroků. Po vyšetření se mohu zase hned obléci. Do místnosti nikdo jiný nechodí, po celou dobu jsem tam jen já a paní doktorka.

Otázka 2: Měl/a jste při ošetření nebo hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení pocit, že je Vaše potřeba intimity dostatečně chráněna?

Měla. Při pravidelných kontrolách na gynekologii, při pobytu v nemocnici to bylo horší. Před i po operaci prsu jsem se musela stále odhalovat. Ráno vizita, odpoledne vizita a večer také. Při velké vizitě se na mě díval celý zástup lékařů a sester.

Otázka 3: Jaké počínání v oblasti potřeby intimity jste schopni ještě tolerovat a jaké ne?
Nelíbí se mi když je při mém vyšetření více lidí než jen lékař a vidí mě odhalenou.

Otázka 4: Jak by měly sestry změnit své chování vůči Vám, jako členu minoritní skupiny?

Bylo by pěkné, pokud by se mě někdo zeptal zda mi to či ono nevadí

5. Diskuse

Tato práce měla stanovené dva cíle. Prvním cílem bylo jistit specifika zajištění potřeby intimity u vybraných minoritních skupin. K cíli byla stanovena hypotéza H1: Sestry, znají specifika v potřebě intimity u pacientů z vybraných minoritních skupin.

Jak ve svém slovníku uvádí Jandourek (12), slovo intimita znamená: soukromí, důvěrnost, útulnost, nahotu či stud. Pro člověka je intimní to, co je ve společnosti a dané kultuře všeobecně považováno a vnímáno jako soukromé, či důvěrné, tvrdí tak i Abram (1) stejně jako, že potřeba intimity je dána ve velké míře náboženskou orientací. V potřebě intimity jde také o zachování lidské důstojnosti, osobní cti a dobré pověsti. Sami respondenti v rozhovorech uvádějí, že si pod pojmem intimita představují stud, soukromí, intimitu těla, možnost ponechat si při vyšetření část oděvu a soukromí ve vyšetřovací místnosti. V pojetí těla existují nábožensky, sociálně a kulturně velice odlišná pojetí. Velkoborská (50) se ve svém článku přiklání k faktu, že v ošetrovatelské péči je třeba přistupovat k intimitě nejen s respektem před jinými kulturami a náboženstvími, ale také s pochopením lidí, s jejich individuálními biologickými, sociálními a náboženskými rozdíly. To, že intimita je opravdu individuální se můžeme přesvědčit jak v rozhovorech, tak i v obou dotaznících. Každý člověk si pod slovem intimita i pod tím, jak by měla být chráněna představuje něco jiného. Linhartová (21) poukazuje na to, že náboženství výrazně ovlivňovalo a ovlivňuje vývoj společnosti, její morálku i oblast intimity. Vliv náboženství a kultury se může odrážet v chování a psychických reakcích pacienta a je možné, že se budou vlivem nemoci měnit. Sestry musí uspokojovat i tyto potřeby, které jsou specifické u jednotlivců pocházejících z různého kulturního prostředí a jsou ovlivňovány právě náboženstvím. Musí chápat pacienta z celostního pohledu a ten vyžaduje zabezpečit a uspokojit i potřeby v oblasti intimity, kde je základem její zajištění. Také potřeba ochrany intimity je individuální, můžeme tak usuzovat i z rozhovorů s respondenty, kde si pod ochranou intimity ve zdravotnickém zařízení představuje každý respondent něco jiného. Pro někoho je důležité mít zakryté intimní části těla, pro jiného je důležité soukromí v ordinaci a pro jiného respondenta je důležitý především přístup zdravotnického personálu, jeho

pochopení a schopnost vcítit se do pocitů pacienta. Saadoni (36) ve svém článku poukazuje na to co by se mělo stát v ošetrovatelské praxi samozřejmostí a mělo by být vlastní nejen sestřám, ale všem zdravotnickým pracovníkům. Fakt, že nebudeme pacienta zbytečně odhalovat a pokud vyjádří nějaké přání, které můžeme splnit, splníme jej. Domnívám se, že toto minimum je schopný splnit každý, v kterémkoliv zdravotnickém zařízení a pokud se tak neděje je to špatná vizitka především osoby zdravotníka. Sami pacienti na tento fakt upozorňují. V rozhovorech i v dotazníku a takového jednání vítají. To co je pro někoho naprostou samozřejmostí, může příslušník minoritní skupiny vnímat úplně jinak. Píše to i Kober (11) a dále uvádí, že i běžný dotek či úsměv může mít v jiných kulturách odlišný význam a může se stát příčinou konfliktů. Potvrzují to i výsledky šetření a zkušenosti sester ze setkání s členy minoritních skupin. Již z výše uvedených textů je patrné, že potřeba intimity a její zajištění je nejen individuální záležitostí, ale že existují specifika v potřebě intimity a ta mohou plynout nejen z individuality člověka, ale také z kultury a prostředí ze kterého člověk pochází. Samy sestry si pod pojmem intimita nejčastěji představují soukromí, jak je patrné z grafu 22. Naproti tomu širší veřejnost vidí pod pojmem intimita nejčastěji soukromí ve vyšetřovací místnosti a možnost odmítnout studenty, jak ukazuje graf 5. I tato fakta svědčí o tom, že každý člověk chápe intimitu individuálně. Pro mne osobně je zarážející, že více než 30 % respondentů z řad širší veřejnosti si pod pojmem intimita představuje soukromí ve vyšetřovací místnosti a více než 20 % možnost odmítnout studenty. Je možné, že mají tyto lidé špatné zkušenosti, které se v dotazníku odrazily? Soukromí ve vyšetřovací místnosti není zřejmě takovým standardem, jak jsem se domnívala a možnost odmítnout studenty, chápu jako možnost, která tu pro pacienty dříve nebyla a respondenti si jí hodně považují. Na stejný problém upozorňuje i Zajíčková (51) ve svém článku. V zajištění intimity při vyšetření hraje důležitou roli atmosféra na pracovišti a fakt, že je sestra schopná se vcítit do pocitu pacienta. V každé situaci zajistit pacientovi pocit soukromí. Jako nepříjemné a narušující může na pacienty při vyšetření nebo ošetření působit neustálé vcházení a vycházení zdravotnických pracovníků do vyšetřovací místnosti. Velkou roli hraje i přítomnost mediků nebo jiných studentů ve vyšetřovací místnosti, čímž může být potřeba intimity také narušována a to

nejen u členů minoritních skupin. Domnívám se, že by mělo být běžnou praxí, že pacient s přítomností cizích osob musí předem souhlasit. Intimita není pouze fyzická, ale také psychická a na tento fakt nesmí sestra nikdy zapomenout. Musí jej plně respektovat, u všech pacientů. Česká republika je z hlediska národní příslušnosti státem s převahou českého obyvatelstva, ale k jiné kultuře se hlásí více než 500 tisíc osob a se stoupající migrací jejich počet stále přibývá. Je tedy nanejvýš nutné, aby sestra nejen znala specifika v ošetrovatelské péči o příslušníky minoritních skupin, ale dokázala tyto potřeby plně uspokojit.

Druhým cílem diplomové práce bylo zjistit, zda sestry znají specifika v oblasti intimity u pacientů z vybraných minoritních skupin a byla vyslovena hypotéza, H2: Sestry znají specifika v potřebě intimity u pacientů z vybraných minoritních skupin. Z grafu 23 je patrné, že více než 95 % sester se ve své ošetrovatelské praxi s členem některé minoritní skupiny žijící na území České republiky setkala. Nejčastějším setkáním jsou setkání s členem minoritní skupiny Rom, Ukrajinec, Slovák, svědek Jehovův a Vietnamec. Naproti tomu s Judaistou, Islamistou či Hinduistou se mělo možnost setkat méně sester. Myslím, že tento fakt je dán i krajem ve kterých šetření probíhalo, což znázorňuje graf 19 a také tím o kterou minoritní skupinu se jedná. Členy některých minoritních skupin je možné rozpoznat na první pohled, ale u některých je třeba se ptát. Více než 75 % sester se domnívá, že v ošetrovatelské péči o členy minoritních skupin specifika existují. Troufám si tvrdit, že jejich přesvědčení plyne především z praxe a ze zkušeností právě ze setkání s některým členem minoritní skupiny. Sestry se domnívají, že nejvíce specifík v ošetrovatelské péči je u členů minoritních skupin Islamista/muslim. Domnívají se, že významnou roli zde hraje především stud, u žen potřeba být vyšetřena ženou a za přítomnosti člena rodiny, u muže potřeba být vyšetřen mužem, potřeba nebýt odhalován a u všech muslimů speciální požadavky na stravu. Dále pak fakt, že muslimové nemluví o vyměšování a potřeba dívat se na Meku. Významnou roli pak hraje jazyková bariéra. Všechna tato tvrzení jsou pravdivá, ale literatura se o specifiích u Islamisty/muslima vyjadřuje podrobněji. Bohužel, ale ve více publikacích. Jednu ucelenou publikaci o specifiích pacienta muslima jsem nenašla. Například Fleissig a Bahbough (6) uvádí příklady jak

komunikovat s arabským pacientem. V komunikaci s pacientem muslimem, je třeba používat srdečný a laskavý tón. Pokud komunikace toto postrádá, pacient se cítí nepříjemně. Tento fakt platí nejen u muslimského pacienta, ale u pacientů obecně. Každý pacient, ať už je členem jakékoliv minoritní skupiny a je v cizím, neznámém a pro něj nepřírozeném prostředí takovýto přístup přivítá. Zdravotník by měl mít na zřeteli, že Arab, nikdy nehovoří přímo k danému tématu. Strohou a stručnou komunikaci pak považuje za nezdvořilou. Sestra by měla mít na paměti, že pro pocit důvěry a bezpečí je při komunikaci s takovýmto pacientem třeba přímého pohledu do očí a pokud se tomu tak neděje, je to považováno za nekorektní jednání. Dalším specifikem v komunikaci s arabským pacientem je držení rukou v bok, které je považováno dokonce za projev agrese. I tento fakt by měla sestra znát a vyvarovat se takovému postoji pokud se ve své ošetrovatelské praxi s arabským pacientem setká. Pacient Islamista/muslim má mnoho specifík, jak se můžeme dozvědět od Ryšánkové (35) i z odpovědí sester v dotazníku, které se s pacientem muslimem ve své ošetrovatelské praxi setkaly. Oblečení arabské ženy musí zakrývat tělo od zápěstí až po kotníky, dále nesmí být volný krk a ortodoxně věřící žena musí mít zahalenou i tvář. Pro ošetrovatelskou péči a počínání sestry je nutné, aby sestra věděla, že arabská žena by měla mít i při vyšetření zahalenou minimálně polovinu těla nebo pokud je to možné, aby byla vyšetřena přes oděv. Dále pak, že muslimská žena nesmí nikdy zůstat v jedné místnosti sama s cizím mužem. Muslimové vyžadují, aby pacientku-ženu, vyšetřila žena. Pokud není žena-lékařka k dispozici, může ženu vyšetřit lékař-muž, ale pouze se souhlasem manžela pacientky a za jeho přítomnosti. Je to ochrana před ztrátou cti. Je nepřípustné i to, aby ženu na vyšetření doprovázel muž. Sestra by měla znát a respektovat způsob oblékání K/P muslima, zbytečně jej neodhalovat a ponechávat ženám alespoň část oblečení, pokud to vyšetření nebo zákrok dovoluje. Muž je v muslimské rodině autoritou, reprezentuje ji a komunikuje s okolím, uvádí ve své publikaci Gális (7). I tento fakt je třeba v ošetrovatelské péči zohlednit a vše co se týká péče s mužem/muslimem projednávat. Černá (5) pak uvádí, abychom nikdy nenutili muslima sundávat amulety či řetízky s citáty z koránu. Pro pacienta muslima jsou amulety a korán velice důležité a nutit se jich vzdát by bylo krajně nevhodné a tento čin

by mohl být zdrojem konfliktu. Muslimský pacient má opravdu mnoho specifík a možná je těžké si je zapamatovat, ale pro to, aby sestra předešla případným nedorozuměním stačí dle mého názoru opravdu málo a tvrdí tak i Ivanová (8). Individuální přístup, pochopení a snaha vyhovět přání pacienta, to je minimum, které by mělo být standardem ve všech typech zdravotnických zařízení a mělo by být vlastní všem zdravotnickým pracovníkům. Sestry v dotazníku některá specifika také uvádějí. Ze setkání s muslimským pacientem vědí, že u žen hraje velmi významnou roli stud, potřeba být vyšetřena ženou lékařkou a za přítomnosti člena rodiny. Pokud neznáme všechna specifika, která při ošetřování pacienta muslima existují, je třeba přistupovat k pacientovi individuálně, s rozvahou a citlivě. Aktiv naslouchat a vyhovět přání pacienta.

Další velmi početnou minoritní skupinou se kterou se v ošetrovatelské péči můžeme setkat jsou Vietnamci. V České republice jich žije asi 60 tisíc a tvoří po Ukrajincích a Slovácích třetí nejpočetnější minoritní skupinu, jak se můžeme dočíst v Bittnerové (3). Pro Vietnamce je charakteristická nenápadnost, skromnost, uzavřenost, úsměv vyjadřuje rozpaky, nepochopení a nejistotu, uvádí to Michálková (25) a stejné zkušenosti mají i sestry ze své praxe. Vietnamci jsou národem dotyků. Navzájem se dotýkají, ale pouze v přátelských vztazích. Dotyky a objetí mezi jedinci stejného pohlaví jsou časté a zcela normální. Své soukromí si velice pečlivě střeží a o soukromém životě hovoří jen velice zřídka nebo vůbec, což může být problém při zjišťování anamnézy a navazování kontaktu s pacientem. Vietnamská žena je velice stydlivá, skromná a při vyšetření je nanejvýš nutné chránit a dodržovat její osobní intimitu. Osobní hygiena je pro vietnamské pacienty velmi důležitá a raději si ji dělají sami. Pokud nemohou, pomáhá jim člen rodiny stejného pohlaví. Tato specifika je třeba respektovat, případně být pacientovi pomocnou rukou. Ze zkušeností sester vyplývá, že soukromí a stud jsou důležité body při pobytu Vietnamců v nemocnici. Zkušenosti sester se naprosto shodují s literaturou. U vietnamského pacienta je velice důležitá komunikace, je důležité, aby sestra dobře vysvětlila procedury pokud možno co nejpřesněji, nejjednodušeji a především se ujistila, že pacient rozuměl. Většina

Vietnamců nerozumí, ale stydí zeptat a v rozpacích přikývnou. Sestra může toto chápat, jako že pacient rozumí. Je tedy třeba se o správnosti, zda pacient rozuměl, řádně ujistit.

Křesťan je další početnou skupinou, kterou sestry uvedly v dotazníku jako minoritní skupinu s jejímž členem se ve své ošetrovatelské praxi setkali. Křesťané nemusí být chápáni jako minoritní skupina a většina křesťanů se členem minoritní skupiny být necítí, ale sestry je v dotazníku označili. Sestry uvádějí, že křesťan vyžaduje více soukromí, je stydlivý a přeje si umožnit modlitbu. Já osobně jsem tyto fakta v literatuře nenašla a dovolím si tedy tvrdit, že jde o individualitu každého pacienta/křesťana. Pokud to, ale chod oddělení nenarušuje a je možné požadavkům pacienta vyhovět, je třeba, aby tak sestra učinila. Minoritních skupin je celá řada, uvedla jsem jen pár příkladů na ukázkou, že sestry specifika jednotlivých skupin znají, čímž se hypotéza H2 potvrdila. Literatura specifika v ošetrovatelské péči u jednotlivých skupin uvádí podrobněji, ale se specifiky, která znají sestry z praxe, se shodují. Vachková (49) uvádí, že multikulturní péče by měla být především individuální, s navázáním kontaktu a získáním důvěry pacienta. Osobně mám stejný názor. Přístup sester musí být vždy profesionální. Velký vliv má neverbální komunikace, která by měla mimikou a gesty vždy vyjadřovat vstřícnost, pochopení a zájem o pacienta. Celkový klidný projev podtrhne uklidňující, příjemný, ale dostatečně rozhodný tón hlasu. Sestry by měly být schopné a připravené poskytovat ošetrovatelskou péči, která bude respektovat kulturní odlišnosti minoritních skupin. Ke kvalitnější péči o členy minoritních skupin určitě přispívá i možnost využití služeb překladatele, protože velká většina pacientů/členů minoritních skupin nemluví česky a sestry nejsou schopné se s nimi v jejich rodném jazyce domluvit. Bohužel služeb překladatele má možnost využít pouze něco přes 17 % sester, které odpověděly na otázky položené v dotazníku, více než 41 % tuto možnost nemá a více než 40 % o tom, zda je možné využít služeb překladatele či ne, neví, jak zobrazuje graf 31. O tom, zda jsou sestry schopné dorozumět se s pacientem v jiném než českém jazyce, vypovídá graf 30. Největší počet sester je schopno dorozumět se v ruském jazyce, následně v jazyce anglickém a v jazyce německém. Schopnost dorozumět se v jiném jazyce je minimální.

Graf 28 znázorňuje fakt, že více než 82 % sester si myslí, že je oddělení na kterém pracují schopno zajistit potřebu intimity u členů minoritních skupin. O tom, jakým způsobem znázorňuje graf 29 a to nejčastěji větším soukromím, pomocí žaluzie nebo tím, že pacienta nebudou zbytečně odhalovat. Tato zjištění jsou velmi pozitivní, pokud se tomu tak opravdu děje. Faktem zůstává, že to nejmenší co může sestra pro zajištění intimity pacienta, ať již pro zajištění intimity u člena minoritní skupiny nebo člena skupiny majoritní udělat je to, že využije možností, které na oddělení má. Použití žaluzií nebo zástěn je dle mého názoru opravdu tím minimem, které je třeba využívat, mělo by být standardem a sestra by na to neměla zapomínat. Nikdy by neměla zapomenout vcítit se do pocitů pacienta a podle nich jednat, sledovat, pozorně pacientovi naslouchat a na jeho připomínky, ale i gesta reagovat. Na kterých odděleních dle širší veřejnosti byla intimita chráněna je možné vidět na grafu 8. Respondenti se vyjadřovali především o odděleních kde je dle mého názoru možnost porušování ochrany intimity nejčastější. Tento fakt se šetřením potvrdil. I přesto, že se respondenti vyjádřili, že na těchto odděleních jejich intimita chráněna byla, pouze něco málo přes 30 % respondentů mělo pocit, že je jejich intimita byla chráněna na operačním sále a více než 25 % respondentů uvedlo, že jejich intimita byla chráněna na gynekologickém oddělení. Hypotéza H1 se potvrdila, ale tyto výsledky jsou dle mého názoru tristní. Ochrana intimity u pacientů by měla být stoprocentní na všech odděleních a především na odděleních, kde je zásah do intimity nezbytný. V grafu 9 si pak můžeme všimnout situací ve kterých dle respondentů jejich intimita chráněna nebyla. Nejčastější odpovědí bylo nutnost použití jednorázového oblečení, které nic nezakrývalo. Zde je možné vidět, že i snaha chránit intimitu pacienta může v některých případech vyjít vniveč pokud tato pomůcka svou funkci stoprocentně neplní. Dále se respondenti opět vyjádřili k nesoukromí v ordinaci. Tento fakt již zmiňovali v otázce jak si představují ochranu intimity a bohužel se s ním setkáváme i v situaci, kterou respondenti hodnotili jako situaci ve které jejich intimita chráněna nebyla. Znovu to zřejmě svědčí o běžné denní praxi, která se v našich zdravotnických zařízeních děje a dít by neměla. Soukromí ve vyšetřovací místnosti je nutné zajistit vždy tak, aby se pacient cítil dobře a nebyl z vyšetření nijak stresován. Svým tvrzením, že ošetrovatelská péče se musí zaměřit na naplnění všech potřeb

v plném rozsahu a v pozadí nesmí zůstat uspokojení potřeb jistoty, bezpečí a nezávislosti, jak zmiňuje i Bártlová (2). Jak si ochranu své intimity ve zdravotnickém zařízení širší veřejnost představuje vidíme v grafu 10. Opět je zde nejčastěji zmiňováno soukromí ve vyšetřovací místnosti, a to více než 25 % respondenty. Druhou nejčastější odpovědí byla odpověď, že si respondenti ochranu intimity představují v lepším přístupu personálu a to především ve větší empatii, ochraně intimních částí těla a častějším zakrývání. K tomuto tvrzení se přiklonilo více než 20 % respondentů. Zajíčková (51) uvádí, že soukromí a intimita pacienta musí být chráněna a respektována v každém případě. Nejen v době nemoci a pacient by neměl mít pocit ohrožení. Pacient nesmí být v nepohodě ani psychické, ani fyzické a pokud je nutné, aby pacient při vyšetření odložil oděv, měla by se sestra pokusit odhadnout jak moc se pacient stydí a podle toho k němu přistupovat. U některých pacientů může být nahota běžnou věcí a s odhalením svého těla nemají problém, ale každý člověk není stejný. Někteří lidé mohou být velice stydliví a požadavek, aby si odložili oděv jim může dělat velké problémy a tento fakt mohou považovat za citelný zásah do svého soukromí. Někteří lidé jsou citlivější a více se ostýchají, když mají ukázat lékaři intimní místa nebo v případech kdy odhalují něco, co před ostatními pečlivě skrývají. Všechna tato tvrzení musí být u všech pacientů zohledněna a sestra musí být ke všem těmito oblastem nanejvýš citlivá a vnímavá. Je nutné přistupovat ke každému pacientovi individuálně a vnímat jeho reakce přesně, jak uvádí Zajíčková (51). Potřebou intimity se zabývá i určitá oblast oboru ošetřovatelství, cituje ji a ošetřuje v právech nemocných. Nachází se současně v právech pacientů i v právech hospitalizovaných dětí. Každý člověk má právo na ochranu před neoprávněným zasahováním do osobního života a soukromí, uvádí Saadouni (36). Na tento fakt by neměla zapomínat nejen sestra, ale veškerý zdravotnický personál.

Ivanová (8) uvádí, že předsudky jsou nezdůvodněné postoje a stanoviska, která si lidé osvojují pod vlivem prostředí nebo je přebírají od některé autority. Z celkového počtu 128 (100 %) respondentů odpovědělo 126 (98,44 %) respondentů, že jim při ošetření nebo hospitalizaci nebyly nikdy dány najevo předsudky vůči jejich náboženskému přesvědčení nebo kulturnímu zaměření a 2 (1,56 %) respondenti

odpověděli, že jim předsudky najevo dány byly. Zjištění, že pacientům ve zdravotnických zařízeních nejsou dány předsudky vůči jejich náboženskému nebo kulturnímu přesvědčení je velice pozitivní a zřejmě tomu tak opravdu je. Bohužel, dva z respondentů, kteří měli zkušenost negativní na otázku jakým způsobem jim předsudky najevo dány byly, neodpověděli a tudíž nemohu posoudit proč se tomu tak událo. S předsudky souvisí i další otázka, která byla širší veřejnosti položena a to, zda měli možnost během hospitalizace vykonávat činnosti související s jejich kulturou. V grafu 13 vidíme, že z celkového počtu 128 (100 %) respondentů mělo 108 (84, 38 %) respondentů možnost při hospitalizaci vykonávat činnosti související s jejich kulturou a 20 (15,63 %) respondentů tuto možnost nemělo. Jedinou odpovědí proč respondenti neměli možnost vykonávat činnosti související s jejich kulturou byla odpověď, že byli hospitalizováni za totalitního režimu, který jakékoliv odchylky od normálu zakazoval a popřípadě tvrdě trestal. V té době si nejspíš pacienti ani nedovolili vyjádřit své přání, které by chtěli splnit. Odpovědi znázorňuje graf 14, kde takto odpovědělo 8 (100 %) odpovědí respondentů. Ostatní respondenti na tuto otázku neodpověděli. Z grafu 15 pak můžeme zjistit, že nejčastěji bylo pacientům umožněno sledovat televizi a číst si. Až na třetím místě veřejnost uvedla, že jim byla umožněna návštěva nemocniční kaple a na čtvrtém, že jim nebylo nic zakazováno. Domnívám se, že možnost navštěvovat nemocniční kapli je dána především tím, zda zdravotnické zařízení kapli má či ne. Další možností jak uspokojit duchovní potřeby pacientů by byla možnost využít služeb nemocničního kaplana, ale i tato možnost se omezuje na fakt, zda nemocnice kaplana k dispozici má či ne. Tyto služby se postupně rozšiřují a věřím, že časem bude i duchovní potřeba pacientů v nemocničním zařízení plně uspokojena. Graf 15 znázorňuje, které činnosti související s kulturou respondenta mu byly při jeho pobytu v nemocnici umožněny. Na prvním místě uvedlo téměř 29 % respondentů sledování televize, jako druhá nejčastější činnost kterou měli možnost vykonávat byla četba a na třetím místě návštěva nemocniční kaple. Kultura, jak uvádí Kutnohorská (17) je souhrn hmotných a duchovních hodnot vytvořených lidstvem. Jde o produkt myšlení lidí, který je založený na symbolech a vytvořený podle chování určité skupiny lidí. V souvislosti s minoritními skupinami je možné kulturu definovat jako určitou soustavu idejí, norem,

hodnot, stylu života nebo způsobu řešení běžných životních situací, které spolu členové skupiny sdílejí, vnímají a chápou tak své prostředí. Odpovědi na tuto otázkou jsou zcela jistě ovlivněny složením respondentů. Velká část respondentů jsou členové majoritní společnosti. Většina členů minoritních skupin nebyla ochotna dotazník vyplnit, i přes řádné vysvětlení účelu a mnohá ujištění, že jde o dotazník zcela anonymní. Šlo především o Vietnamce, kteří zpočátku ochotní byli, ale po předložení dotazníku jeho vyplnění odmítli.

Byla položena výzkumná otázka: Je u pacientů z vybraných minoritních skupin zajištěna potřeba intimity? Měla jsem velké problémy se souhlasu jednotlivých respondentů. Pacienti byli celkem ochotní si povídat, ale nezávazně. Po žádosti, zda bych mohla rozhovor použít pro diplomovou práci odmítli. Opět šlo převážně o členy Vietnamské minoritní skupiny. Odpověď na výzkumnou otázku byla jednoznačně pozitivní, jak v jednotlivých výše uvedených rozhovorech můžeme vidět.

Domnívám se ale, že ti respondenti, kteří s rozhovorem souhlasili se, ale dle mého názoru nedokázali vyjadřovat uvolněně. Respondenti mluvili stroze a nezabíhali do podrobností. Celkový výsledek rozhovorů je pozitivní, ale měla jsem pocit a někteří respondenti mi to i mimo rozhovor potvrdili, že ten kdo je v nemocnici, se prostě musí přizpůsobit a po dobu hospitalizace vydržet, vše co se s ním děje, neprotestovat a nechtít nic mimořádného. Zde se mi opět potvrdila moje domněnka, že aktivita musí být na straně sester. Je třeba, aby se pacienta a to především pacienta z minoritní skupiny, u kterého se dle výše zmíněných výsledků dají předpokládat určitá specifika v ošetrovatelské péči aktivně dotazovaly, zda má nějaká přání a dle možností oddělení mu je splnily. Pokud sestra nezná specifika dané kultury, je třeba se jich od pacienta nebo ostatních členů skupiny co nejvíce dozvědět a poznatky následně použít v praxi. Některá oddělení, i když jich je opravdu málo, mají vypracované standardy pro ošetrovatelskou péči členů některých minoritních skupin a sestra jich může využít. V krajích kde žije větší počet minoritních skupin, mohou již sestry vycházet z praxe a zkušeností. Domnívám se, že by bylo nanejvýš přínosné, aby své zkušenosti zveřejnily a to i zkušenosti v potřebě intimity u členů minoritních skupin, protože těchto informací se opravdu nedostává. Veškeré tyto informace by jistě byly přínosem pro

ošetřovatelskou péčí o členy minoritních skupin a přispěly by k jejímu zkvalitnění. Velkým přínosem by jistě bylo i více seminářů na toto téma, kterých, jak bylo v šetření zjištěno, se sestrám také nedostává. Někaké zřejmě existují, ale je jich tak málo, že většina sester na žádném takovém semináři nikdy nebyla. Jak je patrné z grafu 32, kde více než 71 % sester odpovědělo, že nikdy na vzdělávací akci týkající se specifík v ošetřovatelské péči o členy minoritních skupin nebyla a pouze necelých 29 % sester se některé vzdělávací akce s touto tematikou zúčastnilo. Sama ze své zkušenosti mohu tyto výsledky potvrdit. Nejen, že jsem na žádné vzdělávací akci s touto tematikou nebyla, ale ani jsem nikdy neslyšela nebo neviděla, že by se nějaká konala. Což je s přibývajícím migrací a propojováním světa v jednu velkou společnost zarážející. Kvalitní ošetřovatelská péče o pacienty z minoritních skupin vyžaduje dobrou připravenost zdravotnického personálu a sestry by měly být schopné poskytovat ošetřovatelskou péči, která bude respektovat kulturně jedinečné vlastnosti členů jednotlivých minoritních skupin, protože je velmi pravděpodobné, že se nejen sestry, ale veškerý zdravotnický personál bude s těmito lidmi stále více setkávat.

6. Závěr

Tato práce měla stanovené dva cíle. Prvním cílem bylo zjistit specifika zajištění potřeby intimity u vybraných minoritních skupin. Druhým zjistit, zda sestry znají specifika v potřebě intimity u pacientů z vybraných minoritních skupin.

K cílům byly stanoveny hypotézy H1: V ošetrovatelské péči o pacienty z vybraných minoritních skupin je potřeba intimity zajištěna a H2: Sestry znají specifika v potřebě intimity u vybraných minoritních skupin. Byla položena výzkumná otázka: Je u pacientů z vybraných minoritních skupin zajištěna potřeba intimity?

Z šetření vyplývá, že oba cíle byly splněny a hypotézy se potvrdily. Hypotéza H1: Specifika v zajištění potřeby intimity u vybraných minoritních skupin existují. A hypotéza H2: Sestry specifika v potřebě intimity u vybraných minoritních skupin znají. Znájí je především ze své ošetrovatelské praxe při které se s některým členem minoritní skupiny setkaly. Četnost setkání se liší krajem, ve kterém se zdravotnické zařízení ve kterém sestra pracuje nachází. V některých krajích mají sestry možnost se setkávat s členy minoritních skupin denně. Šetření, ale ukázalo, že i sestry v krajích, kde se s členy minoritních skupin nesetkávají tak často vědí, že existují specifika v ošetrovatelské péči o členy těchto skupin a vědí jaká specifika to jsou. Jsou to informace které získaly ze své ošetrovatelské praxe a některé z práce v zahraničí. Jde o velmi cenné informace, důležité pro budoucí možnost setkání s členem minoritní skupiny. Další příležitostí, jak získat informace, jsou odborné semináře s tematikou zaměřenou na ošetrování členů minoritních skupin. Jak bylo v šetření zjištěno seminářů není mnoho, ale existují a pokud mají sestry zájem, tyto semináře navštěvují.

Byla položena výzkumná otázka: Je u pacientů z vybraných minoritních skupin zajištěna potřeba intimity? Výsledek zní, ano je. Můžeme tak tvrdit z odpovědí v rozhovorech s členy minoritních skupin. Kde se tak respondenti vyjádřili. Zajištění intimity vidí především v soukromí při vyšetření a v přístupu zdravotnického personálu.

Výsledky tohoto šetření byly podkladem pro vypracování informační brožury pro sestry, která se může stát pomocníkem při ošetrovatelské péči o členy minoritních skupin. Především v případech zajištění intimity, ale i pro všeobecný přehled o specifikách v ošetrovatelské péči o členy minoritních skupin. Zdravotnická péče na

území ČR musí být poskytována všem, kteří ji potřebují, bez rozdílů kultur, náboženství nebo příslušnosti k některé minoritě. Doufám, že tato diplomová práce i vypracovaná informační brožura bude přínosem pro zkvalitnění ošetrovatelské péče o členy minoritních skupin, především v potřebě intimity, která je důležitou součástí všedního života a je nutné ji zajistit při hospitalizaci, vyšetření i při ošetření. Intimita je specifická pro každého člověka a pro kulturu, ze které pochází. Sestry by měly tato specifika znát a uspokojovat tak, aby byly u pacientů uspokojeny všechny potřeby. Je třeba poskytovat kulturně specifickou ošetrovatelskou péči, která bude brát na zřetel všechny jedinečné zvláštnosti člověka.

7. Seznam použitých zdrojů

1. ABRAM, U. Péče v multikulturní společnosti. *Florence*, 2007, roč. III, č. 9, s. 367. ISSN 1801-464X.
2. BÁRTLOVÁ, S., MATULAY, S. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. Martin: Osveta, 2009. ISBN 978-80-8063-306-6.
3. BITTNEROVÁ, D., MORAVCOVÁ, M. *Etnické komunity v české společnosti*. 1. vyd. Praha: Ermat, 2006. 411 s. ISBN 80-903086-7-8.
4. BROŽOVÁ, P. *Práva pacientů na gynekologicko-porodnickém oddělení se zaměřením na problematiku studu a soukromí*. Bakalářská práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2007.
5. ČERNÁ, E., HLAVÁČOVÁ, M. Zvyky muslimů. *Diagnóza*. Praha: 2005, roč. 1, č. 4, s. 192-194. ISSN 1801-1349.
6. FLEISSIG, J., BAHBOUH, CH. *Malá encyklopedie islámu*. 1. vyd. Praha: Dar ibn Rushd, 1993. s. 188. ISBN 80-900767-3-4.
7. GÁLIS, R. V islámských zemích rozhoduje o vyšetření ženy její muž. *Sestra*. Praha: 2006, roč. 16, č. 7-8, s. 23. ISSN 1210-0404.
8. IVANOVÁ, K., ŠPIRUDOVÁ, L., KUTNOHORSKÁ, J. *Multikulturní ošetrovatelství*. 1.vyd., Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 70-247-1212-1.
9. HOLUBOVÁ, A. Minority – stáří a smrt. *Sestra*, 2008, roč. 18, č. 11, s. 32-33. ISSN 1210-0404.
10. HORŇÁKOVÁ, A. Multikulturní komunikace při ošetrování klienta jiné kultury. *Sestra*, 2008, roč. 18, č. 9, s. 23-24. ISSN 1210-0404.
11. KOBER, L. Specifika ošetrovatelské péče o cizince. *Sestra*, 2008, roč. 18, č. 10, s. 24. ISSN 1210-0404.
12. JANDOUREK, J. *Sociologický slovník*. 1. vyd., Praha: Portál, 2006. 288 s. ISBN 80-7178-535-0.
13. KOLEKTIV AUTORŮ. *Základy ošetrování nemocných, učební texty Univerzity Karlovy v Praze*. 1. vyd., Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0845-6.

14. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatelstvo* 2. 1. slov. vyd., Martin: Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0.
15. KRÁLIKOVÁ, L. Zdravotní péče o muslimské pacientky. *Ošetrovatelství*, 2008, roč. 10, č. 1-2, s. 38-41. ISSN 1212-723X.
16. KUHN, T. B. *Fundamentals, Nursing Skills and Concepts*. 9. vyd., Lippincott Williams and Wilkins (United States), 2008. 992 s. ISBN 978-0-7817-7909.
17. KUTNOHORSKÁ, J. Kultura, multikultura a holismus. *Ošetrovatelství*, 2008, roč. 10, č. 1-2, s. 3-6. ISSN 1212-723X.
18. LECHTOVÁ, D., BUERGEROVÁ, O. Specifika romského etnika ve vztahu k poskytování zdravotní a ošetrovatelské péče. *Kontakt*, 2009, roč. 11, č. 1, s. 187-192. ISSN 1212-4117.
19. LEININGER, M. *Transcultural Nursing. Concepts, Theories, Research & Practices*. 2. vyd., New York: McGraw-Hill, Inc., 1995. ISBN 0-07-037660-3.
20. LEONTIYJEVA, Y. *Menšinová problematika v ČR: Komunitní život a reprezentace kolektivních zájmů (Slováci, Ukrajinci, Vietnamci a Romové)*. Praha: Sociologický ústav AV ČR, 2006. ISBN 80-7330-098-2.
21. LINHARTOVÁ, P. *Zjišťování intimity při provádění očištného klyzmatu*. Bakalářská práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2007.
22. LORENZOVÁ, D. et al. *Zdravotní péče o muslimské pacienty, Stručná příručka pro vojenské lékaře působící v zahraničí*. 1. vyd. Hradec Králové: Vojenská lékařská akademie Jana Evangelisty Purkyně, 1999. 20 s. ISBN 80-85109-10-7.
23. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1399-3.
24. MASTILIAKOVÁ, D. *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče a respektování jejich transkulturní/multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita Ostrava, 2003. s. 120. ISBN 80-7042-344-7.

25. MICHÁLKOVÁ, H., ŠEDOVÁ, L., TÓTHOVÁ, V. Specifika ošetrovateľskej
péče u vietnamskej minority. *Sestra*, 2009, roč. 19, č.12, s.26-27.
ISSN 1210-0404.
26. MIKŠOVÁ, Z. et al. *Kapitoly z ošetrovateľskej péče I*. Praha: Grada Publishing,
2006. ISBN 80-247-1442-6.
27. NAVRÁTIL, P. a kol. *Romové v českej spoločnosti*. 1. vyd., Praha: Portál, 2003.
224 s. ISBN 80-7178-741-8.
28. MLÝNKOVÁ, J. Vietnamská kultura v ošetrovateľskej péči. *Florence*, 2009,
roč. 5, č. 10, s. 33-35. ISSN 1801-464X.
29. NEWMAN, G., DAVIDHIZAR, J., ELAIN, R. *Transcultural nursing:
assessment a intervention*. 5. vyd., St. Louis: Mosby, 2007. 688 s.
ISBN 0-323-02295-2.
30. ONDRÁŠ, F. Kulturné zvláštnosti arabských klientov v českých zdravotníckych
zariadeniach na príklade Lázní Teplice v Čechách. *Florence*, 2007, roč. III, č. 7-8,
s. 334. ISSN 1801-464X.
31. OSTRAVSKÁ UNIVERZITA. *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní
péče: respektování jejich transkulturních a multikulturních odlišností v rámci
českého právního řádu*. 1. vyd., Ostrava: 2003. 120 s. ISBN 80-7042-344-7.
32. OSTRAVSKÁ UNIVERZITA. ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA. *Česká
společnost na prahu vstupu do Evropské unie: podpora multikulturního
ošetrovateľského prístupu v celoživotním zdravotníckem vzdelávaní*. Zdravotně
sociální fakulta Ostravské univerzity, 2005. 209 s. ISBN 8070423498.
33. PAVLÍKOVÁ, E, SLÁDEK, K, a kol., *Sociální situace a religiozita
ukrajinských migrantů v ČR*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2009.
ISBN 978-80-86818-95-5.
34. RALBOVSKÁ, R. Aspekty Judaismu v ošetrovateľství. *Florence*, 2009, roč. V,
č. 1, s. 35-36. ISSN1801-464X.
35. RYŠLINKOVÁ, M. *Česká sestra v arabském světě. Multikulturní
ošetrovateľství v praxi*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2009. 123 s.
ISBN 978-80-247-2856-8.

36. SAADOUNI, Š. Multikulturní péče je především o člověku. *Zdravotnické noviny*, 2008, roč. 57, č. 21, s. 16-18. ISSN 0044-1996.
37. SEDLÁKOVÁ, G. Rešpektovat tradície a rituály. *Sestra*. Bratislava: 2005, roč. IV, č. 11, s. 14-15. ISSN 1335-9444.
38. SCHOLZ, P. *Čínský pacient v českém zdravotnictví*. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta - Diplomová práce
39. SCHOLZ, P., TÓTHOVÁ, V. Specifika v ošetrování příslušníků čínské minoritní skupiny v České republice. *Kontakt*, 2009, roč. 11, č. 1, s. 210-217. ISSN 1212-4117.
40. ŠIŠKOVÁ, T. a kol. *Menšiny a migranti v České republice: my a oni v multikulturní společnosti 21. století*. 1.vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-648-9.
41. ŠAMÁNKOVÁ, M. *Základy ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1091-4.
42. ŠPIRUDOVÁ, L., KRÁLOVÁ, J., NEMČEKOVÁ, M. Jak české sestry vnímají pacienty vybraných kultur a národností? *Ošetrovatelství*, 2006, roč. 8, č. 3-4, s. 69-80. ISSN 1212-723X.
43. ŠPIRUDOVÁ, L. et al. *Multikulturní ošetrovatelství II*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1213-X.
44. ŠVAGROVÁ, S. *Zajištění intimity pacienta na standardním oddělení, ARO, JIP*. Bakalářská práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2007.
45. TÓTHOVÁ, V., ROLANTOVÁ, L., MICHÁLKOVÁ, H. K problematice zajištění kulturně diferencované ošetrovateľské péče ve vybraných minoritách České republiky. *Kontakt*, 2009, roč. 11, č.2, s.282-291. ISSN 1212-4117.
46. TÓTHOVÁ, V., SEDLÁKOVÁ, G. K problematice vyšších potřeb v ošetrovateľské péči o vietnamskou minoritu. *Kontakt*, 2006, roč. 8, č. 1, s. 36-43. ISSN 1212-4117.

47. TÓTHOVÁ, V. a kol. *Zabezpečení efektivní ošetrovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu*. 1.vyd. Praha: Triton, 2010. 195 s. ISBN: 978-80-7387-414-8.
48. TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd., Brno: NCONZO, 2001. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
49. VACHKOVÁ, E. Specifika multikulturní ošetrovatelské péče na porodním sále. *Ošetrovatelství*, 2008, roč. 10, č. 1-2, s. 33-37. ISSN 1212-723X.
50. VELKOBORSKÁ, J., SMUTNÁ, J. Základy ošetrovatelství pacientů islámské komunity. *Sestra*, 2009, roč. 19, č. 3, s. 22-23. ISSN 1210-0404.
51. ZAJÍČKOVÁ, M. Ochrana soukromí a osobnosti v českém zdravotnictví. *Florence*, 2008, roč.4, č.10, s.363-364. ISSN 1801-464X.

8. Klíčová slova

Etnikum

Intimita

Kultura

Minorita

Multikulturní ošetřovatelství

Náboženství

Národnost

Potřeba

9. Přílohy

9.1 Seznam příloh

Příloha 1 – Dotazník pro sestry

Příloha 2 – Dotazník pro širší veřejnost

Příloha 3 – Dotazník pro širší veřejnost v anglickém jazyce

Příloha 4 – Výzkumné otázky pro zástupce minoritních skupin

Příloha 5 – Základní pojmy v multikulturním ošetřovatelství

Příloha 1 Dotazník pro sestry

Vážená paní, vážený pane,

dostáváte do rukou dotazník, který je určen k získání informací pro vypracování diplomové práce na téma: Potřeba intimity a její zajištění v ošetrovatelské péči u vybraných minoritních skupin.

Získané materiály budou zpracovávány studentkou 2. ročníku Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulty, navazujícího magisterského studia, oboru ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech.

Dotazník je anonymní a získané údaje budou použity pouze pro účely diplomové práce.

Při vyplňování prosím zakroužkujte nebo při vyplňování elektronickou formou zvýrazněte Vámi zvolenou odpověď, otázku zodpovězte vlastními slovy nebo doplňte odpověď „a jiné“. Zodpovězte prosím všechny otázky!

Za Vaši ochotu a čas věnovaný vyplnění dotazníku předem děkuji.

Bc. Dana Pincová

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- A) žena
- B) muž

2. Kolik je Vám let?

- A) do 30 let
- B) 31- 40 let
- C) 41- 50 let
- D) 51 – 60 let
- E) 61 a více let

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- A) SZŠ
- B) Vyšší odborné (DiS.)
- C) PSS (doplňte obor)
- D) VŠ Bc.
- E) VŠ Mgr
- F) a jiné (doplňte).....

4. V jakém kraji se nachází zdravotnické zařízení ve kterém pracujete? (prosím doplňte)

.....

5. Na jakém typu oddělení pracujete?

- A) ambulance (doplňte obor)
- B) lůžkové oddělení (doplňte obor).....
- C) operační sál (doplňte obor)
- D) ARO / JIP
- E) a jiné (doplňte).....

5. Jak dlouho pracujete na současném pracovišti?

- A) méně než 1 rok
- B) 2 - 5 let
- C) 6 - 10 let
- D) 11 - 20 let
- E) 21 a více let

6. Co si představíte pod pojmem intimita? (je možné označit více odpovědí)

- A) soukromí
- B) nahotu
- C) stud
- D) útulnost
- E) důvěrnost
- F) jiné (doplňte).....

7. Setkal/a jste se ve své ošetrovatelské praxi s členem některé z minoritních skupin žijících v České republice?

- A) ano
- B) ne
- C) nevím

8. Pokud ano, s členem které? (je možné označit více odpovědí)

- A) islámské/muslimské
- B) jehovistické
- C) ukrajinské
- D) hinduistické
- E) vietnamské
- F) romské
- G) judaistické (židovské)
- H) křesťanské
- CH) slovenské
- I) jiné (doplňte).....

9. Myslíte si, že při ošetřování výše jmenovaných členů minoritních skupin existují specifika v potřebě intimity?

- A) ano
- B) ne
- C) nevím

10. Pokud si myslíte, že ano, u kterých minoritních skupin a jaká?

(je možné označit více odpovědí)

- A) Islamisté/muslimové,
- B) Svědek Jehovův.....
- C) Ukrajinci,.....
- D) Hinduisté,.....
- E) Vietnamci,.....
- F) Romové,.....
- G) Judaisté (židé),.....
- H) Křesťané,.....
- CH) jiné (doplňte).....

11. Jakým způsobem je možné jejich potřebu intimity chránit?

(je možné označit více odpovědí)

- A) zbytečně je neodhalovat
- B) vyhovět přání být vyšetřen mužem / ženou lékařem
- C) při vyšetření zajistit soukromí v ordinaci
- D) pokud si pacient přeje a je to možné je mu ponechána část oděvu
- E) vyhovět přání mít u sebe při vyšetření člena rodiny nebo jinou blízkou osobu
- F) nabídnout jednorázové oblečení, které odkrývá pouze vyšetřovanou část těla
- G) používáním zástěny
- H) jiné (doplňte).....

12. Jste schopni na Vašem oddělení zajistit potřebu intimity u člena minoritní skupiny?

- A) ano
- B) ne
- c) nevím

13. Pokud ano, jakým způsobem?

- A).....
- B).....
- C).....
- D).....
- E).....
- F).....

14. Dokážete se jako sestra dorozumět s pacientem v některém z těchto jazyků?

(je možné označit více odpovědí)

- A) angličtina
- B) němčina
- C) francouzština
- D) ruština
- E) španělština
- F) arabština
- G) vietnamština
- H) a jiné (prosím doplňte)

15. Máte ve Vašem zdravotnickém zařízení možnost využít služeb překladatele?

- A) ano
- B) ne
- C) nevím

16. Byl/a jste někdy na nějaké vzdělávací akci, která se týkala specifík v ošetrovateľskej péči o členy minoritných skupín?

- A) ano
- B) ne
- C) myslím, že žádné neexistují

17. Máte na oddělení vypracovaný standardní ošetrovateľský postup „Péče o pacienta z jiné než majoritní společnosti“?

- A) ano
- B) ne
- C) nevím

18. Pokud ano, jaký?

- A) všeobecný
- B) zaměřený na ošetrovateľskou péči o člena: (doplňte)

.....
.....

19. Pracoval/a jste někdy jako sestra v jiné zemi?

- A) ano
- B) ne

20. Pokud ano, v jaké a jak dlouho?

- A)
- B)
- C)
- D)

21. Snažíte se při ošetřování pacienta vcítit do jeho pocitu a snažíte se uspokojit jeho potřeby?

- A) ano
- B) ne
- C) někdy

22. Byl/a jste již osobně v roli pacienta?

- A) ano
- B) ne

23. Změnilo se Vaše uvažování o potřebách v oblasti intimity pacientů po vlastní zkušenosti?

- A) ano
- B) ne

Příloha 2 Dotazník pro širší veřejnost

Vážená paní, vážený pane,

dostáváte do rukou dotazník, který je určený k získání informací pro vypracování diplomové práce na téma: Potřeba intimity a její zajištění v ošetrovateľské péči u vybraných minoritních skupin.

Získané materiály budou zpracovávány studentkou 2. ročníku Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulty, navazujícího magisterského studia, oboru ošetrovateľství ve vybraných klinických oborech.

Dotazník je anonymní a získané údaje budou použity pouze pro účely diplomové práce.

Při vyplňování prosím zakroužkujte nebo při vyplňování elektronickou formou zvýrazněte Vámi zvolenou odpověď, otázku zodpovězte vlastními slovy nebo doplňte odpověď „a jiné“. Zodpovězte prosím všechny otázky!

Za Vaši ochotu a čas věnovaný vyplnění dotazníku předem děkuji.

Bc. Dana Pincová

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- A) žena
- B) muž

2. Kolik je Vám let?

- A) do 25 let
- B) 26 - 30 let
- C) 31- 40 let
- D) 41 – 50 let
- E) 51 – 60 let
- F) 61 a více let

3. Ke které z vyjmenovaných skupin se řadíte nebo se cítíte být?

(je možné označit více odpovědí)

A) Islamista/muslim

B) Svědek Jehovův

C) Ukrajinec

D) Hinduista

E) Vietnamec

F) Rom

G) Judaista (žid)

H) Křesťan

CH) Čech

I) Slovák

J) jiné (doplňte).....

4. Byla Vám ve zdravotnickém zařízení někdy položena otázka zda máte specifické (zvláštní) potřeby v oblasti kulturně-sociální (např. v souvislosti s náboženstvím)?

A) ano

B) ne

5. Co si představíte pod pojmem ochrana intimity? (je možné označit více odpovědí)

A) mít zakryté intimní části těla

B) možnost volby zda být vyšetřen/a mužem nebo ženou

C) mít možnost, aby byl při vyšetření blízký člověk

D) mít možnost ponechat si část oděvu, event. být vyšetřen/a přes oděv

E) soukromí ve vyšetřovací místnosti

F) mít možnost odmítnout přítomnost studentů

G) jiné (doplňte).....

6. Byla Vám někdy ve zdravotnickém zařízení dána možnost být ošetřen/a mužem nebo ženou lékařem?

A) ano

B) ne

7. Měla jste pocit, že je ve zdravotnickém zařízení dostatečně chráněna Vaše intimita?

A) ano

B) ne

8. Pokud ano, jakým způsobem a na kterém typu oddělení?

(např. gynekologická ambulance, odd.chirurgie, operační sál, pohotovost atd.)

.....

.....

.....

.....

9. Pokud ne, ve kterých situacích a jakým způsobem k tomu docházelo?

.....

.....

.....

.....

10. Jak si představujete, že by měla být Vaše intimita ve zdravotnickém zařízení chráněna?

.....

.....

.....

11. Byly Vám někdy během ošetření nebo hospitalizace ve zdravotnickém zařízení dány najevo předsudky vůči Vašemu náboženskému nebo kulturnímu zaměření?

A) ano

B) ne

12. Pokud ano, jakým způsobem?

.....

.....

.....

.....

13. Pokud jste byl/a hospitalizována (hospitalizace = pobyt v nemocničním zařízení):
Měl/a jste možnost vykonávat činnosti související s Vaším kulturou?

A) ano

B) ne

14. Pokud ne, proč si myslíte, že tomu tak bylo?

.....

.....

.....

15. Pokud ano, které činnosti a jakým způsobem Vám to bylo umožněno?

.....

.....

.....

.....

Příloha 3 Dotazník pro širší veřejnost v anglickém jazyce

Questionnaire for general public

Dear madam, dear sir,

You got a chance to fill the questionnaire which role is to become a source for getting some information for dissertation work with the topic: Intimacy needs and how to manage them for some chosen minority groups during their treatment (nursing).

Gained materials will be processed and finalized by second grade student (female) at The University of South Bohemia in České Budějovice, Faculty Health and Social Studies, Master's degree programme (Mgr), consequential studies – specialization: Nursing in some selected clinical branches.

Questionnaire is anonymous and the gained data will be used only for dissertation work purpose.

Please, for filling (by pen) use a circle and for filling electronically you are kindly asked to highlight the answer you have chosen. In the case, you are willing to answer the questions, please use your own words to express your opinion or only fill „other“. You are kindly asked to answer all questions you are applied for.

Thank you for your time and willingness to fill the questionnaire.

Bc. Dana Pincová

1) Your sex?

A) female

B) male

2) What is your age?

- A) under 25
- B) 26 - 30
- C) 31- 40
- D) 41 – 50
- E) 51 – 60
- F) 61 and over

3) Which of below listed groups are you a member or you incline to?

(It is possible to circle more than one answer)

- A) Islamist/Muslim
- B) Ukrainian
- C) Hindu
- D) Vietnamese
- E) Romany
- F) Jew
- G) Christian
- H) Czech
- CH) Slovak
- I) Other (please specify).....

4) Did anyone lay a question to you during your stay in the medical centre or in a hospital about your special needs in social or culture matters (for example in connection with your religion) ?

- A) Yes
- B) No

5) What is your imagination about intimacy protection ?

(It is possible to circle more than one answer)

A) covering intimate parts of the body

B) to have a chance of choice to choose for medical examination male or female medical staff

C) possibility for your close person or relative to join you during a medical examination

D) to get a chance to hold on some parts of clothes or alternatively pass a medical examination via clothes

E) privacy in the checkup lab

F) possibility to refuse students' attendance

G) other (please, add your own opinion and use your own words).....

.....

.....

6) Have you ever been offered to choose female or male doctor for your medical treatment in any medical centre or hospital?

A) Yes

B) No

7) Did you feel safety enough about your intimacy protection in the medical centre or a hospital?

A) Yes

B) No

8) If yes, how and in which department of a medical centre or a hospital?

(for example at a gynaecological ambulance, in a surgery (chart room) and an ambulance, at an emergency etc.)

.....
.....

9) If no, in which situations did it happen and how?

.....
.....

10) What is your imagination about your intimacy protection in the medical centres or hospitals should be provided?

.....
.....

11) Have you ever met any kind of prejudice against your religion or cultural background during your nursing/treatment or stay in a hospital or medical centre?

A) Yes

B) No

12) If yes, how?

.....
.....

13) In the case, you were hospitalized (hospitalization means a stay in a hospital or medical centre), did you have a possibility to practice activities related to your culture?

A) Yes

B) No

14) If no, what do you think about the reason why not?

.....
.....

15) If yes, which activities you were allowed to practice and how ?

.....
.....

Příloha 4 Výzkumné otázky pro členy minoritních skupin

1. Jak si představujete, že by měla být při ošetření nebo hospitalizaci chráněna Vaše potřeba intimity?
2. Měl/a jste při ošetření nebo hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení pocit, že je Vaše potřeba intimity dostatečně chráněna?
3. Jaké počínání v oblasti potřeby intimity jste schopni ještě tolerovat a jaké ne?
4. Jak by měly sestry změnit své chování vůči Vám, jako členu minoritní skupiny?

Příloha 5 - Základní pojmy v multikulturním ošetrovatelství

Diskriminace je znevýhodnění jedné skupiny vůči druhé. Jde o proces odepření příznivé příležitosti určitému jedinci či skupině etnicky, kulturně nebo rasově odlišné.

Etnikum je skupina lidí, kterou spojuje společný původ, zvláštní kulturní znaky, především jazyk, tradice a mentalita.

Etnická skupina je společenství lidí, jehož účast je dána narozením a členové tohoto společenství sdílejí pocit sounáležitosti. Je to označení skupiny, historicky vzniklé, se společnými a specifickými znaky. Těmi jsou především jazyk, kultura, náboženství, barva kůže, geografický původ aj. Příslušníci etnických skupin udržují a šíří kulturní a sociální dědictví z generace na generaci.

Etnicita je souhrn vlastností a zvyků určujících etnikum.

Kulturní vzory jsou naučená a závazná schémata pro jednání v běžných situacích, která se navenek projevují v podobě obyčejů, zvyků, mravů a zákonů.

Marginalita je opakem majority. Jde o odsouvání jedince či skupiny do méně významného postavení, bytí na okraji společnosti.

Národ je společenství lidí, kteří se hlásí ke stejné národnosti.

Národnost je příslušnost k určitému etniku nebo národu.

Předsudky jsou nezdůvodněné postoje a stanoviska, která si lidé osvojují pod vlivem prostředí nebo je přebírají od některé autority.

Rasa z pohledu biologického vyjadřuje genetické dědictví, které se projevuje odlišnými fyzickými rysy.

Rasismus je teorie o nadřazenosti lidských ras a etnických skupin či nenávist k lidem určité rasy. Krajním projevem rasismu je genocida, snaha „podřazenou“ skupinu úplně vyhubit.

Segregace vyjadřuje fyzické oddělení dvou skupin. Často vnucené menšinové skupině, skupinou dominantní.

Socializace je proces začlenění jedince do sociální skupiny, při kterém si osvojuje normy skupiny, její hodnoty, učí se sociálním rolím, dovednostem a schopnostem, které jsou spojené s určitými pozicemi.

Stereotypy jsou mínění o osobách, skupinách či objektech, která nejsou přímou zkušeností člověka. Jsou přebírány a udržovány tradicí. Jsou to zjednodušené, nespolehlivé, jednotvárné, ustálené a navyklé vzorce chování a myšlení.

Xenofobie je pocit strachu z cizího či neznámého.