

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

**VYUŽITÍ MODELU KULTURNÍCH KOMPETENCÍ V ČESKÉ
OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI**

Autor: Mgr. Zuzana Škorníčková

Školitel: Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.

Disertační práce

2019

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 07. 03. 2019

Zuzana Škorníčková

PODĚKOVÁNÍ

Toto poděkování věnuji všem osobám, které mě při studiu a tvorbě práce byli nápomocni. Na prvním místě bych velmi ráda poděkovala své rodině, která mě po celou dobu podporovala a byla oporou ve chvílích, kdy jsem klesala na mysli.

Ráda bych poděkovala své školitelce Mgr. Markétě Moravcové, Ph.D. nejen za odborné vedení, cenné připomínky, rady a podněty při tvorbě práce, ale také za motivaci a podporu při studiu, kterou mi věnovala.

Stejně tak mé velké díky patří vedení, zaměstnancům a kolegům z Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice a zaměstnancům Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, kteří mi poskytovali zpětnou vazbu během studia. Děkuji také širokému kolektivu zaměstnanců nemocnic v Pardubickém kraji a všem respondentům, bez jejichž spolupráce a pomoci by nebylo možné výzkum realizovat a dokončit.

VYUŽITÍ MODELU KULTURNÍCH KOMPETENCÍ V ČESKÉ OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI

Abstrakt

Práce je zaměřena na zjištění a definování kulturních specifíků, která by mohla mít vliv na přijímání a poskytování ošetrovatelské péče v českých zdravotnických zařízeních. Kulturní specifika byla zjišťována u čtyř minoritních skupin, které jsou na území České republiky zastoupeny v největším počtu. Jedná se o tři minoritní skupiny národnostní a jednu náboženskou. Národnostní minority zastupovali příslušníci ukrajinské, vietnamské a romské minority a náboženskou minoritu zastupovali vyznavači islámu. V teoretické části jsou vymezena jejich kulturní specifika, včetně vybraných kulturních tradic.

Teoretický rámec pro jednotlivé fáze výzkumného šetření, tvořil, jak vyplývá z názvu práce, konceptní model - Model kulturních kompetencí dle Purnella, který se prolíná celým výzkumným šetřením.

V práci je popsána současná situace migrační politiky a situace migrace jako takové. Dále je vymezena problematika národnostních menšin na území České republiky, kdy nejvíce zastoupenými národnostmi jsou občané z Ukrajiny, Slovenska a Vietnamu. Dalšími frekventovanými národnostmi v České republice jsou ruská, polská a německá. Díky volnému pohybu lidí, cestování a migraci je na denním pořádku péče o lidi, kteří nejsou občany České republiky, a dostanou se do zdravotnických zařízení.

Pro dosažení stanovených cílů byla v empirické části disertační práce využita kombinace kvalitativních metod sběru a analýzy dat, tzv. ad hoc design. Výzkumné šetření se skládalo ze čtyř na sebe navazujících fází.

První fáze výzkumného šetření byla zaměřena na vytvoření české jazykové verze Modelu kulturních kompetencí Larryho D. Purnella pomocí opakovaného zpětného překladu. Celkem bylo překládáno 89 výrazů. Naprostá shoda nastala u všech aktérů překladu u 37 (41,6 %) výrazů. V osmi případech (9 %) byly překládané výrazy významově odlišné, ale dohodnout se na výsledném výrazu bylo bezproblémové. Ve třech výrazech (3,37 %) se jednotlivé české varianty lišily také významově a překlad neodpovídal kontextu. Pomocí českých a anglických výkladových slovníků lingvista výsledné výrazy přepracoval. U 38 (42,7 %) výrazů se vyskytovala synonyma, rozdíly v singuláru a plurálu byly u tří překládaných výrazů (3,4 %). Všechny rozdíly, které se při překladech objevily, pravděpodobně vyplývaly z rozdílné aktivní slovní zásoby jednotlivých překladatelů

a v takových případech byla lingvistou vybrána ta varianta, která nejvíce odpovídá originálnímu významu.

Ve druhé fázi byly provedeny polostrukturované rozhovory s příslušníky vybraných minoritních skupin (Romové, Vietnamci, Ukrajinci a vyznavači islámu) ke zjištění specifík, která mohou ovlivňovat poskytovanou péči ve zdravotnickém zařízení. Rozhovory probíhaly ve zdravotnických zařízeních během hospitalizace dotazovaných a u dotazovaných, kteří byli ze zdravotnického zařízení propuštěni a byli do jednoho měsíce po dimisi, probíhaly rozhovory ve výukových prostorách zdravotnických zařízení. Respondenty tvořilo sedm příslušníků ukrajinské minority, 5 příslušníků vietnamské minority, 5 příslušníků romské minority a 5 vyznavačů islámu. Mezi hlavní oblasti, ve kterých se specifika promítla, patřily rodinné vazby, stravování, rituály spojené s umíráním, komunikace a také přístup ke zdraví. Velký vliv má také náboženství a víra, kterou jedinci vyznávají.

Cílem třetí fáze výzkumného šetření bylo navrhnout takový záznam ošetrovatelské péče, po jehož vyplnění by nelékařský zdravotnický personál získal odpovědi na otázky, jaká specifika se vyskytují u příslušníků minoritních skupin, která by mohla mít vliv na péči, a jak může nelékařský zdravotnický personál poskytovat péči, která bude přínosná a akceptovatelná jak klienty, tak právě samotným personálem. Podkladem pro tvorbu pilotního záznamu ošetrovatelské péče byl Model kulturních kompetencí a zjištěná specifika získaná z rozhovorů s příslušníky vybraných minoritních skupin, která mohou mít vliv na poskytování kulturně kompetentní péče. Při tvorbě pilotního záznamu ošetrovatelské péče byla využita i stávající ošetrovatelská dokumentace využívaná ve zdravotnických zařízeních a v neposlední řadě vlastní zkušenosti výzkumníků. Byly vytvořeny dvě genderově odlišné varianty.

Ve čtvrté fázi byla ověřována uživatelská přívětivost záznamu ošetrovatelské péče u nelékařského zdravotnického personálu, který ji ve své práci může využívat. Zpětná vazba na navržený pilotní záznam ošetrovatelské péče probíhala ve dvou focus group. Focus group 1 byla s nelékařským zdravotnickým personálem a focus group 2 s manažery ošetrovatelské péče. Výpovědi všech účastníků focus group 1 a focus group 2 poskytly zpětnou vazbu na vytvořený pilotní záznam ošetrovatelské péče pro klienty z minoritních skupin.

Na základě výpovědí byl pilotní záznam upraven do podoby, která je nyní připravena pro ověření v praxi.

Klíčová slova

Kulturní kompetence, multikulturní ošetrovatelství, Purnell, transkulturní ošetrovatelství.

USING THE PURNELL MODEL FOR CULTURAL COMPETENCE IN CZECH NURSING PRACTICE

Abstract

The work is focused on identifying and defining cultural specifics that could influence the reception and provision of nursing care in Czech healthcare facilities. Cultural specifics were found in four minority groups, which are represented in the Czech Republic in the largest number. These are three national minority groups and one religious minority group. National minorities represented members of the Ukrainian, Vietnamese and Gypsies minorities and the religious minority was represented by Muslims. Their cultural specifics, including selected cultural traditions are defined in theoretical part.

The theoretical framework for the individual phases of the research survey formed, as the title suggests, the conceptual model - Purnell's model of cultural competences, which interferes throughout the whole research.

This work describes the current situation of migration policy and the migration as a whole. Furthermore, it includes the issue of national minorities in the Czech Republic, with the most represented nationalities being citizens of the Ukraine, Slovakia and Vietnam. Other frequent nationalities in the Czech Republic are Russians, Polish and German. Thanks to the free movement of people, traveling and migration, the care for people who are not citizens of the Czech Republic has become daily routine in the most healthcare facilities.

To achieve the goals, a combination of qualitative methods of data collection and analysis called ad hoc design, was used in the empirical part of the dissertation work. The research survey was divided into four consecutive phases.

The first phase of the research focused on creating a Czech language version of Larry D. Purnell's Cultural Competence Model by means of repeated reverse translation. Altogether, 89 terms have been translated. 37 of them (41.6%) were translated by all actors in absolutely same way. In eight cases (9%), the translated terms were meaningfully different, but there was no problem on finding the final best expression. Three phrases (3.37%) meant, in the Czech language, something else and the translation did not correspond with the context. The linguist corrected the final translation using the Czech and English interpreting dictionaries. There were synonyms in 38 expressions (42.7%) and in three translations (3.4%) there were differences in singular and plural. All the differences that appeared in all translations were probably due to the different active vocabulary of individual translators, and in such cases the linguist chose the closest translation to the original meaning.

In the second phase, semi-structured interviews with members of selected minority groups (Gypsies, Vietnamese, Ukrainians, and Muslims) were conducted to identify specifics that may have an effect on the care provided in healthcare facility. Interviews were conducted in hospitals during hospitalization of the interviewees. Further interviews took place in the educational facilities of the hospitals with interviewees who have been released from the facility within one month. The group of respondents consisted of seven members of the Ukrainian minority, 5 members of the Vietnamese minority, 5 members of the Gypsy minority and 5 Muslims. The main areas in which the differences were significant were family ties, eating, rituals associated with dying, communication and also different approach to health. The religion and belief had also great influence.

The aim of the third phase of the research was to propose such a record of nursing care, after which the non-medical staff would receive answers to questions about the specifics of the minority groups which might have influence on care and how paramedical staff can provide the care so as to be beneficial and acceptable to both clients and staff themselves. The basis for the creation of a pilot record of nursing care was the Model of Cultural Competencies and all the differences which were found during interviews with members of selected minority groups might have effect on the provision of culturally competent care. When creating a pilot record of nursing care, the existing nursing documentation was used and, last but not least, also the own experience of researchers. At the end, there were two gender variants created.

In the fourth phase, the user-friendliness of the nursing care record was tested on the non-medical healthcare staff that could use it during their work. The feedback on the proposed pilot record of nursing care was collected in two focus groups. Focus group No.1 was made up of non-medical healthcare staff and focus group No.2 of nursing managers. The testimonies of all participants in group No.1 and group No.2 provided needed feedback on the Nursing Care Pilot Record for clients from minority groups.

The main record was modified based on testimonies to a form that is now ready for its verification in practice.

Keywords

Cultural competence, multicultural nursing, Purnell, transcultural nursing.

Obsah

Obsah	8
0 Úvod	14
Cíle práce a vymezení předmětu výzkumu	16
1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA	17
1.1 Současná situace	17
1.2 Čerpání zdravotní péče cizinci	19
2 Transkulturní přístup v ošetrovatelství	23
2.1 Teorie transkulturního ošetrovatelství	25
2.1.1 Model vycházejícího slunce	26
2.2 Model kulturních kompetencí dle Larryho D. Purnella	27
2.2.1 Charakteristika modelu	28
2.2.2 Výzkumná šetření s využitím Modelu kulturních kompetencí	32
3 Vietnamská minorita a vybraná specifika	40
3.1 Historický vývoj	40
3.2 Specifika vietnamské minority	42
4 Romská minorita a vybraná specifika	46
4.1 Demografie a situace Romů od historie po současnost	46
4.2 Specifika romské minority	50
5 Vyznavači islámu a vybraná specifika	55
5.1 Základy islámu	57
5.2 Muslimové v České republice	60
5.3 Specifika muslimské minority	61
6 Ukrajinská minorita a vybraná specifika	64
6.1 Specifika ukrajinské minority	67
7 Dokumentace ve zdravotnictví	69
7.1 Zdravotnická dokumentace	69
7.1.1 Ošetrovatelská dokumentace	71
8 Cíle práce a výzkumné otázky	74
8.1 Cíle práce	74
8.2 Výzkumné otázky	74

8.3 Operacionalizace pojmů	74
9 Výzkumný design a metodika	76
9.1 První fáze výzkumného šetření – Vytvoření české jazykové verze Modelu	77
9.1.1 Opakovaný zpětný překlad	77
9.2 Druhá fáze výzkumného šetření - Polostrukturované rozhovory s příslušníky minoritních skupin	78
9.2.1 Průběh 2. fáze výzkumného šetření	79
9.3 Třetí fáze výzkumného šetření – Vytvoření záznamu ošetřovatelské péče	83
9.4 Čtvrtá fáze výzkumného šetření – Ověření uživatelské přívětivosti záznamu ošetřovatelské péče	84
10 Výzkumné soubory	87
10.1 Výzkumné soubory ve 2. fázi výzkumného šetření – polostrukturované rozhovory s příslušníky minoritních skupin	87
10.1.1 Výzkumný soubor A - Ukrajinská minorita	88
10.1.2 Výzkumný soubor B - Romská minorita	88
10.1.3 Výzkumný soubor C - Vietnamská minorita	89
10.1.4 Výzkumný soubor D - Vyznavači islámu	89
10.2 Výzkumný soubor ve focus group	90
10.2.1 Výzkumný soubor focus group 1	90
10.2.2 Výzkumný soubor focus group 2	91
11 Výsledky jednotlivých fází výzkumného šetření	92
11.1 Výsledky 1. fáze výzkumného šetření - opakovaný zpětný překlad	92
11.2 Výsledky 2. fáze výzkumného šetření - polostrukturované rozhovory	95
11.2.1 Vyhodnocení rozhovorů - soubor A - Ukrajinci	95
11.2.2 Vyhodnocení rozhovorů - soubor B - Romové	110
11.2.2.1 Shrnutí zjištěných specifik romské minority	121
11.2.3 Vyhodnocení rozhovorů - soubor C - Vietnamci	122
11.2.4 Vyhodnocení rozhovorů - soubor D – Vyznavači islámu	134
11.3 Výsledky - Tvorba záznamu ošetřovatelské péče	150
11.4 Výsledky 4. fáze výzkumného šetření – ověření uživatelské přívětivosti záznamu ošetřovatelské péče	152
11.4.1 Výsledky focus group 1	152
11.4.2 Výsledky focus group 2	161
11.4.3 Shrnutí focus group 1 a focus group 2	170
12 Diskuse	176

12.1 Česká jazyková verze modelu kulturních kompetencí.....	176
12.2 Kulturní specifika vybraných minoritních skupin.....	177
12.2.1 Diskuse k výsledkům výzkumného souboru A – Ukrajinci.....	178
12.2.2 Diskuse k výsledkům výzkumného souboru B – Romové.....	180
12.2.3 Diskuse k výsledkům výzkumného souboru C – Vietnamci.....	182
12.2.4 Diskuse k výsledkům výzkumného souboru D – Vyznavači islámu	185
12.3 Záznam ošetrovatelské péče	187
Limitace výzkumu	189
13 Závěr	190
Doporučení pro praxi	191
14 Seznam bibliografických citací	193
15 Přílohy	204

Seznam obrázků

Obrázek 1 Model kulturních kompetence (Purnell, 2013)	32
Obrázek 2 Výzkumný design.....	76
Obrázek 3 Ukázka kódování textu.....	81
Obrázek 4 Code manager.....	81
Obrázek 5 Family manager.....	82
Obrázek 6 Kategorizace dat.....	82
Obrázek 7 Citace v ATLAS.ti.....	83
Obrázek 8 Záznam ošetrovatelské péče.....	175
Obrázek 9 Model kulturních kompetencí (Purnell, 2013).	210
Obrázek 10 Souhlas L. Purnella s překladem Modelu.....	211
Obrázek 11 Česká verze Modelu kulturních kompetencí.....	231

Seznam tabulek

Tabulka 1 Čerpání zdravotní péče cizinci v Pardubickém kraji	21
Tabulka 2 Výzkumný soubor A – Ukrajinská minorita.....	88
Tabulka 3 Výzkumný soubor B – Romská minorita	88
Tabulka 4 Výzkumný soubor C – vietnamská minorita	89
Tabulka 5 Výzkumný soubor D - Vyznavači islámu.....	89
Tabulka 6 Charakteristika účastnic Focus group 1	90
Tabulka 7 Charakteristika účastnic Focus group 2	91
Tabulka 9 Domény a kategorie Ukrajinci.....	95
Tabulka 10 Přehled/dědictví/topografie „A“	96
Tabulka 11 Komunikace „A“	97
Tabulka 12 Role a organizace v rodině „A“	98
Tabulka 13 Problematika pracovních sil „A“	99
Tabulka 14 Biokulturní ekologie „A“	100
Tabulka 15 Vysoce rizikové chování „A“	101
Tabulka 16 Výživa „A“	101
Tabulka 17 Rituály smrti „A“	103
Tabulka 18 Spiritualita „A“	104
Tabulka 19 Praktiky zdravotní péče „A“	105
Tabulka 20 Poskytovatelé zdravotní péče „A“	107
Tabulka 21 Těhotenství „A“	108
Tabulka 22 Domény a kategorie Romové	110
Tabulka 23 Přehled/dědictví/topografie „B“	111
Tabulka 24 Komunikace „B“	111
Tabulka 25 Role a organizace v rodině „B“	112
Tabulka 26 Problematika pracovních sil „B“	113
Tabulka 27 Biokulturní ekologie „B“	114
Tabulka 28 Vysoce rizikové chování „B“	115
Tabulka 29 Výživa „B“.....	116
Tabulka 30 Rituály smrti „B“	117
Tabulka 31 Spiritualita „B“	118
Tabulka 32 Praktiky zdravotní péče „B“	119
Tabulka 33 Poskytovatelé zdravotní péče „B“	120
Tabulka 34 Těhotenství „B“	120
Tabulka 35 Domény a kategorie Vietnamci	122
Tabulka 36 Přehled/dědictví/topografie „C“	123
Tabulka 37 Komunikace „C“	124
Tabulka 38 Role a organizace v rodině „C“	125
Tabulka 39 Problematika pracovních sil „C“	126
Tabulka 40 Biokulturní ekologie „C“	127
Tabulka 41 Vysoce rizikové chování „C“	128
Tabulka 42 Výživa „C“.....	128
Tabulka 43 Rituály smrti „C“	129

Tabulka 44 Spiritualita „C“	130
Tabulka 45 Praktiky zdravotní péče „C“	131
Tabulka 46 Poskytovatelé zdravotní péče „C“	132
Tabulka 47 Těhotenství „C“	132
Tabulka 48 Domény a kategorie Vyznavači islámu	134
Tabulka 49 Přehled/dědictví/topografie „D“	135
Tabulka 50 Komunikace „D“	135
Tabulka 51 Role a organizace v rodině „D“	137
Tabulka 52 Problematika pracovních sil „D“	139
Tabulka 53 Biokulturní ekologie „D“	140
Tabulka 54 Vysoce rizikové chování „D“	140
Tabulka 55 Výživa „D“	141
Tabulka 56 Rituály smrti „D“	143
Tabulka 57 Spiritualita „D“	144
Tabulka 58 Praktiky zdravotní péče „D“	146
Tabulka 59 Poskytovatelé zdravotní péče „D“	147
Tabulka 60 Těhotenství „D“	148
Tabulka 61 Výsledky focus group 1	152
Tabulka 62 Výsledky Focus group 2	162
Tabulka 63 Počet cizinců v ČR 06/2004-03/2018	205
Tabulka 64 Obyvatelstvo podle náboženské víry v letech 2001 a 2011	206
Tabulka 65 Náboženství dle národnostního složení	207
Tabulka 66 Kvalitativní a kvantitativní studie	208

0 Úvod

Migrace obyvatelstva probíhá už od věků, kdy lidé viděli její smysl především v lepší, otevřené budoucnosti (Matějček, 2000). Generální tajemník Organizace spojených národů (OSN) Guterres uvedl: „*Změna klimatu, demografie, nestabilita, rostoucí nerovnost a naděje na lepší život i nenaplněná poptávka pracovního trhu, to vše jsou důvody, že migrace s námi zůstane i dál*“ (OSN, 2017).

Existuje mnoho důvodů, proč lidé přicházejí do Evropy. Mohou to být důvody ekonomické, politické, kdy hlavní roli hrají válečné konflikty v domovské zemi a v neposlední řadě může být důvodem migrace pronásledování z jakéhokoli důvodu, například rasového, náboženského, národnostního, atd.

Na světě je podle odhadů 258 milionů lidí, kteří žijí v jiné zemi, než ve které se narodili. Podle zprávy The International Migration Report 2017 (Highlights), kterou vydává každý druhý rok odbor OSN pro ekonomické a sociální záležitosti, tvoří mezinárodní migranti v současnosti 3,4 % světové populace. Oproti roku 2000 se jejich počet zvýšil o 49 procent. V září 2016 přijalo Valné shromáždění OSN „Newyorskou deklaraci pro migranty a uprchlíky“ v níž se státy OSN dohodly, že budou uplatňovat politiku řízené migrace. Představitelé států se dále zavázali, že se budou více podílet na spravedlivém sdílení zátěže a odpovědnosti při poskytování útočiště uprchlíkům, budou chránit lidská práva všech migrantů a bojovat proti xenofobii a intoleranci namířené proti migrantům (OSN, 2017a).

V současnosti, kdy se zvyšuje počet migrujících osob, se v České republice setkáváme i s nárůstem klientů zdravotnických zařízení, kteří jsou příslušníky různých etnik a jiného náboženského vyznání, než majoritní společnost. Znalosti, dovednosti, postoje, schopnost zdravotníků reagovat laskavě, efektivně, kvalifikovaně a s respektem na osoby všech kultur a vyznání lze označit souhrnně jako „kulturní kompetence“ (Plevová a kol, 2011). Pojem kulturní kompetence nelze definovat jednotným způsobem a různí autoři si ho vysvětlují jinak. Například Leininger (1996) chápe pojem kulturní kompetence jako součást transkulturního ošetrovatelství a nepřehledné množství schopností a dovedností. Purnell a Paulanka (2005) definují kulturní kompetence jako rozvoj vlastních schopností přizpůsobovat ošetrovatelskou péči pacientům a poukazují na to, že vždy by se mělo jednat o vědomý proces.

Vzhledem k velkému počtu kultur a subkultur na světě je nemožné, aby zdravotníci měli informace a věděli vše o těchto kulturách. Ale, je možné, aby rozvíjeli schopnosti

kulturního zhodnocení a interkulturní komunikační dovednosti a prováděli systematický a řádný proces poskytování kulturně kompetentní péče (Andrews, Boyle, 2016).

Zdá se, že v posledních letech zdravotničtí pracovníci uznávají kulturní rozmanitost jako důležitou proměnnou a pokoušejí se poskytovat kulturně specifickou a přiměřenou péči obyvatelstvu, které se stále ještě více rasově a etnicky rozrůstá. Touha poskytovat odpovídající péči byla založena na znalostech, že lidé patřící k různým kulturám mají různé druhy požadavků a potřeb v oblasti zdraví a nemoci. Je třeba respektovat lidi s různými kulturními hodnotami a zdravotní péče nabízená a poskytovaná by měla zahrnovat kulturní hodnoty pacienta vždy, když je to možné (Dayer-Berenson, 2014).

Transkulturní ošetrovatelské modely poskytují zdravotníkům základnu, aby se seznámili s různými kulturami, se kterými se během péče ve zdravotnickém zařízení mohou setkat. Odborníci v oboru ošetrovatelství nadále vyvíjejí a upřesňují velké množství kulturních teorií, modelů a průvodců hodnocení, které se používají mezinárodně. Za „matku“ a zakladatelku transkulturního ošetrovatelství je považována Dr. Leininger, která poskytla základ pro rozvíjení péče kulturně rozmanité a univerzální (Sagar, 2012). Dnes, pravděpodobně nejznámější a nejčastěji používané ošetrovatelské modely, beroucí v potaz kulturní kompetence, jsou právě model Leininger (1991), Purnell (Purnell a Paulanka, 1998), Giger a Davidhizar (Giger et al., 2007).

Teoretický rámec disertační práce tvoří Model kulturních kompetencí dle Purnella (Purnell, 2008). Mezi jeho hlavní přednosti patří využitelnost v mnoha odvětvích a oborech zdravotnictví. Dále je využitelný i v jiných disciplínách, například ve vědě, výzkumu a pedagogice. Model je také jedinečný v tom, že zahrnuje uznání problematiky biologické kultury a pracovních sil a jejich dopad na kulturně různorodé pacienty. Často mohou jednotliví členové týmu pocházet z různých kultur a tento model může být užitečný, když se snaží lépe porozumět tomu, co je podobné a odlišné mezi různými kulturami (Dayer-Berenson, 2014).

Práce přináší poznatky o ukrajinské, vietnamské a romské národnostní menšině a poznatky o vyznavačích islámů, včetně jejich kulturních specifik. Dále práce poskytuje informace o transkulturním ošetrovatelství a představuje Model kulturních kompetencí dle Purnella.

Ve výzkumné části se práce věnuje vytvoření české jazykové verze Modelu kulturních kompetencí dle Purnella, zjištění kulturních specifik o ukrajinské, vietnamské a romské minoritě a vyznavačích islámu se zaměřením na ošetrovatelskou péči a vytvoření záznamu ošetrovatelské péče pro klienty z minoritních skupin.

Cíle práce a vymezení předmětu výzkumu

Disertační práce si klade v teoretické rovině následující cíle:

1. Popsat současnou demografickou situaci v České republice se zaměřením na Pardubický kraj.
2. Charakterizovat vybrané minoritní skupiny.
3. Popsat koncepční modely v ošetrovatelství zabývající se transkulturní péčí.

Disertační práce si klade ve výzkumné rovině následující cíle:

1. Vytvořit českou jazykovou verzi Modelu kulturních kompetencí L. D. Purnella.
2. Zjistit a určit kulturní specifika vybraných minoritních skupin v Pardubickém kraji se zaměřením na poskytování ošetrovatelské péče.
3. Vytvořit záznam ošetrovatelské péče pro zhodnocení kulturních specifík u hospitalizovaných klientů.
4. Zjistit uživatelskou přívětivost navrženého záznamu ošetrovatelské péče.

1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

1.1 Současná situace

Od vzniku samostatné České republiky prošla situace v oblasti migrace zásadním vývojem. Na počátku 90. let minulého století byla Česká republika především zemí zdrojovou, poté následovalo období velkého přílivu žadatelů o mezinárodní ochranu a tranzitujících cizinců na přelomu 20. a 21. století (MVČR, 2018). V roce 2015 se začaly šířit zprávy o velkém množství migrantů, kteří překročili hranice evropských států. V tu dobu byla Česká republika zemí tranzitní pro lidi, kteří směřovali zejména do Německa a Švédska a byla jim nabídnuta možnost podat žádost o mezinárodní ochranu, avšak ve většině případů tuto možnost imigranti odmítli (Klímová, Rosková, 2017). Vláda České republiky dne 29. července 2015 přijala usnesení č. 621 o Strategii migrační politiky České republiky a o Komunikační strategii České republiky k migraci (dále Strategie). Strategie je rozčleněna do sedmi tematických modulů, které odpovídají jednotlivým stěžejním zásadám. Průřezovým elementem Strategie je bezpečnost státu, dále se jedná o tematické okruhy: integrace cizinců, nelegální migrace a návratová politika, mezinárodní ochrana, vnější dimenze migrace (včetně rozvojových a humanitárních aspektů), volný pohyb osob v rámci Evropské Unie (EU) a schengenského prostoru, legální migrace a provázanost se společnými politikami EU v oblasti migrace (MVČR, 2018a).

Ve výše uvedeném dokumentu se Česká republika zavázala, že:

„1. dostojí povinnosti zajistit občanům v rámci své migrační politiky klidné soužití s cizinci a díky účinné integraci zabrání vzniku negativních sociálních jevů;

2. zajistí bezpečnost svých občanů a efektivní vynucování práva v oblasti nelegální migrace, návratové politiky a organizovaného zločinu spojeného s převaděčstvím a obchodováním s lidmi;

3. dostojí svým závazkům v oblasti azylu a zajistí flexibilní kapacity svého systému;

4. posílí aktivity s cílem pomoci uprchlíkům v zahraničí a s tím související prevenci dalších migračních toků, včetně podpory rozvoje zemí při zvládnutí migračních krizí;

5. bude prosazovat udržení výhod volného pohybu osob v rámci Evropské unie a v schengenském prostoru;

6. podpoří legální migraci, která je pro stát a jeho občany přínosná tak, aby Česká republika mohla pružně reagovat na potřeby svého pracovního trhu i reflektovat dlouhodobé potřeby státu;

7. dostojí mezinárodním a evropským závazkům v oblasti migrace a aktivně se zapojí do celoevropských debat a hledání společných řešení“ (MVČR, 2018a).

Česká republika patří v celoevropském měřítku mezi země s nízkým počtem žadatelů o mezinárodní ochranu. V roce 2015 bylo přijato 1235 žádostí o mezinárodní ochranu, kdy

mimo jiné bylo 565 žádostí od občanů Ukrajiny, 130 ze Sýrie a 125 od občanů Kuby (Eurostat, 2017). V roce 2017 počet nelegálních migrantů na území České republiky klesal. Ministr vnitra Jan Hamáček v roce 2018 uvedl, že snahu pomáhat přímo v zemích postižených migrační krizí a současně důsledně chránit vnější hranice EU a odmítat kvóty považuje za správnou a vláda chce v této politice pokračovat. Struktura legálně pobývajících cizinců v ČR se nemění a nejvíce jich stále pochází z Ukrajiny, Slovenska a Vietnamu (Vitnerová, 2018).

K 31. březnu 2018 měla Česká republika 10 613 350 obyvatel a 279 283 cizinců s realizovaným pobytem v městských částech (Český statistický úřad, 2018). Konkrétní počty cizinců za období 06/2004 až 03/2018 jsou uvedeny v Příloze 1. Nejvíce zastoupenými národnostmi jsou opakovaně občané z Ukrajiny, Slovenska a Vietnamu. Dalšími zastoupenými národnostmi jsou ruská, polská a německá (Český statistický úřad, 2018^a).

V Příloze 2 je tabulka, která zobrazuje náboženské vyznání obyvatelstva v České republice z posledního sčítání lidu v roce 2011. Nejvíce bylo vyznavačů církve římskokatolické, katolické a českobratrské církve evangelické. Pro zajímavost, buddhismus vyznávalo 2617 lidí a islám 1921 lidí (Český statistický úřad, 2014). Podíváme-li se na náboženství dle státního občanství, vzhledem k náboženským skupinám zastoupených v empirické části práce, tak nejvíce Ukrajinců vyznává pravoslavné náboženství, Vietnamci nejvíce vyznávají buddhismus. Podrobněji viz Příloha 3 (Český statistický úřad, 2014).

V mnoha evropských státech žijí vedle majoritní společnosti také další minoritní skupiny. Vymezení pojmu národnostní menšina a příslušník národnostní menšiny stanoví zákon č. 273/2001 Sb., o právech příslušníků národnostních menšin a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů který uvádí, že:

„Národnostní menšina je společenství občanů České republiky žijících na území současné České republiky, kteří se odlišují od ostatních občanů zpravidla společným etnickým původem, jazykem, kulturou a tradicemi, tvoří početní menšinu obyvatelstva a zároveň projevují vůli být považováni za národnostní menšinu za účelem společného úsilí o zachování a rozvoj vlastní svébytnosti, jazyka a kultury a zároveň za účelem vyjádření a ochrany zájmů jejich společenství, které se historicky utvořilo.

Příslušníkem národnostní menšiny je občan České republiky, který se hlásí k jiné než české národnosti a projevuje přání být považován za příslušníka národnostní menšiny spolu s dalšími, kteří se hlásí ke stejné národnosti“ (Česko, 2001).

V České republice existuje poradní a iniciativní orgán vlády pro otázky týkající se národnostních menšin a jejich příslušníků. Jedná se o Radu vlády pro národnostní menšiny (dále Rada). Znění současného statutu Rady bylo schváleno vládou dne 25. ledna 2012. Poslední změny statutu souvisí s usnesením vlády ČR ze dne 3. července 2013, kdy byly do

Rady k účasti pozvány běloruská a vietnamská menšina. Dne 16. dubna 2014 byla jmenována nová Rada. Současná Rada je zřízena ve smyslu § 6 zákona č. 273/2001 Sb., o právech příslušníků národnostních menšin a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů. V čele Rady stojí člen vlády, kterého na návrh předsedy vlády jmenuje Vláda ČR. Rada má dva místopředsedy (jeden za veřejnou správu a druhý za národnostní menšiny). Celkem má Rada 30 členů a jsou jmenováni usnesením vlády a jsou jimi zástupci ministerstev na úrovni náměstka ministerstva financí, kultury, školství, mládeže a tělovýchovy, práce a sociálních věcí, vnitra, spravedlnosti a zahraničních věcí, dále zástupce Kanceláře prezidenta republiky, zástupce Kanceláře veřejného ochránce práv a zmocněnec vlády pro lidská práva, zástupce Asociace krajů ČR, Svazu měst a obcí ČR a zástupce odborné veřejnosti. V neposlední řadě jsou členy i zástupci čtrnácti národnostních menšin - běloruské, bulharské, chorvatské, maďarské, německé, polské, romské, rusínské, ruské, řecké, slovenské, srbské, ukrajinské a vietnamské (Vláda ČR, (c) 2009-2019).

Rada sleduje vnitrostátní plnění mezinárodních závazků České republiky z hlediska práv příslušníků národnostních menšin, sleduje dodržování Ústavy České republiky, Listiny základních práv a svobod, mezinárodních smluv o lidských právech a základních svobodách, jimiž je Česká republika vázána, zákonů a dalších právních norem ve vztahu k příslušníkům národnostních menšin (Vláda ČR, (c) 2009-2019a).

1.2 Čerpání zdravotní péče cizinci

Z výše uvedeného vyplývá, že i když Česká republika není často cílovou zemí pro migrující obyvatele, počet příslušníků jiných etnik v naší populaci roste a stejně tak, jako celá společnost, musí být i české zdravotnictví a systém poskytované péče na tuto situaci co nejlépe připraven.

Poskytování zdravotní péče pojištěncům členských států Evropské unie (EU), Evropského hospodářského prostoru (EHP) a Švýcarska se po 1. 5. 2004 řídí Nařízením Rady Evropského hospodářského společenství (EHS) č. 1408/71 ze dne 14. června 1971 o uplatňování systémů sociálního zabezpečení na zaměstnané osoby a jejich rodiny pohybující se v rámci Společenství a jeho prováděcím nařízením č. 574/72, nejnověji také Nařízením Rady EHS 574/2003 (MPSV, 2011). Tato Nařízení mají od 1. 5. 2004 přednost před českými zákony. Od 1. 6. 2004 vstoupilo v platnost novelizované Nařízení Rady EHS č. 1408/1971, a byl zaveden jednotný Evropský průkaz zdravotního pojištění, kterým se prokazuje účastník zdravotního pojištění kterékoliv země EU při návštěvě lékaře v kterékoliv jiné zemi. Průkaz vydává pojištěnci jeho zdravotní pojišťovna. Mezi zásady

poskytování péče občanům Evropské Unie patří například to, že péče poskytovaná cizím pojištěncům v českých zdravotnických zařízeních bude hrazena prostřednictvím českých zdravotních pojišťoven a bude hrazena v cenách odpovídajících českým cenám. S cizincem ze zemí EU, který se prokáže průkazem zdravotního pojištění, musí poskytovatelé zdravotní péče v ČR zacházet jako s pojištěncem smluvní zdravotní pojišťovny, to znamená, že mu nelze účtovat žádné úhrady v hotovosti a poskytnutá zdravotní péče se účtuje příslušné české zdravotní pojišťovně, která ji bude proplácet za stejných podmínek jako zdravotní péči poskytnutou českým pojištěncům cizince v ČR (Česká lékařská komora, 2005).

V posledním desetiletí se zejména sestry aktivně zapojují do odstraňování rozporů v poskytování zdravotnické péče menšinám. Je zdůrazňován význam poskytování kulturně kompetentní péče. Poskytuje-li nelékařský zdravotnický pracovník (dále NLZP) péči v souladu s kulturním přesvědčením pacienta, s jeho hodnotami a praktikami, předpokládá se, že pacient bude ochotněji dodržovat léčebný režim, než kdyby jeho kulturním potřebám vyhověno nebylo (Maier-Lorentz, 2008). Znalosti, dovednosti, postoje, schopnost reagovat laskavě a efektivně na osoby všech kultur, uznání, respekt a poskytování kvalifikované péče může být shrnut pod pojem kulturní kompetence (Plevová a kol., 2011). Pojem kulturní kompetence nelze definovat jednotným způsobem a různí autoři si ho vysvětlují jinak. Například Campinha-Bacote (1991) definuje kulturní kompetenci jako proces, ve kterém sestra neustále usiluje o možnost pochopení kulturního kontextu pacienta. Leininger (1996) chápe pojem kulturní kompetence jako součást transkulturního ošetřovatelství a nepřehledné množství schopností a dovedností. Purnell a Paulanka (2005) definují kulturní kompetence jako rozvoj vlastních schopností přizpůsobovat ošetřovatelskou péči pacientům a vždy by se mělo jednat o vědomý proces.

Díky volnému pohybu lidí, cestování a migraci je na denním pořádku péče o lidi, kteří nejsou občany České republiky, a dostanou se do zdravotnických zařízení. V roce 2016 byla ve 189 zdravotnických zařízeních akutní a následné péče v ČR poskytnuta zdravotní péče celkem 118 395 cizincům s celkovými náklady na zdravotní péči v hodnotě 2 242 903 tis. Kč. Ze zemí Evropské unie bylo ošetřeno 64 091 cizinců. Nejčastěji ošetřovanými cizinci v České republice za rok 2016 byli občané Slovenské republiky (28 332), v kategorii „ostatní“ (Bulharsko, Estonsko, Chorvatsko, Kypr, Litva, Lotyšsko, Lucembursko, Malta, Rumunsko, Slovinsko) bylo ošetřeno 14 852 osob. Občanů ukrajinské národnosti bylo ošetřeno 13 049, Rusů 10 197, občanů Německa téměř 9500 a občanů vietnamské národnosti 5 673. Nejvíce využívána byla platba hotově a využití zahraničního zdravotního pojištění. Pohledávky po lhůtě splatnosti za neuhrazenou zdravotní péči o cizince

na konci roku 2016 činily 31 mil. Kč (ÚZIS, (c) 2010-2019). V Tabulce 1 jsou konkrétní údaje k čerpání zdravotní péče cizinci v Pardubickém kraji za rok 2016. Tučně zvýrazněné jsou občané daných zemí, kterým byla péče poskytována nejvíce.

Z výše uvedeného vyplývají tři minority, které se řadí mezi nejpočetnější v České republice a které byly zvoleny jako součást souboru respondentů výzkumného šetření pro tuto disertační práci. Jedná se o romskou, ukrajinskou a vietnamskou minoritu. Spolu s těmito minoritami byli do výzkumného souboru zvoleni i vyznavači islámu, jejichž kultura a životní styl přinášejí řadu specifík, která mohou ovlivňovat poskytovanou zdravotní péči.

Tabulka 1 Čerpání zdravotní péče cizinci v Pardubickém kraji

T62 Čerpání zdravotní péče cizinci

Cizinci podle země původu, věkových skupin a způsobu úhrady zdravotní péče v roce 2016

Utilization of health care by foreigners: by country of origin, age group and source of payment in 2016

Území / Region: Pardubický kraj

Pramen: ÚZIS ČR

Source: IHIS CR

Země původu Country of origin	Celkem Total	Věková skupina Age group				Osoby čerpající zdravotní péči Persons utilizing health care					
		0–14	15–19	20–59	60+	uhrazeno Paid from/by			neuhrazeno Not paid		
		let Years	let Years	let Years	let Years	ze smluv- ního pojištění v ČR Insurance contract in the CR	ze zahra- ničního pojištění Insurance contract abroad	hotově Cash	státními orgány ¹⁾ State authorities ¹⁾	celkem Total	z toho po lhůtě splatnosti incl.: After maturity date
Cizinci celkem Foreigners, total	1 102	153	32	783	134	451	126	475	11	120	84
Celkem EU²⁾ EU, total²⁾	851	103	27	596	125	382	118	320	3	88	69
v tom:											
Belgie	4	1	-	3	-	-	-	4	-	-	-
Dánsko	5	-	1	4	-	1	1	3	-	-	-
Finsko	6	2	-	4	-	1	-	5	-	-	-
Francie	21	3	-	14	4	-	1	20	-	-	-
Chorvatsko	1	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-
Irsko	7	3	-	4	-	-	1	2	-	4	2
Itálie	29	8	3	14	4	11	-	18	-	-	-
Maďarsko	8	-	1	7	-	1	-	7	-	-	-
Německo	57	20	3	19	15	39	7	10	-	1	-
Nizozemsko	11	2	1	6	2	2	2	6	-	1	1
Polsko	190	5	1	159	25	81	1	108	-	31	31
Portugalsko	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rakousko	7	-	-	7	-	-	2	5	-	-	-
Řecko	4	1	-	3	-	-	-	3	-	1	1
Slovensko	279	50	15	156	58	103	92	68	-	19	8
Španělsko	3	1	-	2	-	-	-	2	-	1	-
Švédsko	4	-	-	4	-	-	-	4	-	-	-

Velká Británie	23	6	1	15	1	3	11	8	-	1	1
Ostatní země EU ³⁾ <i>Other EU countries</i> ³⁾	192	-	1	175	16	139	-	47	3	29	25
Vybrané země <i>Selected countries</i>											
Čína	5	-	-	5	-	-	-	5	-	-	-
Srbsko a Černá Hora	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ukrajina	95	23	1	68	3	18	1	66	2	26	12
Ostatní země bývalého SSSR ⁴⁾	18	2	-	16	-	-	-	18	-	-	-
Vietnam	72	18	-	54	-	41	-	28	-	4	3
Ostatní / <i>Other</i>	61	7	4	44	6	10	7	38	6	2	-

¹⁾ Ministerstvem zdravotnictví, Ministerstvem vnitra,
Ministerstvem spravedlnosti, krajskými úřady apod.

¹⁾ Ministry of Health, Ministry of the Interior,
Ministry of Justice, regional offices, etc.

²⁾ EU 28

²⁾ EU28

³⁾ Bulharsko, Estonsko, Kypr, Litva, Lotyšsko,
Lucembursko, Malta, Rumunsko, Slovinsko

³⁾ Bulgaria, Estonia, Cyprus, Lithuania, Latvia,
Luxembourg, Malta, Romania, Slovenia

⁴⁾ Arménie, Ázerbájdžán, Bělorusko, Gruzie, Kazachstán,
Kyrgyzstán, Moldavsko, Rusko, Tádžikistán, Turkmenistán,
Uzbekistán

⁴⁾ Armenia, Azerbaijan, Belarus, Georgia, Kazakhstan,
Kyrgyzstan, Moldova (the Republic of), Russian Federation,
Tajikistan, Turkmenistan, Uzbekistan

Zdroj: český statistický úřad, 2019b

Současné ošetřovatelství klade důraz na holistický přístup v péči o nemocné, což znamená uspokojovat biologické, psychické, sociální a spirituální potřeby nemocných. Je možné, že personál pečující o klienta nebude mít znalosti o víře a náboženství, které imigranti vyznávají, proto je třeba dbát na to, aby byla respektována víra nemocného, aby se získávaly informace o duchovních potřebách nemocného a aby personál informoval o duchovních službách, které zdravotnické zařízení může zprostředkovat (Špirudová, Ivanová, Halmo a kol., 2004).

2 Transkulturní přístup v ošetrovatelství

Předchozí kapitola byla zaměřena na současný stav společnosti z hlediska multikulturality v České republice. Z uvedeného vyplývá, že otázka adekvátního přístupu a především připravenosti českého zdravotnictví na klienty z odlišného kulturního prostředí je velmi aktuální a je nutné neustále pracovat na připravenosti zdravotníků a zdravotnických zařízení.

Multikulturní a transkulturní přístupy vycházejí z etnocentrismu a jejich podstatou je respektování odlišné kultury, rasy, etnika i náboženství. Pojmy „multikulturní“ a „transkulturní“ nevyjadřují totéž a existují mezi nimi významové odchylky. Pojem **multikulturalismus** historicky souvisel s příchodem a asimilací migrantů a podporoval uznání všech jedinců a uchování jejich kulturní identity (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005).

Dle Eriksena (2008) je multikulturalismus ideál harmonické koexistence odlišných kulturních a etnických skupin v pluralitní společnosti a multikulturalismus je dále definován tak, že etnické skupiny mají právo se kulturně odlišovat od majoritní společnosti. V multikulturní společnosti jsou zastoupené různé kultury, sociální, etnické a náboženské skupiny, které stojí vedle sebe a vzájemně se neovlivňují a nemají společně definované prvky. Multikulturalismus věří, že osoby s různým původem mohou žít pospolu a učit se porozumět druhým (Kutnohorská, 2013, Čeněk, 2016, Podrazilová, 2016). Hladíková (2004) definuje multikulturalismus jako přesvědčení a chování, které uznává a respektuje přítomnost všech skupin ve společenství, váží si jejich odlišností a dále uvádí, že multikulturalismus zahrnuje ideály snášenlivosti, práv, uznání a přizpůsobení se za předpokladu, že rozmanitost je ve společnosti chtěná a oceňovaná.

Postupem času se zjistilo, že multikulturalismus spíše než k rovnoprávnému soužití, vede k prohlubování izolovanosti cizinců (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005).

V moderní společnosti je však kladen požadavek na to, aby mezi sebou jednotlivé kultury spolupracovaly a podílely se na řešení problémů v oblasti ekonomické, politické i sociální. I z tohoto důvodu je v tomto případě vhodný termín **transkulturalismus**, který upřednostňuje obousměrnou interakci a komunikaci mezi většinovou společností a minoritními skupinami před kulturou. Kultury se navzájem překrývají a prolínají. Transkulturní přístup zohledňuje zkušenosti jednotlivce, nepopírá existenci a důležitost kulturních odlišností minoritních skupin, ale tyto rozdíly vztahuje více k jednotlivcům nežli ke skupinám (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005, Moree, Jánská 2008).

Dle Leininger (2002, s. 46) lze transkulturní ošetrovatelství charakterizovat jako: „*formální oblast studia a praxe ošetrovatelství zaměřenou na podrobnou holistickou kulturní péči, zdraví a znaky chorob jednotlivců nebo skupin a respektování rozdílných a společných znaků v kulturních hodnotách, vírách a praktikách.*“

Zeleníková (2014, s. 6) definuje transkulturní ošetrovatelství jako: „*komparativní, teoretický a praktický obor zaměřený holisticky na kulturu, péči, vzorce zdraví a nemoci lidí s ohledem na rozdíly a podobnosti v jejich kulturních hodnotách, přesvědčeních a životních zvyklostech s cílem poskytovat kulturně shodnou, citlivou a kompetentní péči a podporu ve zdraví a nemoci*“

Andrews a Boyle (2016) uvedly, že pojem transkulturní ošetrovatelství se někdy může používat také ve smyslu cross-kulturní (mezikulturní), interkulturní a multikulturní ošetrovatelství. Cílem transkulturního ošetrovatelství je rozvíjet vědecké a humanistické základy znalostí s cílem poskytovat kulturně-specifickou a kulturně-universální ošetrovatelskou péči jednotlivcům, rodinám a skupinám podobných i odlišných kultur. Pro koncept transkulturalismu je typické, že středem zájmu je nikoli kultura jako taková, ale interakce a komunikace mezi majoritní společností a minoritními skupinami (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005).

Vzhledem k velkému počtu kultur a subkultur na světě, je nemožné, aby o nich zdravotničtí pracovníci věděli vše. Ale je možné, aby rozvíjeli své kulturní hodnocení a interkulturní komunikační dovednosti a sledovali systematický a řádný proces poskytování kulturně kompetentní péče (Andrews, Boyle, 2016). Rozvoj transkulturního ošetrovatelství podporuje i organizace European Transcultural nursing asociation (Evropská transkulturní asociace sester, ETNA), která byla založena v únoru v roce 2005 v italském městě Modena a sdružuje jak evropské státy, tak státy mimoevropské a důvodem pro vznik byla rostoucí migrace obyvatelstva. Migrace je obecně otázkou v jakékoliv společnosti a době. Lidé se mohou snadno pohybovat z jedné země do druhé, ale také mohou prchat před mučením a pronásledováním, což v nich může zanechávat následky, a proto vyžadují velmi zvláštní péči a pochopení. ETNA si klade za cíl založit a řídit prostřednictvím spolupráce všech členů a odborníků výměnu názorů na podporu výzkumu a rozvoje znalostí, dále podporu transkulturního ošetrovatelství v Evropě, pořádání mezinárodních konferencí, podporu vytváření kurikul v transkulturním ošetrovatelství, apod. Mezi členské státy ETNA patří i Česká republika, kterou zastupuje prof. PhDr. Valérie Tóthová, Ph.D. a Slovenská republika (ETNA, 2015-2017).

I česká zdravotnická zařízení jsou stále více navštěvována klienty z různého kulturního prostředí. Zdravotnický personál těchto zařízení by měl umět poskytovat péči kulturně diferencovanou, kulturně kompetentní a kulturně citlivou. Jak uvádí Tóthová et al. (2010), personál v českých nemocnicích není veden k tomu, aby dokázal efektivně pečovat o cizince.

Nejčastějším důvodem jsou podle Kutnohorské (2013) jazykové bariéry a neznalost kulturních rozdílů, což může vést k tomu, že se poskytovaná péče stává necitlivou vůči specifickým potřebám cizinců. Jedním z možných řešení může být realizace ošetrovatelské péče pomocí modelů zaměřených na multikulturní ošetrovatelství, které se detailně zaměřují právě na kulturní specifika, která péči mohou v různé míře ovlivňovat.

Existují ošetrovatelské modely, které se věnují problematice multikulturního/transkulturního ošetrovatelství a které usnadňují plánování a realizaci péče o klienty z různého kulturního prostředí. Jak uvádí Tóthová (2010), mezi takové modely patří například Model kulturních kompetencí Purnella, Model pro rozvíjení kulturní kompetence autorů Papadopoulos, Tilki a Taylor. Sagar (2012) ve své publikaci hovoří o Modelu vycházejícího slunce Leininger, Modelu rozvoje kulturní způsobilosti autorky Campinghy-Bacote, Modelu kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče autorek Giger a Davidhizar.

V následujících kapitolách je popsána teorie transkulturního ošetrovatelství, jelikož Dr. Madeleine Leininger je považována za zakladatelku transkulturního ošetrovatelství a Model kulturních kompetencí dle Purnella, jelikož tvoří rámec celé disertační práce.

2.1 Teorie transkulturního ošetrovatelství

Dr. Leininger, americká profesorka ošetrovatelství, zakladatelka a „matka“ transkulturního ošetrovatelství, začala teorii kulturně diverzifikované a univerzální péče vyvíjet v období 50. let 20. století (Ryan, 2011). V roce 1960 definovala transkulturní ošetrovatelství jako oblast studia a praxe, zaměřené na holistickou kulturní péči, zdraví a projevy nemocí jedinců nebo skupin a respektující kulturní hodnoty, víru a praktiky (Pavlíková, 2006). V následujících letech svoji teorii dále rozvíjela a publikovala práce zaměřené na tuto problematiku. V roce 1978 ve své publikaci *Transcultural Nursing: Concepts, Theories and Practice* představila a popsala hlavní koncepce a činnosti transkulturního ošetrovatelství a potvrdila, že ošetrovatelství a antropologie jsou spojené a přesto rozdílné (Pavlíková, 2006, Kutnohorská, 2013).

Madeleine Leininger pracovala jako sestra na dětské psychiatrické jednotce, kde pracovala s dětmi různých národností a všímala si, jaké jsou mezi nimi a mezi dětmi a rodiči kulturní rozdíly. Všímala si, že měly různý postoj k lékům a léčbě, měly různou výchovu v závislosti na původu, různý spánkový režim a rozdíly byly také v komunikaci. Některé děti mluvily o svých rodičích, jiné mlčely. V této době si uvědomila, že kulturní dimenze chybí nejen v ošetrovatelství, ale také v medicíně a dalších zdravotnických oborech (Leininger, McFarland, 2002).

Teorie Leiningerové byla zaměřena na význam kultury v práci sestry a byla první svého druhu, založená na různorodosti a všestrannosti (Farkašová a kol., 2006). Pochopení pacientovy kultury by mělo pomoci zdravotníkům zlepšit péči o ně. Klienti z odlišných kultur vnímají zdraví, nemoc, péči a léčbu různě (Pavlíková, 2006). Leiningerová definovala třináct předpokladů, od kterých je celá její teorie odvozena. Mezi tyto předpoklady patří například to, že kulturně orientovaná péče je nezbytná pro pohodu, zdraví, lidský růst a vývoj, přežití, vyrovnání se s hendikepy a čelení smrti; kulturně orientovaná péče je nezbytná pro léčení a vyléčení, nemůže být vyléčení bez péče, ale může být péče bez léčby; každá kultura má rodovou péči a obvyklou praxi a zpravidla profesionální, která je rozvíjena na vědeckých principech a péči univerzální – etickou, která se liší transkulturně a individuálně; kulturní konflikty, kulturně nepřijatelné praktiky, kulturní stres a bolest odrážejí nedostatky ve vědomostech o kulturní péči, která má vést ke vhodné, odpovědné, bezpečné a citlivé péči (Špirudová, Tomanová, Kudlová, Halmo, 2006).

2.1.1 Model vycházejícího slunce

Teorie transkulturní péče, její koncepční rámec, jsou graficky vyobrazené prostřednictvím Modelu vycházejícího slunce k získání nových poznatků důležitých pro ošetrovatelství (Leininger, McFarland, 2002).

Leininger v Modelu vycházejícího slunce znázorňuje své ideje a představuje tři hlavní složky teorie: kulturní a sociální, systém péče a typy péče (Farkašová a kol., 2006). Sociální a kulturní struktury jsou znázorněny jako sluneční paprsky (Pavlíková, 2006). Mezi jednotlivé faktory těchto struktur patří technologické, náboženské a filozofické, politické, právní, ekonomické a vzdělávací faktory a také rodinné, kulturní hodnoty a životní styl (Sagar, 2012). Tyto faktory mají vliv na jedince, rodiny a skupiny ve zdraví a nemoci, jsou vzájemně propojené a jejich vliv na jedince nemůže být chápán odděleně (Leininger, Mc Farland, 2002).

Leiningerová rozdělila systém péče na tradiční a profesionální. Tradiční (lidový systém) je takový, který zahrnuje způsoby péče praktikované členy dané kultury a dále také naučené poznatky a způsoby, dané kultuře vlastní. Profesionální systém péče je praktikován v profesních institucích, prezentuje názory dominantní kultury. Transkulturní ošetrovatelství využívá jak profesionální, tak tradiční systém při poskytování ošetrovatelské péče pacientům přicházejícím z jiné kultury (Leininger, Mc Farland, 2002, Farkašová, 2006).

Mezi některé rozdíly v obou systémech péče patří například to, že v tradičním systému stojí v centru člověk jako holistická bytost, zatímco v profesionálním systému člověk

nemocný – pacient. Tradiční systém péče se opírá o praktické zkušenosti kultury, životní styl, víru a hodnoty příslušníků subkultury. Profesionální systém se opírá o vědecké poznatky, diagnostické a terapeutické postupy. Tradiční systém pro poskytování péče využívá domácí prostředí, domácí zdroje, rodinu a komunitu, zatímco profesionální systém poskytuje péči ve zdravotnických zařízeních, nikoli v domácím prostředí (Farkašová, 2006).

Typy péče tvoří v teorii Leiningerové centrum ošetrovatelských intervencí, které mohou být realizovány třemi způsoby v závislosti na aktuálním stavu pacienta (Leininger, McFarland, 2002). Prvním pojmem je „péče pomáhající uchovávat anebo zlepšovat zdraví“ a je charakterizován činnostmi sester, které podporují zdraví, pomáhají jedincům z jiné kultury uchovat si pohodu, zotavit se, čelit postižení anebo smrti. Tato péče je zaměřená jak na zdravé, tak i na nemocné lidi (Farkašová, 2006, Leininger, McFarland, 2002). Druhým pojmem je „péče umožňující adaptaci“, jejímž cílem je pomoci pacientovi adaptovat se na nové životní role a nepříznivé životní události. Během hospitalizace se u pacienta mohou objevit problémy v souvislosti s vytržením z jeho kulturního prostředí a úkolem sestry je dohodnout se s pacientem na takových způsobech péče, které budou respektovány a budou v souladu s možnostmi zdravotnického zařízení. Sestra v tomto způsobu péče působí jako zprostředkovatel mezi tradičním a profesionálním systémem péče. Třetí typ péče nazývaný „péče pomáhající uskutečnit změnu“ je využíván tehdy, když je zapotřebí upravit nebo změnit způsob, kterým se pacient stará o své zdraví (Farkašová, 2006, Leininger, McFarland, 2002, Sagar, 2012).

Jak uvádí Farkašová (2006) teorie transkulturního ošetrovatelství splňuje kritéria všeobecnosti, jelikož je orientovaná na kvalitu, je rozsáhlá, srozumitelná a má celosvětovou působnost. Leininger a McFarland (2002) uvádí, že teorie kulturně diverzifikované a univerzální péče se zdokonaluje po šest desetiletí a je využitelná v ošetrovatelství, stejně tak i v dalších zdravotně orientovaných disciplínách.

2.2 Model kulturních kompetencí dle Larryho D. Purnella

Model kulturních kompetencí (viz Obrázek 1) se začal vyvíjet v roce 1991. Autorem modelu je profesor Larry D. Purnell z Delaware v USA. Purnell (2005) docházel se studenty na praxi, kde sledoval interakce mezi studenty pregraduálního vzdělávání a zdravotních sester. Studenti byli europoidní rasy a pocházeli ze střední a vyšší třídy, zatímco pacienti a personál patřili do nižší socioekonomické třídy. Právě i z tohoto důvodu měl model původně sloužit studentům ošetrovatelství a zdravotníkům jako organizační rámec, nástroj, ke klinickému hodnocení klientů z různého kulturního prostředí. Připomínky pracovníků

a studentů ukázaly, že existuje etnocentrické chování a nedostatek kulturního povědomí, kulturní citlivosti a kulturní kompetence. Následující rok bylo k modelu přidáno metaparadigma, škála kulturních kompetencí a schématické zobrazení. Díky tomu, že model je kombinací grafického schéma kombinovaného s organizačním rámcem a protože je aplikovatelný do všech zdravotnických disciplín s praktickým využitím, je klasifikován jako komplexní a holografická teorie (Purnell, 2002). Model byl doposud přeložen do arabštiny, vlámštiny, francouzštiny, němčiny, korejštiny, portugalštiny, španělštiny a turečtiny (Purnell, 2013).

Purnell (2013) definuje kulturní kompetenci jako rozvoj vlastních schopností přizpůsobovat ošetrovatelskou péči klientům. Poskytovatel kulturně kompetentní péče si uvědomuje svoji existenci, své pocity, myšlenky a prostředí, ze kterého pochází, ale péči poskytuje tak, aniž by tyto faktory měly vliv na klienta. Kulturní kompetence je přizpůsobení péče způsobem, který je v souladu s kulturou klienta a jde proto o vědomý proces. Kultura a s ní spojené vzorce chování jsou faktorem, který může významně ovlivňovat zdraví a nemoc.

Maňhalová a Tóthová (2016) uvádí, že Purnellův model je prozatím na bázi teoretického popsání, ale svým širokým obzorem se ukazuje jako velmi vhodný a dobře uplatnitelný. Jeho nespornou výhodou je jeho multidisciplinární využití.

2.2.1 Charakteristika modelu

Purnell vycházel z předpokladu, že kultura je silným faktorem, který ovlivňuje poskytování péče, ale i její přijímání klienty (Sagar, 2011). Model kulturních kompetencí poskytuje detailní, systematický a výstižný rámec pro porozumění a pochopení specifik odlišné (specifické) kultury. Empirický rámec tohoto modelu poskytuje základ pro poskytovatele zdravotní péče, pedagogy, výzkumníky, manažery a správce ve všech zdravotnických oborech k poskytování holistických, kulturně kompetentních terapeutických intervencí; pro podporu zdraví a wellness; pro prevenci zranění a nemocí, a v neposlední řadě pro udržení a obnovení zdraví (Purnell, 2013).

Teorie, ze které Purnellův model vychází a model sám, čerpají z biologie, antropologie, sociologie, ekonomie, geografie, historie, ekologie, psychologie, fyziologie, politologie, farmacie a výživy stejně tak, jako z teorií komunikace, rozvíjení rodiny a sociální podpory. Jak uvádí autor, model může být použit v klinické praxi, vzdělávání, výzkumu a v administrativních a manažerských službách, týkajících se péče o zdraví nebo k analýze organizační kultury (Purnell, 2013).

Mezi základní cíle modelu patří:

- poskytnout teoretický rámec pro všechny poskytovatele zdravotní péče k učení pojmů a charakteristice kultury. Definovat okolnosti, které ovlivňují lidský kulturní pohled na svět v kontextu historických perspektiv,
- poskytnout model, který spojuje nejdůležitější vztahy kultury,
- určit charakteristiku kultury,
- podpořit shodu a umožnit poskytnout vědomě citlivou a kompetentní zdravotní péči,
- poskytnout rámec, který odráží lidské charakteristiky jako je motivace, úmysl a mínění,
- poskytnout strukturu pro analýzu kulturních dat, pohled jednotlivce, rodiny nebo skupiny uvnitř jejich jedinečného etnokulturního prostředí (Purnell, 2013).

Hlavními předpoklady, ze kterých model vychází a je na nich založen, jsou například:

- všechny profese poskytující zdravotní péči potřebují srovnatelné informace o kulturní rozmanitosti,
- všechny profese poskytující zdravotní péči sdílí metaparadigma konceptu globální společnosti, rodiny, osoby a zdraví,
- jedna kultura není lepší než jiná kultura, jsou jen rozdílné,
- rozdíly existují uvnitř i mezi kulturami,
- kultury se mění pomalu v průběhu času,
- varianty kulturních charakteristik určí stupeň, do jaké míry se liší jedna kultura od převládající kultury,
- jestliže jsou pacienti spoluúčastníci na své péči a mají výběr cíle ve vztahu ke zdraví, plány a zásahy, jejich dodržování a zdravotní výsledky budou lepší,
- kultura má silný vliv na interpretaci zdravotní péče a zodpovědnost jedince,
- každý má právo být respektován za svou jedinečnost a kulturní dědictví,
- poskytovatelé péče potřebují kulturně obecné a kulturně specifické informace, aby mohli poskytovat kulturně citlivou a kulturně kompetentní péči,
- kontakt s každým pacientem je kulturní setkání,
- předsudky a předpojatost mohou být minimalizovány kulturním porozuměním,
- rozdíly v rase a kultuře vyžadují úpravy standardních intervencí,

- aby byla zdravotní péče účinná, musí odrážet jedinečné porozumění hodnotám, přesvědčení, postojům, životním podmínkám a světovému názoru různých populací a kulturní zvyklosti jednotlivců (Purnell, 2002).

Model kulturních kompetencí (Purnell, 2002) a jeho základní principy a souvislosti jsou graficky znázorněny pomocí čtyř kružnic, kdy vnější kružnice reprezentuje globální společnost, druhá vnější kružnice komunitu, třetí kružnice zastupuje rodinu a vnitřní kružnice jedince. Vnitřní kruh je rozdělen do dvanácti výřezů, domén. Tyto domény tvoří organizační rámec modelu. Každá jednotlivá doména obsahuje koncepty, které je nutné brát v úvahu při posuzování pacientů (Kutnohorská, 2013). Domény nestojí samostatně. Každá doména se vztahuje a je ovlivněna všemi ostatními doménami, slouží k posuzování kulturních hodnot jednotlivců, rodin i komunit a nemusejí být hodnoceny v předepsaném pořadí, neustále se prolínají, ovlivňují a jsou společné pro všechny kultury světa (Purnell, Paulanka, 2005). Tmavý střed kruhu je prázdný a představuje neznámý aspekt, praktiky a charakteristiky jedince nebo skupiny. Na dně modelu je zoubkatá čára, která představuje nelineární koncept kulturního vědomí. Tato čára se vztahuje primárně na poskytovatele zdravotní péče jako jedince, ačkoli organizace zde mohou být také zastoupeny v závislosti na stupni jejich kulturní kompetence (Purnell, 2002). Purnell navíc uvedl čtyři úrovně kulturní kompetence, konkrétně: nevědomě nekompetentní, vědomě nekompetentní, vědomě kompetentní a nevědomě kompetentní. Nevědomě nekompetentní je definováno jako absence vědomí, že člověk postrádá znalosti o jiných kulturách. Vědomě nekompetentní označuje přítomnost vědomí, že člověk postrádá znalosti o jiných kulturách. Vědomě kompetentní popisuje učení se kultuře klienta a poskytnutí kulturních zásahů a nevědomě kompetentní znamená vrozené poskytování kulturně sjednocené péče klientům z multikulturního prostředí (Sagar, 2012).

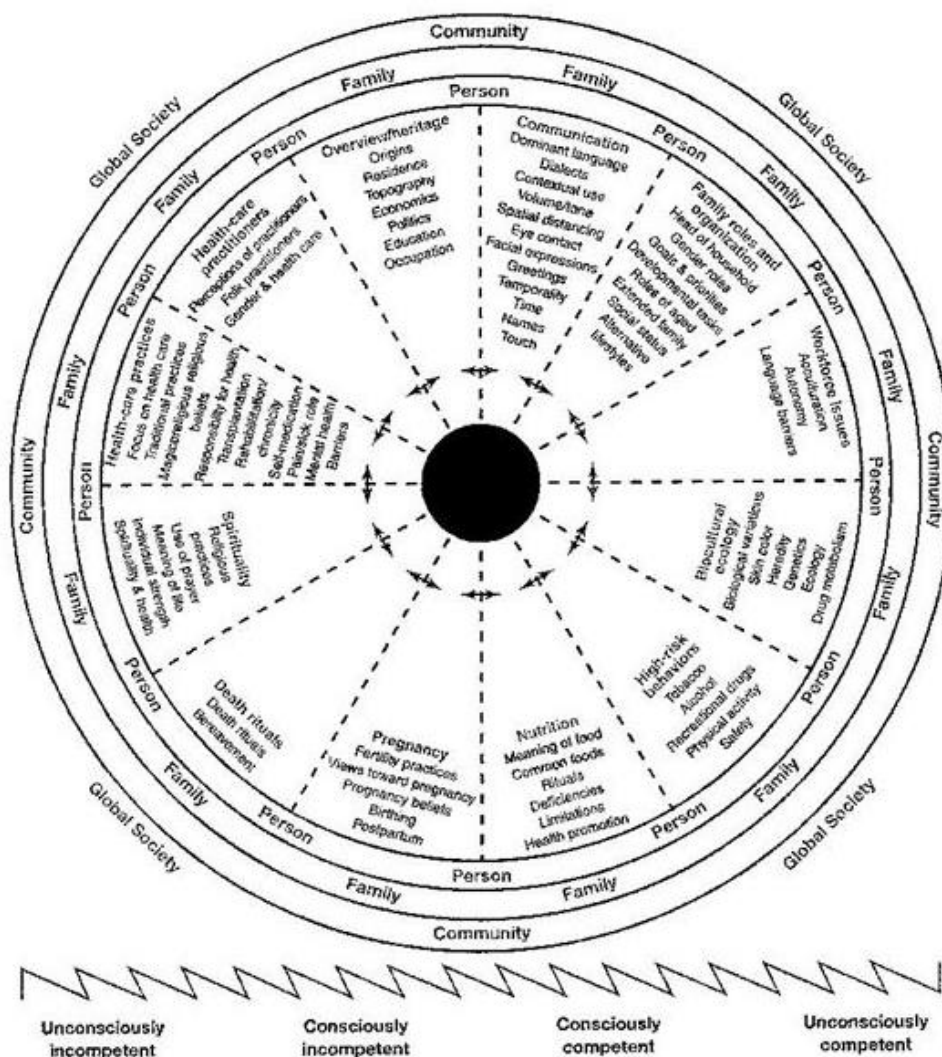
Dle Purnella mohou po analýze kulturních údajů odborníci přijmout, pozměnit nebo odmítnout intervence a léčebné režimy, které respektují kulturní odlišnosti konkrétního pacienta. Taková přizpůsobení zlepšují kvalitu zdravotních zkušeností pacienta a osobní existenci.

Dvanáct domén, které jsou základem v Modelu kulturních kompetencí dle Purnella pro posuzování etnokulturních atribut jednotlivce, rodiny nebo skupiny, jsou:

1. **Přehled a dědictví**, která obsahuje pojmy týkající se země původu, bydliště, ekonomické situace, politiky, dosaženého vzdělání a povolání. Tyto aspekty se navzájem ovlivňují a mají přímý vliv na migraci, reakce na zdraví a nemoci, přístup a kvalitu péče (Sagar, 2012).

2. **Komunikace.** Purnell (2008) tvrdí, že doména komunikace je nejkompexnější, zahrnuje verbální jazykové dovednosti, stejně jako neverbální aspekty, jako je oční kontakt, dotyk, vhodné pozdravy a časová orientace, průběh minulosti, přítomnosti, budoucnosti, čas a jména.
3. **Role a organizace v rodině** zahrnuje vztahy mezi těmi, kteří jsou uvnitř i vně a zahrnují roli pohlaví, roli starších a rozšířených rodinných příslušníků a sankce za alternativní životní styl (Purnell, 2008). Dále také informace o hlavě rodiny, úkolech dětí, adolescentů a o sociálním statusu (Purnell, 2013).
4. **Problematika pracovních sil** obsahuje položky začlenění se do kultury, autonomie a jazykové bariéry (Purnell, 2013).
5. **Biokulturní ekologie** zahrnuje fyzické, biologické a fyziologické rozdíly mezi etnickými a rasovými skupinami, biologické odlišnosti, barvu pleti, dědičnost, genetiku, ekologii a metabolismus léčiv (Purnell, 2008).
6. **Vysoce rizikové chování** je šestá doména, která se zaměřuje na problematiku kouření a zneužívání dalších návykových látek, alkoholu, rekreačních drog, dále na nebezpečné řízení a sexuálně přenosné choroby (Purnell, 2008).
7. **Výživa** se věnuje významu jídla a s jídlem spojenými rituály, dále zahrnuje nedostatky jídla, věnuje pozornost i potravinám podporujícím zdraví a působícím jako prevence před onemocněním a potravinám, které napomáhají obnovovat zdraví (Purnell, 2008).
8. **Těhotenství** zahrnuje kulturně schválené prostředky na podporu plodnosti, těhotenství, porodu a poporodních rituálů (Purnell, 2008).
9. **Rituály smrti** - tato doména se věnuje pohledu jedince na smrt, umírání a okolnostem souvisejícím se smrtí (truchlení, zpopelnění a pohřeb) (Purnell, 2008).
10. **Spiritualita.** Purnell (2008) zdůrazňuje, že doména spiritualita zahrnuje nejen náboženské přesvědčení, ale také její působící účinky na jiné kulturní oblasti, zejména na výživu a zdravotní postupy.
11. **Praktiky zdravotní péče** jsou zaměřeny na péči o zdraví, tradiční praktiky, rituály a náboženské praktiky, odpovědnost za zdraví, transplantace, rehabilitace, samoléčbu, role bolesti, duševní zdraví a zdravotní omezení (Purnell, 2008).
12. **Poskytovatelé zdravotní péče** je doména, která se věnuje vnímání poskytovatelů péče, lidovému léčitelství, gender a zdravotní péči (Purnell, 2013).

Podle Purnella (2002) není kulturní kompetence lineární a jedná se o přizpůsobení péče takovým způsobem, který je v souladu s kulturou klienta.



Obrázek 1 Model kulturních kompetence (Purnell, 2013)

Jak již bylo zmíněno, Model kulturních kompetencí má široké uplatnění ve zdravotnictví, výzkumu, pedagogických vědách a je vhodný pro využití v různých vědních a prakticky i teoreticky zaměřených oborech. V souvislosti s tím byla autorkou práce provedena literární rešerše (viz kapitola 2.2.2 Výzkumná šetření s využitím Modelu kulturních kompetencí), jejímž cílem bylo z dostupných zdrojů zjistit, zda a jak je Model kulturních kompetencí využíván ve zdravotnické praxi.

2.2.2 Výzkumná šetření s využitím Modelu kulturních kompetencí

Využití Modelu kulturních kompetencí dle Purnella je poměrně rozmanité a toto tvrzení dokládá i analýza literárních zdrojů, která byla autorkou práce provedena a zaměřena na využití Modelu kulturních kompetencí ve zdravotnické praxi.

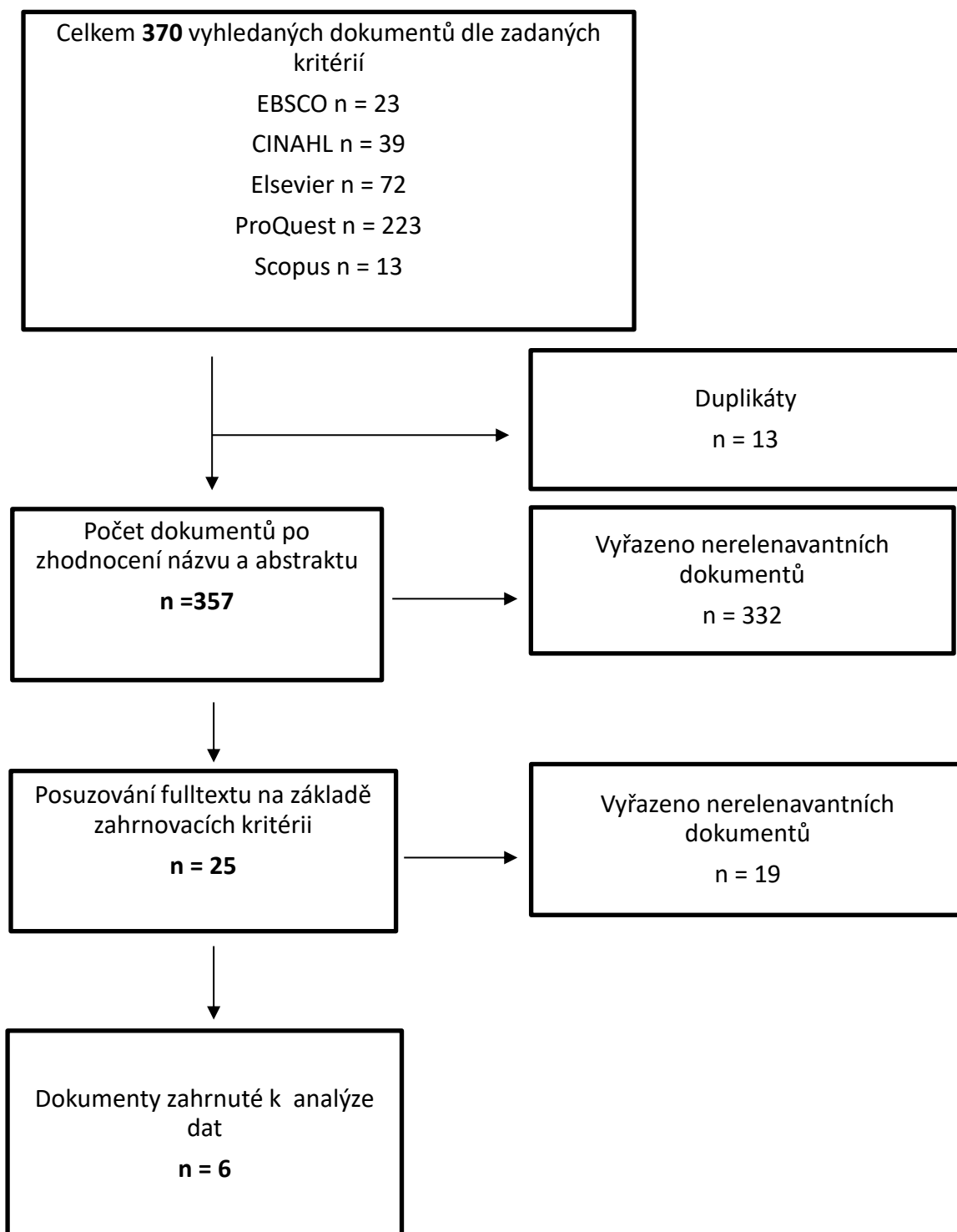
Pro vyhledání relevantních zdrojů, které se věnují problematice využití Modelu kulturních kompetencí v praxi, byly ze zahraničních elektronických databází prohledány EBSCO, CINAHL Plus with Full Text, Science Direct, Scopus a ProQuest.

Rešeršní otázka byla sestavena dle formátu PICO, aby následně mohlo dojít k vyhledání co nejlepších klinických důkazů, a zní: ***Je Model kulturních kompetencí (I) využíván nelékařským zdravotnickým personálem pro kulturní zhodnocení (O) u klientů z odlišných minoritních skupin (P)?*** (Jarošová, Zeleníková, 2014).

Při vyhledávání byla zadána klíčová slova: *Model for cultural competence, Purnell, cultural assessment* a jejich kombinace s využitím booleovského operátora „AND“. Byly zadávány i alternativy klíčových slov: *multicultural nursing, Purnell Model, Larry Purnell*.

Vyhledávání a zhodnocení relevantních zdrojů probíhalo na základě obsahové analýzy textu od května do července roku 2016. V textech byly analyzovány typ studie, způsob využití Purnellova modelu, výzkumný soubor a jeho uplatnění v klinické praxi. Vyhledávání bylo zaměřeno na odborné recenzované články vydané v rozmezí let 1991 až do současnosti. Rok 1991 byl jako počátek zvolen z důvodu „vzniku“ Modelu kulturních kompetencí v tomto roce. Dalším zařazujícím kritériem byl jazyk dokumentu český, slovenský nebo anglický. Vyřazujícím kritériem byly dokumenty, které se věnují Modelu kulturních kompetencí v teoretické rovině a nenabízí možnost praktického využití, anebo využití modelu v jiném prostředí než zdravotnickém.

V databázích, které byly prohledávány, bylo nalezeno celkem 370 publikací. Po vyřazení duplicit, zhodnocení názvu práce a abstraktu bylo vyřazeno 345 dokumentů, které nesplňovaly námi stanovená základní kritéria. S ostatními 25 dokumenty bylo pracováno dále a byl u nich vyhledán plný text. Po jeho zhodnocení bylo vyřazeno 19 dokumentů, které nesplňovaly zařazovací kritéria, například nebyl využit Purnellův model kulturních kompetencí nebo nebyl výzkum realizován v souvislosti s ošetrovatelskou péčí, neodpovídala klíčová slova nebo jejich synonyma. Konečný počet dokumentů (viz Obrázek 2), které byly podrobeny analýze, je šest, z toho tři studie jsou teoretického charakteru s praktickým využitím, ve dvou studiích je provedeno kvalitativní výzkumné šetření a v jedné studii kvantitativní výzkumné šetření. V teoretických studiích je vysvětleno užití Purnellova modelu pro konkrétní oblast ošetrovatelské péče, v kvalitativních studiích je popsán výzkumný design, použitá metoda výzkumného šetření, soubor respondentů a závěry a u kvantitativního šetření je taktéž popsána metodika šetření, soubor respondentů a shrnutí stěžejních výsledků (Příloha 4).



Obrázek 2 Vývojový diagram zahrnutých dokumentů. Zdroj: autorka disertační práce

V šesti analyzovaných člancích byl využit Model kulturních kompetencí dle Purnella (dále jen Model) jako samostatná metoda či ve spojení s dalšími metodami a nástroji. Dále jsou uvedeny základní poznatky, které autoři v souvislosti s Modelem uvádí.

1. Studie teoretického charakteru s nástinem praktického využití Purnellova modelu

Do této skupiny analyzovaných publikací jsou zařazeny tři studie.

Black a Purnell (2002) se ve své práci zaměřují na potřebu zvyšování interpersonálních a komunikačních dovedností u fyzioterapeutů poskytujících péči klientům z různého kulturního prostředí. Jestliže by nebyly respektovány kulturní zvláštnosti klientů, mohlo by dojít k neefektivní léčbě, ba dokonce k poškození klienta. Toto se týká zejména oblasti dotyků na určitých tělesných partiích, na které se péče fyzioterapeuta u konkrétního klienta zaměřuje. Pro fyzioterapii jsou to místa obvyklá, ovšem klient je může vnímat jako velmi nevhodná. V tomto článku je nabídnuta možnost jak vychovávat fyzioterapeuty a zároveň klienty v souvislosti s různorodostí kultur. Dále Black a Purnell (2002) analyzují jednotlivé domény Modelu a uvádí konkrétní příklady možného kulturního střetu a návod, jak jim předcházet. Za hlavní body aplikace kulturního porozumění do praxe autoři považují rozvíjení porozumění své vlastní existence, dále prokazování znalostí a pochopení klientovy kultury, akceptování a respektování kulturních odlišností a přizpůsobení péče tak, aby byla ve shodě s požadavky klienta.

Model může být použit i v dalších oblastech péče o zdraví. Jak uvádí **Warren (2002)** ve svém článku, kulturní kompetence jsou klíčovým faktorem v rozvíjení ošetrovatelské péče v oblasti mentálního zdraví. Model „*The Interlocking Paradigm of Cultural Competence*“ (IPCC) uvedený ve Warrenově článku je založený na dobré praxi. Tento model staví na práci autorů Purnella, Peplau, Leininger, Nichols, Campinhy-Bacote a má pět hlavních faktorů, které reprezentují teoretický a filosofický proces. Těmito faktory jsou: terapeutické hodnoty, pohled na svět, proces a orientace. V práci jsou jednotlivé faktory diskutovány v souvislosti s užitím v oblasti psychiatrického zdraví u sester a jejich klientů z odlišných rasových a etnických kulturních skupin. IPCC je model pro poskytování dobré praxe, který je aplikovatelný pro sestry poskytující péči v oblasti psychického zdraví. Paradigma kombinuje teoretické pohledy zúčastněných sester a expertů v oblasti kultury. Kulturně kompetentní sestra využívá odbornou ošetrovatelskou péči a kulturní znalosti se základním cílem partnerské spolupráce s klienty k dosažení vhodných výsledků.

Teorie transkulturní péče nemusí být uplatňována pouze na klienty z odlišného kulturního prostředí. **Law a John (2012)** ve svém článku demonstrovali užití teorie

transkulturní péče na lidech bez domova. Tuto sociální skupinu chápou jako skupinu, na kterou by se mělo nahlížet jako na transkulturně odlišnou. V článku shrnují pojetí kultury od jednotlivých autorů, kteří se multikulturní tematikou zabývají, například pojetí kultury od Purnella, Leininger, Giger-Davidhizar a Campinhy-Bacote. Řada dobře známých transkulturních teorií (Campinha-Bacote, Andrews and Boyle, Leininger, Purnell, Giger and Davidhizar) obecně odkazuje na kulturní skupiny z hlediska etnicity. Aplikací transkulturní teorie na skupinu lidí bez domova může být pole působnosti zmiňovaných modelů rozšířeno na kulturní skupiny zahrnující například pohlaví, věk, sexualitu a postižení.

2. Kvalitativní studie

Do skupiny kvalitativních studií byly zařazeny dvě publikace.

Rodríguez, Muñoz a Komura Hoga (2014) ve své práci využili Model kulturních kompetencí dle Purnella jako rámec pro kvalitativní šetření metodou Pozorování – Účast - Reflexe. Jednotlivé domény modelu poskytly prostor pro zjištění zkušeností imigrujících sester. Autoři prováděli rozhovory s patnácti zdravotními sestrami, které imigrovaly do Chile. Hlavní důraz byl kladen na následující domény: přehled/dědictví, komunikace, pracovní síly, organizace a role v rodině, biokulturní ekologie a praktiky zdravotní péče. Cílem studie bylo zjistit zkušenosti věnující se kulturním rozdílům u sester, které imigrovaly do Chile a které zde pracují ve zdravotnických zařízeních. Jak uvádí Rodríguez, Muñoz a Komura Hoga (2014), průzkum a popis těchto zkušeností může přispět k cílené podpoře nelékařských zdravotnických pracovníků, kteří přicházejí do cílové země vykonávat své povolání. Stejně tak to může pomoci samotným zdravotnickým institucím, aby se mohly na příchod budoucích zaměstnanců lépe připravit a měly možnost jim tak zajistit co nejpříhodnější podmínky. Zdravotní sestry, které imigrují do určité země, potřebují být začleněny do nového kulturního prostředí, seznámit se se standardy, přizpůsobit se novým normám a hodnotám, které jsou zde uznávané. Data byla sbírána ve dvou zdravotnických zařízeních. Kritéria pro zařazení respondentek do šetření byla: imigrující zdravotní sestra, získané vzdělání v zemi původu, práce alespoň jeden rok v nemocnici v Chile a dobrovolná účast ve studii. Sestry uváděly, že při poskytování ošetrovatelské péče jim někdy brání jejich vlastní potřeba začlenit se do nové kultury. Rozdíly v pracovním zázemí, zodpovědnosti, způsobu řízení, vedou spíše ke snižování pocitu sebejistoty a sestry se cítí nejisté v novém kulturním prostředí. Samozřejmě jsou tyto pocity závislé na úrovni komunikace, zkušenostech a vztazích s kolegy. V celkovém kontextu byly respondentky spokojené. Maňhalová a Tóthová (2016) ve své

práci uvádí, že tato studie se stala podkladem pro rozvoj integrační politiky státu a programů v souvislosti s ošetrovatelským vzděláváním.

Phelps a Johnson (2004) ve své práci pojednávají o případové studii jednoho menšího venkovského zdravotnického zařízení v Delaware v USA, které na svých webových stránkách vytvořilo návod, jak poskytovat kulturně senzitivní a kompetentní péči obyvatelům původem z Haiti. K vytvoření webových stránek vedlo několik kroků. Prvním krokem byla rozsáhlá literární rešerše zdrojů věnujících se kultuře Haiti a víře ve zdravotní péči. Prohledávanými databázemi byly CINAHL a Medline. V dalším kroku byly prováděny rozhovory s obyvateli z Haiti, jejichž cílem bylo ověření informací z analyzovaných zdrojů. Rozhovory byly uskutečňovány pomocí kontaktů ve zdravotnickém zařízení a většina respondentů mluvila anglicky. Rozhovory byly semistrukturované se šesti klienty a tazatel pokládal otázky typu: „*Jaká je zdravotní péče ve Vaší komunitě? Jaké jsou největší rozdíly ve zdravotní péči v USA a na Haiti? Jak mohou být poskytovatelé péče v Delaware nejvíce nápomocni obyvatelům z Haiti?* Uvedené odpovědi, které nebyly nalezeny v databázích, byly například, že obyvatelé z Haiti hodně věří přírodní medicíně a fytoterapii. Dále se respondenti domnívali, že nedostatek peněz znamená nemožnost využít jakoukoliv zdravotní péči. Další častou odpovědí na otázku týkající se rozdílů mezi USA a Haiti byla špatná hygiena, znečištěná voda a z toho vznikající zdravotní komplikace. Ve třetím kroku výzkumného šetření proběhl výběr organizačního rámce. Tím byl Model pro jeho komplexnost a možnosti aplikace na mnoho oborů uvnitř i vně zdravotní péče. Výběr metody prezentace výsledků a způsobu sdílení získaných informací byla další otázka, kterou si autoři kladli a nakonec zvolili tvorbu webových stránek. Důvodem byla výhoda studia materiálů ve vlastním sociálním prostředí a úspora času dojížděním, dostupnost informací prakticky pro každého a uplatnění informací v praxi přímo při poskytování péče ve zdravotnickém zařízení. Jedním z důvodů, proč byl návod vytvořen právě pro imigranty z Haiti, je jejich rychle vzrůstající populace v USA a dále velká jazyková bariéra. Ačkoli se hispánská kultura stává jednou z hlavních ve Spojených státech, i nadále je na ní nahlíženo jako na cizí. Názory na kulturu obyvatelů z Haiti jsou často spojovány se strachem a nebezpečím z náboženství Voodoo a vysoká incidence infekce HIV/AIDS. Ve sledovaném zdravotnickém zařízení byly některé materiály přeloženy do nejrozšířenějšího jazyka Haiti (Creole), ale mnoho imigrantů neumělo číst.

3. Kvantitativní studie

Studie **Nieto-Vázquez et al. (2009)** je studií s kvantitativním designem výzkumného šetření a ve své práci se autoři zaměřují na péči související s výskytem osteoporózy

u hispánských žen. U deseti procent hispánských žen starších 50 let se vyskytuje osteoporóza. Portorické ženy jako členky rostoucí populace mohou čerpat benefity z edukačních programů zaměřených na větší informovanost o této problematice. Avšak neexistují preventivní programy primárně určené mladým ženám, které by mohly vést ke snížení rizikových faktorů osteoporózy u těchto žen. Dle autorů užití Modelu podporujícího zvyky, hodnoty, víru a normy může ovlivnit rizikové faktory osteoporózy, zejména ve věku adolescence a mladé dospělosti. Jako teoretický rámec této studie byl použit „Health Belief Model“ (HBM) zaměřený na osteoporózu a Model. HBM slouží jako průvodce použitelný k vysvětlování, předvídání a ovlivňování chování souvisejícího se zdravím jednotlivců. Model pomáhá dle autorů článku manažerům a poskytovatelům péče navrhovat preventivní programy a intervenční opatření, která jsou komplexní a kulturně terapeutické. V této studii byly zahrnuty 4 hlavní domény Modelu kulturních kompetencí dle Purnella: biokulturní ekologie, výživa, vysoce rizikové chování a praktiky zdravotní péče. Dle Nieto-Vázquez et al. (2009) uznání portorické kultury je základem porozumění tomu, jak tato kultura ovlivňuje znalosti, víru ve zdraví a vlastní zodpovědnost ve vztahu k nemoci, v tomto případě k osteoporóze. Pro daný výzkum byl použit design randomizované kontrolní skupiny, pre-test a post-test. Experimentální i kontrolní skupina se podrobila pre-testu, který zahrnoval zjištění znalostí o osteoporóze, vyplnění Osteoporosis Health Beliefs a Osteoporosis Self-Efficiacy, které byly identifikovány jako tři závislé proměnné. Experimentální skupina byla podrobena léčbě (intervenční edukační program), který byl považován za nezávisle proměnnou. Za určitý čas byly obě skupiny znovu testovány post-test měřením pomocí tří škál (znalosti o osteoporóze, Osteoporosis Health Beliefs a Osteoporosis Self-Efficiacy. Výzkumu se zúčastnilo 105 žen ve věku 18 - 25 let. Ženy, které absolvovaly edukační program týkající se osteoporózy, měly větší snahu dodržovat preventivní opatření než ženy, které vzdělávací program neabsolvovaly, a byla u nich větší adherence především ve formě preventivního programu. V článku jsou dále uvedeny návrhy, jak výsledky studie využít ve zdravotnické praxi. Konkrétně by sestry měly zvyšovat znalosti žen z jiné kultury, aby pochopily význam intervencí a minimalizovaly riziko vzniku chronických onemocnění.

Maňhalová a Tóthová (2016) ve své práci poukazují na studii autorů Teal a Street (2009), která mapuje přehled kulturních kompetencí a předpokladů, na kterých je model založen. Považují model za velmi vhodný pro sestry, lékaře a ostatní zdravotnické pracovníky a nabádá k překlada do více světových jazyků, aby se rozšířil mezi co nejvíce uživatelů. Tato studie nebyla do celkového počtu studií započtena, jelikož autorky neprováděly výzkumné šetření, ale jednalo se o literární přehled.

Na základě této literární rešerše lze konstatovat, že transkulturní ošetrovatelské modely tvoří velmi dobrý základ pro praktické využití v různých oborech. Jejich využití je nejvíce patrné na Zápádě, kde většina ošetrovatelských modelů také vznikla, ale s postupnou migrací obyvatelstva se bude možnost využití modelů v praxi šířit stále více i do evropských zemí. Transkulturní ošetrovatelské modely také učí nelékařské zdravotnické pracovníky rozvíjet kulturní kompetence, což je základem pro poskytování kulturně kompetentní péče. Popsané vyhledané studie, které využívají Model kulturních kompetencí dle Purnella, hovoří o jeho širokém využití z hlediska oblastí poskytované péče, ale zároveň je patrné, že otázka systematické práce v oblasti multikulturality ve zdravotní péči není ještě zcela rozšířena a je potřebné se více zaměřit na systemizaci péče o klienty z odlišných kultur. K tomu je i dle výše uvedených publikací vhodné využívat ošetrovatelské modely, které jsou specificky vytvořeny pro poskytování transkulturní péče. Takovým modelem je i Model kulturních kompetencí dle Purnella.

Vyhledávání a uspokojování potřeb nemocných patří mezi hlavní pilíře moderního ošetrovatelství. Kvalitní ošetrovatelská péče by měla být zajištěna všem lidem bez ohledu na jejich původ, barvu pleti, náboženské vyznání, a další. To znamená všem, kteří patří k jakékoliv minoritní skupině (Tóthová a kol., 2010).

V současné době, kdy se společnost stále více globalizuje a s lidmi z odlišných kultur se setkáváme prakticky denně, je nezbytné, aby poskytovatelé zdravotní péče dokázali integrovat znalosti o rozdílných kulturách klientů do poskytované péče. K tomu je zapotřebí, aby rozvíjeli povědomí o své vlastní kultuře, zvycích, subkulturách, komunitách a minoritách, které se v dané společnosti vyskytují. Získávání a rozvoj těchto poznatků napomáhá v ošetrovatelském procesu provádět kulturně objektivní zhodnocení, které je základem stanovení individuálního ošetrovatelského plánu (Purnell, 2005 in Tóthová, 2010).

3 Vietnamská minorita a vybraná specifika

3.1 Historický vývoj

Odhaduje se, že mimo Vietnam žije okolo tří a půl milionu lidí s vietnamským původem a počty stále narůstají (Freidingerová, 2014). Ačkoli stěžejní část Vietnamců žije v České republice více než 10 let, jedná se o poměrně izolovanou komunitu (Brouček, 2003).

Během minulých padesáti let se motivy a důvody migrace Vietnamců měnily, od nedobrovolného uprchlictví z politických důvodů po současné trendy za účelem sloučení rodiny a v neposlední řadě dosažení ekonomických nebo studijních cílů (Freidingerová, 2014).

Od 17. století patřil Vietnam do francouzské Indočíny. Během 2. světové války ho obsadili Japonci, kteří na jejím konci kapitulovali, a v roce 1945 byla vyhlášena nezávislá republika Vietnam. Francouzská vláda se však snažila znovu nad Indočínou převzít moc. Tím se rozpoutala Indočínská válka (První válka v Indočíně), která probíhala v letech 1945–1954. Výsledkem bylo podepsání Ženevských dohod, které rozdělily Vietnam na dva státy a to Severní a Jižní Vietnam. V Severním Vietnamu se k moci dostala komunistická strana v čele s Ho Či Minem, která se snažila o znovusjednocení státu. To proběhlo po skončení tzv. Druhé války v Indočíně mezi lety 1975–1976 (Štětka, 2016). Ho Či Min (v originálním znění *Hồ Chí Minh*) byl zakladatelem Komunistické strany Vietnam a v letech 1964 až 1969, kdy zemřel, byl prezidentem Vietnamské demokratické republiky (Studík, Teplík, 2006). Moc ve Vietnamu si držela Komunistická strana Vietnam, bylo zakázané soukromé vlastnictví. Centrálně plánovaná ekonomika a celá země se tím uzavřela před okolním světem. V roce 1979 USA uvalilo embargo na Vietnam, nastala velká ekonomická krize a Vietnam se zařadil mezi nejchudší země světa. Komunistická strana provedla reformu známou jako *Đổi mới*, která vedla k zrušení centrálně plánovaného hospodářství a bylo povoleno soukromé podnikání. Od té doby ekonomika země neustále roste (Hlavatá, 2008).

Československo a Vietnamská demokratická republika navázaly diplomatické vztahy právě na začátku roku 1950, kdy byl Vietnam v konfliktu s Francií (Štětka, 2016). Československo navázalo kontakty na jedné straně ze solidarity k zemi komunistického bloku, na druhé straně zde byla vidina navázání vztahů s asijskou zemí a možnost získání exotického zboží (Barešová, 2010).

Do Československa začali Vietnamci přicházet po roce 1956. Nejčastěji se jednalo o děti z rodin postižených válkou ve Vietnamu (Brouček, 2003). Tento krok byl nazván

„Pomoc válkou postižené zemi“. Mezi tehdejší československou a vietnamskou vládou byla podepsána Dohoda o vědeckotechnické spolupráci, následována v roce 1957 Dohodou o kulturní spolupráci (Kocourek in Šišková, 2001). Tato spolupráce probíhala do 80. let 20. století, kdy sem na vyučení, za studiem, či za zajištěním provozu továren přicestovalo tisíce Vietnamců (Vláda (c) 2009-2019b). Děti zde studovaly školy a mnohé z nich, které v České republice zůstaly, se adaptovaly na zdejší podmínky. Pro lidi v následných migračních vlnách byla typická pracovitost a spoléhání se na vlastní síly (Brouček, 2003). Přesuny studentů a učňů měly primárně sloužit k importu technologie a „know-how“ použitelného při rekonstrukci země (Barešová, 2010). Mezi další projevy pomoci patří například vybudování a zařízení nemocnice Československo – vietnamského přátelství v Haifongu v letech 1957-1960 na náklady ČSR. V roce 1956 dětský domov v Chrastavě na Liberecku přijal 100 vietnamských dětí, zejména válečných sirotek (Barešová, 2010). Vychovatelé v domově rozdělili tyto děti do pěti tříd a učili je dle tehdejších učebních osnov. Vyučovali zde vietnamští učitelé dějiny Vietnamu i vietnamský jazyk z důvodu, aby nezapomněli na zemi původu. V roce 1959 se většina dětí na popud vietnamské strany vrátila domů, obávala se totiž o ztrátu jejich kulturní identity stejně, jako tomu bylo v případě ostatních dětí, jež se vrátily z jiných spřátelených zemí. Zůstat smělo jen 15 nejstarších vietnamských dětí, které navštěvovaly 8. třídu základní školy a následně absolvovaly středoškolské studium, některé z nich i vysokoškolské (Martínková, 2006).

Po událostech v listopadu 1989 došlo k pádu československé komunistické vlády, a tedy i rozchodu se Sovětským svazem a jeho spřízněnými zeměmi, mezi které patřila i Vietnamská socialistická republika. Následovaly tak velké zpětné emigrační vlny z obavy o budoucí vývoj Československa, a to buď do západních zemí (především Německa), nebo zpět do Vietnamu. Sama československá vláda však nevyvíjela silnější tlak na odchod vietnamských imigrantů a většina z nich tak setrvala v Československu i navzdory nařízenému návratu. V 90. letech 20. století přijela další vlna vietnamských imigrantů, nejčastěji rodinní příslušníci a přátelé již usazených (Freidingerová, 2014). Tito lidé se zde začali zabydlovat, zakládat rodiny a podnikat. Jejich počet vzrostl o 28,5 tisíce osob během deseti let (1991–2011) (Vláda ČR, (c) 2009-2019b). Český statistický úřad (dále „ČSÚ“) na základě statistik vedených Ředitelstvím cizinecké policie uvádí, že na území České republiky žilo k 30. 03. 2017 celkem 58 716 občanů Vietnamské socialistické republiky Po Slovácích a Ukrajincích tak Vietnamci představují třetí největší národnostní skupinu v ČR (Český statistický úřad, 2019c). V současné době v ČR vyrůstá druhá generace vietnamských imigrantů, kteří jsou někdy označováni jako „banánové děti“. Ti navštěvují české školy, mluví plynule českým jazykem

a snaží se vymanit z označení, které se dostává jejím rodičům, tedy „stánkaři a prodavači ve večerkách“ (Musálková, 2013).

Počet Vietnamců v České republice po roce 2000 neustále stoupá. Už v roce 2013 se Karel Schwarzenberg (tehdejší ministr zahraniční a předseda Rady vlády pro národnostní menšiny) snažil prosadit, aby se Vietnamci stali národnostní menšinou a mohli zasednout v Radě vlády pro národnostní menšiny (Kůrová, 2013). Status národnostní menšiny komunitám umožňuje více rozvíjet jejich kulturu, tradice a především jazyk. V obcích s výrazným zastoupením Vietnamců by se jejich děti mohly učit ve vietnamštině. Oficiální postavení také členům menšiny zaručuje používat svůj jazyk ve styku s úřady i před soudy (Jiříčka, 2013).

První snahy o členství v Radě vlády pro národnostní menšiny byly již v roce 2007, kdy o to požádal Svaz Vietnamců v ČR. V reakci na tuto snahu tehdejší předsedkyně Rady MUDr. Džamila Stehlíková začala zvat na jednání Rady jako hosta zástupce vietnamské komunity, Ing. Duong Viet Dunga. Od února roku 2012 probíhala v rámci každého jednání Rady diskuse o argumentech pro a proti začlenění vietnamské komunity do Rady. Ta byla dovršena dne 3. července 2013, kdy vláda svým usnesením č. 530 jmenovala RNDr. Huu Uyen Phama, CSc. členem Rady vlády pro národnostní menšiny (Vláda ČR, 2013).

Práva národnostních menšin jsou stanovena zákonem č. 273/2001 Sb. o právech příslušníků národnostních menšin a o změně některých zákonů. Dle §2, odst. 1 je národnostní menšina společenstvím „občanů České republiky žijících na území současné České republiky“. Z této definice vyplývá, že do vietnamské menšiny patří pouze ti, kteří disponují českým občanstvím (Česko, 2001). Od roku 2014 je v platnosti zákon č. 186/2013 Sb., o státním občanství České republiky, jenž výrazně ulehčil nabývání českého občanství a poskytl především druhé generaci cizinců možnost ponechat si vedle českého i své původní občanství. Nabytí občanství je nyní možné udělením nebo prohlášením (Česko, 2014).

3.2 Specifika vietnamské minority

Česká republika se řadí mezi 15 států, ve kterých žije nejvíce Vietnamců. V Evropě zaujímá Česká republika 4. místo za Francií, Německem a Ruskem. V celosvětovém měřítku se Česká republika se řadí na 3. místo s největším počtem Vietnamců v poměru k populaci dané země. První dvě místa obsazují dvě země sousedící s Vietnamem, a to Kambodža a Laos (Freidingerová, 2014).

V komunitě Vietnamců hraje velký význam to, v jakém věkovém období člověk do České republiky přišel. Freidingerová (2014) dělí migrační generaci na první generaci, kam

zahrnuje jedince, kteří přišli v dospělosti, dále na jedenapůltou generaci, kam patří jedinci, kteří byli v době příchodu do republiky ve věku 6-12 let a nakonec děti do pěti let věku nebo zde narozené řadí do druhé generace. Brouček (2003) dělí komunitu Vietnamců na starousedlíky, porevoluční příchozí a čerstvou vlnu migrantů po roce 2000. Barešová (2010) uvádí, že s vietnamskou komunitou v České republice je nutno počítat, nepřístupovat k ní jako k homogenní uzavřené skupině, ale naopak. Jedná se o komunitu různorodou, s rozdíly ve společenském a majetkovém postavení. Pro mnoho Vietnamců druhé a třetí generace přistěhovalců je Česká republika domovem v pravém slova smyslu.

Životní prioritou je pro Vietnamce rodina (Martínková, 2008). Ve vietnamské společnosti jsou udržovány pevné rodinné vazby a rodina je pro ně nesmírně důležitá. Za rodinu nejsou považováni jen rodiče, ale těsné vazby jsou i mezi vzdálenějšími příbuznými (Kutnohorská, 2013, Šišková, 2001). Tradiční vietnamská rodina je striktně patriarchální a muž má povinnost se o rodinu starat. Vacková a Záleská (2016) také uvádí, že hlavou rodiny je muž, avšak v praxi je spíše vyzdvihována žena, která bývá často v řídicích a vysokých funkcích. Martínková (2008) vysvětluje, že muže jako hlavu rodiny dříve určoval konfucianství, ale žena měla vyšší společenské postavení, jelikož přispívala do rodinného rozpočtu. Poslední slovo však má muž. Od muže se očekává, že se bude k ženě chovat slušně, bude jí projevovat úctu, bude k ní laskavý a milý. Ženě i dětem by měl být oporou. Od ženy se očekává, že bude pečovat o manžela, rodiče a o děti. Ženy by měly řídit chod domácnosti, chovat se slušně, umírněně a mít důstojné vystupování na veřejnosti (Vasiljev, 2006). Od mladých rodinných členů se očekává respekt ke starším a takové chování, které nezneuctí jméno rodiny (Mattson in Purnell, 2013). Děti imigrantů, které se v České republice narodily nebo přišly jako malé, se od svých rodičů liší. Mluví plynule českým jazykem a mají české přátele. Tím, že většinou jejich rodiče pracovaly a děti navštěvovaly české školy a některé měly i české chůvy, mají české návyky a chování. Toto může tvořit rozpor mezi nimi a jejich rodiči, zejména pokud patří k nově příchozím Vietnamské děti bývají spojovány s vynikajícími studijními výsledky. Vietnamská komunita uznává vzdělanost jako jednu z nejvyšších hodnot (Freidingerová, 2014). Většina Vietnamců respektuje autority, úspěšné lidi, vzdělání a harmonické pracovní prostředí. Mohou být znepokojeni faktory, jako jsou dochvilnost, plnění termínů a soupeření (Mattson in Purnell, 2013).

Vietnamská jména jsou zpravidla trojčlenná. Skládají se z osobního jména, příjmení a spojovací slabiky (Tóthová, 2010). Slovo na první pozici můžeme označit jako příjmení. Nejběžnější ve Vietnamu jsou příjmení: Trần, Lê, Ngô, Vũ, ðõ, Hoàng, ðinh, Phù, Nhữ, ðào, aj. Děti zpravidla získávají příjmení po otci, ženy se vstupem do manželství neztrácejí své

rodové příjmení. Na druhé pozici ve jméně je slovo, které někdy může napomoci k určení pohlaví osoby. Pro označení ženy se používá především slabika Thi a u mužů Vn popřípadě Hn, Lien, apod. (Vasiljev, 2006). Na posledním místě stojí vlastní jméno, které se často liší podle pohlaví (Kocourek in Šišková, 2001). Vietnamci věří, že jméno souvisí s duší člověka. Dítěti se proto nedává hned jméno, ale jen přezdívka, často i nehezka. Věří, že pokud dají dítěti pěkné jméno, přilákají zlého ducha a ten bude dítěti co nejvíce škodit (onemocnění, smrt, apod.) (Vasiljev, 2006).

Existuje mnoho stereotypů a předsudků při vnímání etnik. U Vietnamců se během verbální i neverbální komunikace vyskytují odlišnosti, které mohou být majoritní společností chápány jinak, než ve skutečnosti jsou (Šišková, 2001). Vietnamci dodržují pravidla slušného chování, snaží se nevyvolávat konflikty a jednat zdvořile (Vacková a Záleská, 2016). Rösslerová (2002) uvádí, že Vietnamci nechtějí obtěžovat blízké okolí jakýmkoli stížnostmi, stejně tak není přípustné přivádět na veřejnosti druhou osobu do nesnázi. Pokud se někdo dopustí chyby či omylu, veřejně by to nemělo být vytýkáno. Jedinec, který vytýká omyly druhému na veřejnosti, ztrácí svoji hrdost a tvář. Je proto lepší řešit problémy mezi čtyřma očima (Kocourek, 2001).

Úsměv má ve Vietnamu, kromě tradičního významu pocitu radosti, humoru, veselosti, také několik dalších významů, jako je pocit nepříjemnosti, velké nesnáze nebo omluvu v případě, že dotyčný nerozumí projevu mluvčího. V kontextu nepříjemné situace chce mluvčí zmírnit fakt, že se svými problémy obtěžuje. Stačí, že se trápí sám. Proč by měl navíc trápit ještě ostatní (Kocourek in Šišková, 2001, Müllerová, 2004).

Přímý oční kontakt je stejně jako smrkání na veřejnosti nezdvořilý. Nepřípustné je i líbání na veřejnosti (Kutnohorská, 2013). Muži se mezi sebou zdraví podáním ruky. Podáním ruky se pozdraví i se ženou, ale vietnamská žena nesmí nabízet ruku jako první (Purnell, 2008). Při podání rukou překryje a stiskne druhá ruka obě první podávané ruce. Za nevhodné se také považuje, když se cizí muž dotkne cizí ženy (Špirudová a kol., 2004). Za stejně nepřípustné se považuje pohlazení vietnamského dítěte po hlavě, aniž by s ním byl dotyčný v příbuzenském vztahu (Rösslerová, 2002). Hlava je pro ně posvátná část těla, jelikož ji považují za sídlo duše a doteky jsou proto nežádoucí (Kadlecová, 2014). Výjimkou jsou rodiče, kteří děti po hlavě hladí (Kutnohorská, 2013).

Jsou-li Vietnamci hospitalizovaní, jsou velice trpěliví a důslední. Zdraví je pro ně nejvyšší hodnotou, neodmítají vyšetření ani léčebné výkony (Tóthová, 2010). Nemoc chápou jako nerovnováhu mezi jin a jang a k lékaři jdou až po neúspěšném domácím léčení (Tóthová, 2010). Rodina hraje důležitou roli v životě nemocného. Svoji přítomností se snaží nemocného

podpořit citově, fyzicky i ekonomicky a zdravotnický personál by měl při plánování péče s rodinou spolupracovat (Tóthová, Sedláková, 2006). Bez konzultace s rodinou není vhodné říkat pacientovi závažnost jeho stavu (Kutnohorská, 2013). Je třeba počítat i s tím, že rodina může požádat, aby klientovi nebyla sdělována diagnóza nevyléčitelné choroby (Leininger, 1995). Bojí se, že diagnóza uspíší smrt a způsobí, že se pacient předčasně vzdá (Tóthová, Sedláková, 2006).

Nejsou-li pacienti schopni sami provést například hygienu nebo se o sebe postarat, preferují přítomnost blízké osoby stejného pohlaví. Dále upřednostňují použití toalety před užitím podložní mísy (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005). Vietnamci neoznámí únavu, v případě bolesti odmítají analgetika ze strachu ze závislosti, o zvracení mluví až po tom, co vše uklidí (Špirudová a kol., 2004).

Je-li žena těhotná, dodržuje striktně rady lékařů, dbá na zdravý životní styl, zdravou stravu a na preventivní prohlídky chodí pravidelně (Tóthová, 2010). V případě, že by během těhotenství nastal problém, přizve se jiný člen rodiny, zejména muž, který rozhodne, kdo a jakým způsobem ženě sdělí, že něco není v pořádku (Mocková, 2006). Těhotná žena by měla být v teple a neprovádět namáhavou práci. Těsně před očekávaným porodem provádí rituál očisty. Preferují vaginální porod před císařským řezem a během porodu neudávají bolest a snaží se být potichu (Špirudová, 2004, Tóthová, 2010, Mocková, 2006).

4 Romská minorita a vybraná specifika

Romové – „Cikáni, nepřizpůsobiví a sociálně vyloučení,“ jak jsou mnoha lidmi označováni, patří mezi nejkritizovanější a zároveň mezi nejohroženější skupiny obyvatelstva v České republice (Davidová, Uherek, 2014).

Jedním z charakteristických rysů romství, které jsou nejméně akceptovatelné majoritou, je tendence opovrhovat ostatními skupinami Romů, na které je pohlíženo jako na nečisté, ale také považovat osoby jiného než romského původu (gádže) za podřadné osoby (Bittnerová, Moravcová, 2013).

Aby byl Rom Romem, nestačí jen, aby se jako Rom narodil, musí se také jako Rom chovat. Dodržování pravidel sociální organizace zahrnuje respektování příslušnosti k rodové linii a plnění závazků, které z ní vyplývají, plnění rolí příslušejících k věku a pohlaví, dodržování svatebních zvyků (Jakoubek, 2008). Romství je vlastnost, kterou jedinec získává tak, že se narodí a vyrůstá v romské rodině, a že se ztotožní s její hodnotovou orientací. Romství je možné ztratit, např. dlouhodobým pobytem v dětském domově, lze ho odmítnout dobrovolnou vlastní asimilací s majoritní společností. Romství však nelze snadno získat například přiřazením, přivdáním či pouhým přihlášením se k romství (Sekyt, 2005).

4.1 Demografie a situace Romů od historie po současnost

Vzhledem k tomu, že ještě donedávna byla romská historie zkoumána a popisována výhradně gádži, neromy, pochází většina materiálů od majority a Romové jsou zde zobrazení spíše negativně, často ovlivněny předsudky a neznalostí. Vlastní historické romské prameny neexistují (Fraser, 1998 in Kaleja, Knejp, 2009).

Za pravlast Romů je považováno území dnešní Indie, přesněji státy Rádžasthán a Paňdžáb a důvody odchodu ze země se různí (Horváthová, 2002). Někteří autoři uvádí, že důvody byly sociálního rázu. Horváthová (2002) uvádí, že důvodem bylo vyhnání vyššími stavy společnosti anebo vlivem územní expanze sousedních států.

Romové postupovali z Indie v závislosti na geografických podmínkách přes Mezopotámii na Blízký východ, do asijské části Turecka, kde se velká část Romů zastavila a setrvala asi tři století (12. - 15. století). V souvislosti s mongolskou a tureckou expanzí pokračovali přes Malou Asii a Balkán a pravděpodobně nějaký čas pobýli v Řecku, jelikož se v romštině vyskytuje mnoho slov řeckých. Dále Romové postupovali údolím Dunaje do střední Evropy. Jiná větev přešla Arménii, Kavkaz, později Rusko a dosáhla až Skandinávie. Na území našeho státu, které bylo v té době součástí Uherského království, přibližně kolem

roku 1220, přicházeli Romové zejména z Balkánu (Český rozhlas, ©1997-2019, Kaleja a Knejp, 2009). Ochranný list císaře římského a krále českého Zikmunda Lucemburského z roku 1423, je první spolehlivý historický dokument odkazující na romské skupiny v českých zemích. Tento list vyzýval poddané, aby Romům poskytovali na jejich cestách pomoc a podporu. V tuto dobu Romové zpravidla nesetřvářeli na jednom místě a majoritní společnost je přijímala spíše pozitivně, kdy se jejich putování tradovalo jako trest za odpadnutí jejich předků od víry (Nečas, 1999). Na začátku 15. století pařížský arcibiskup exkomunikoval Romy z církve, jelikož katolická církev poukazuje na to, že se nechovají tak, jak se očekává od lidí na cestě pokání a dodržují jen málo z křesťanských zásad. Tím se pohled majoritní společnosti na Romy začíná zhoršovat (Fraser, 1998).

V českých zemích se oproti jiným evropským zemím negativismus vůči Romům tolik neprojevoval. Například v Německu jsou Romové označováni za špehy a vyzvědače ve prospěch Turků (Nečas, 1999). V roce 1541 dochází ke zhoršení situace v souvislosti s incidentem, kdy v Praze došlo k požáru a z jeho založení byli podezříváni právě Romové. Stále více docházelo k utlačování Romů a v roce 1541 Ferdinand I. vydal mandát, který nařizoval vypovědět Romy z Českého království (Miklušáková in Fraser, 1998). Na základě tohoto nařízení byli Romové mučeni a pronásledováni. Způsoby pronásledování Romů se odlišovaly svou dobou a místem, kdy na Romy byly pořádány hony, při nichž pak byli dopadeni a beztrestně zabiti (Říčan, 1998). Za vlády Leopolda I. byli Romové prohlášeni za psance a „*romské muže směl kdokoli beztrestně zastřelit jako ptáky nebo škodnou zvěř*“ a ženy a děti „*byly trestány uříznutím uší a vyhnáním za hranice města nebo země*“ a později se trest smrti vztahoval i na ně (Nečas, 1999).

Tímto postojem se však nevyznačovali všichni panovníci, někteří měli k Romům daleko vstřícnější postoj, za jejich vlády byli místo represí asimilováni. Například na Moravě se díky moravským feudálům (Kounicové, Lichtensteinové) usazovali kovářské rodiny a v Uhrách rodiny nadaných hudebníků (Miklušáková in Fraser, 1998).

Za doby vlády Marie Terezie a Josefa II. byla snaha o asimilaci a násilné usazení Romů, což s sebou pro vybrané Romy či jejich rody přinášelo mnoho omezení. Tolerované rodiny obdržely povolení k pobytu, ale byly přísně kontrolovány. V některých oblastech dokonce byla potlačována romština a romské děti byly dávány na převýchovu do českých rodin, odkud ale často utíkaly a hledaly rodinu vlastní. Další nařízení bylo například v podobě dodržování povinné školní docházky dětí nebo povinnosti návštěv bohoslužeb. Romové se na základě očekávání měli stát řádnými křesťany (Mann, 2009, Fraser, 1998). Období vlády Marie

Terezie a Josefa II. je jakýmsi zlomem, kdy se Romové stali platnými obyvateli daného území (Fraser, 1998).

V 19. století se postavení Romů příliš nezměnilo. Na některých místech docházelo k rozrůstání romských oblastí, Romové se živili kromě svých tradičních řemesel (košíkářství, kovářství, hudba) ještě jako nádeníci pro neromy, aby zvládali uživit své rodiny. V tomto období bylo významnou událostí rakousko-uherské vyrovnání, byla vydávána protiromská vládní nařízení a Romové byli vykazováni na samý okraj společnosti (Nečas, 1999).

V období první republiky byli Romové uznáni jako svébytná národnostní menšina, ale i přesto byli cizí Romové vyhošťováni ze země. V roce 1927 vyšel zákon č. 117 „o potulných cikánech“, na jehož základě se prováděla řádná evidence romského obyvatelstva, což z Romů vytvořilo „asociální“ skupinu, které je potřeba věnovat vyšší pozornost (Miklušáková in Fraser, 1998). Všem, kteří byli podrobeni soupisu, byly vydány takzvané Cikánské legitimace, sloužící jako průkazy totožnosti (Lhotka, 1999). Soupis Romů, tuláků a osob žijících cikánským způsobem života obsahoval informace pouze o Romech, kteří žili kočovným způsobem života, potulovali se, nikoli o Romech, kteří se v předchozích staletích na našem území usadili (Haišman, 1999). I přes vydání tohoto diskriminačního zákona pokračovala integrace Romů do většinové společnosti, kterou násilně přerušila až nacistická perzekuce (Lhotka, 1999).

Většina dnes žijících Romů na území České republiky přišla ze Slovenska v letech 1945-1993. V první migrační vlně, brzy po skončení války, to byli mladí muži, kteří si zde našli práci a poté se vrátili pro své rodiny na Slovensko, odkud znovu přišli s celými osadami. Usazovali se většinou v pohraničí, odkud odešli Němci a jsou považováni za starousedlíky, s majoritním obyvatelstvem vychází většinou dobře. Zachovali si jazyk, tradice i kulturu (Šišková, 2001). Poptávka po pracovních silách, zejména ve stavebnictví, zemědělství a lesnictví, směřovala Romy do oblastí průmyslových měst. Tato skupina lidí se zde většinou neusazovala (Pavelčíková in Kaleja, Knejp, 2009).

Druhá migrační vlna spadá do období 50. a 60. let 20. století, kdy byly organizovány náборы na stavby a do těžkého průmyslu. Tito Romové se zde obvykle usadili s rodinami. Většinou se jednalo o mladé muže, tudíž si často nedokonale osvojili svůj jazyk a tradice a zároveň se zde tak dobře neasimilovali, aby je majoritní společnost považovala za vlastní (Šišková, 2001). Pro život romských rodin však nebyly v průmyslových oblastech vytvořeny dostatečné podmínky, docházelo k nárůstu problémů s ubytováním, se školní docházkou a zejména s majoritním obyvatelstvem. Usedlí migranti tak tvořili ghetta s přeplněnými a hygienicky závadnými byty a tím se množily stížnosti a petice od majoritních obyvatel

těchto oblastí. Úřady většinou nic nezmohly, jelikož příchozí neměli mnohdy vystaveny ani osobní a pracovní doklady. Problematické byly kočovné skupiny, které nerespektovaly zákonodárství a nechtěly se přizpůsobit majoritě (Pavelčíková in Kaleja, Knejp, 2009).

V roce 1950 byl zrušen zákon „o potulných cikánech“, jelikož rasová diskriminace nebyla slučitelná s naší ústavou a romské obyvatelstvo mělo být zrovnoprávněno s ostatními obyvateli. V roce 1951 ministerstvo vnitra požadovalo od krajů podrobné zprávy o počtu usedlých i kočujících Romů a o způsobu jejich života, dále informace o jejich společenské i osobní morálce, návštěvě škol a zkušenostech z jednání s úřady. Na základě toho v roce 1952 ministerstvo vnitra vydalo směrnici „Úprava poměrů osob cikánského původu“, což mělo vyřešit „cikánskou otázku“ tím, že se provede jejich „převýchova“. Převýchovy se měly účastnit národní výbory masové organizace a ostatní instituce lidově demokratického státu. Převýchovu měl zajistit osmibodový program, kde byly požadavky například na zapojení Romů do řádného pracovního poměru, zajištění ubytování v místě pracoviště, kontroly zda jim je vyplácena mzda, kontrola docházky dětí do školy a do předškolních zařízení. Snahou těchto kroků bylo odstranit diskriminaci cikánského obyvatelstva ze stran úřadů a ve veřejném životě, odstranit jejich negramotnost a vést řádnou evidenci cikánského obyvatelstva (Štolová, 1997). Zprvu vše vypadalo optimisticky, ale dle dalších hlášení vyplouvaly na povrch problémy s migrací Romů, jejich zaměstnaností, děti nedocházely do škol, byla u nich špatná hygienická i zdravotní situace (Haišman, 1999). Ústřední výbor Komunistické strany Československa (KSČ) v průběhu let zjišťuje, že veškerá opatření ztroskotávají na neustálém pohybu většiny cikánského obyvatelstva a zamezit tomuto pohybu byl hlavní úkol výboru. Dále měla být zlikvidována kulturní a společenská zaostalost Romů. Té mělo být dosaženo zapojením všech školou povinných dětí do vzdělávacího procesu a snižovat negramotnost určitých věkových skupin dospělých (Haišman, 1999).

V roce 1958 byl Komunistickou stranou Československa vydán zákon č. 74/1958 o zákazu kočovného způsobu života pod trestními sankcemi. Národní výbory se měly postarat o trvalé usídlení Romů. Byl proveden soupis těchto osob a bez povolení se nesměly vzdálit z místa pobytu. Byly zde zahrnuty i nekočovné rodiny, které dosud nenašly trvalé místo pobytu, tudíž se dále stěhovaly. To nastolilo velmi tvrdé kroky proti romským příslušníkům, byl zákaz užívání romštiny, omezeny všechny veřejné a kulturní romské aktivity. Konečným cílem bylo splynutí romského obyvatelstva s majoritou (Pavelčíková in Kaleja, Knejp, 2009). Toto ovšem nefungovalo. Masové migrace vedly k hluboké krizi romských komunit, byly přetřhány vazby na původní prostředí, kde vztahy s majoritou do určité míry fungovaly, a v novém prostředí se nedokázaly orientovat. Rozpadaly se i vícegenerační rodiny a mizelo

povědomí o tradiční romské kultuře. Výsledkem asimilačních tlaků bylo „naoko“ přizpůsobení se malé části romského etnika majoritě ve stylu oblékání, vybavení bytu, apod. (Pavelčíková, 2004).

V letech 1945-1967 jsou na Romy vyvíjeny asimilační tlaky, sociální marginalita, projevuje se chudoba, vzrůstající sociální závislost, sociální, etnická a rasová nevraživost, napětí, konflikty (Haišman, 1999). Koncem šedesátých let se v atmosféře všeobecného politického uvolňování postupně vytvářela půda pro emancipaci romského hnutí a vznikla první, a jediná, romská organizace za celé období komunistického režimu. Svaz Cikánů-Romů (SCR). Vznikaly nové romské lidové soubory, pěvecké a taneční obory, organizovaly se různé soutěže a byla snaha o zlepšení docházky romských dětí do školy. Činnost SCR byla násilně ukončena v roce 1973 a romské obyvatelstvo se stávalo pasivním objektem státní politiky (Pavelčíková in Kaleja, Knejp, 2009).

V roce 1978 dokument disidentské Charty 77 znovu nastolil otázku uznání práva Romů na svébytnost a účast při řešení problémů spoluobčanů. Vlna kritiky za nedodržování práv se ozvala také ze Ženevy, kde proběhl druhý kongres Mezinárodní unie Romů (Pavelčíková in Kaleja, Knejp, 2009).

Listopad roku 1989 byl pro Romy příslibem velkých a zásadních změn v jejich životě. Romové se stali svébytnou národnostní menšinou se všemi právy, které menšinám v České republice náleží. Část Romů začala hledat svoji identitu a rozvíjet svou kulturu. Svoboda získaná v listopadu 1989 však znamenala i vysokou nezaměstnanost Romů v důsledku jejich nízké kvalifikovanosti a předsudků ze strany zaměstnavatelů (Český rozhlas, ©1997-2019). Nezaměstnanost se v ČR na sklonku 20. století v rámci této minority pohybovala v některých lokalitách až mezi 75 a 95 %. Z tohoto důvodu se vzdělání stalo prioritou mnoha vládních i nevládních organizací (Unucková, 2007).

4.2 Specifika romské minority

V naší zemi se za Romy považují především Romové slovenští - servike Roma a maďarští – ungrike Roma, kteří do Čech a na Slovensko přišli zejména po 2. světové válce. Další skupinu tvoří Cikáni čeští a moravští, kteří přežili období holocaustu. Specifickou skupinou jsou Romové olaští – Vlachike Roma. Ti se vyznačují odlišností a vlastním vědomím o odlišnosti od ostatních Romů. Dodnes si udržují svůj jazyk, vnitřní společenskou strukturu i hodnotový systém a s ostatními Romy se nestýkají (Davidová, 2010). Získat přesnější informace o početním stavu Romů žijících na našem území je téměř nemožné

a jedná se spíše o odhady, které vycházejí z různých statistických měření (Budilová, Jakoubek, 2009).

Vzdělání není pro Romy tak důležité, jako pro majoritní obyvatelstvo. Romové však žijí přítomností a nad budoucností se nezamýšlí. I proto je nutné věnovat se zvyšování motivace pro vzdělávání u romského etnika (Štěpařová, 2007). Jedno romské přísloví praví: „lepší vajíčko dnes, než slepice zítra.“ Z této hodnoty vychází i fakt, že si mnoho Romů nevážá vzdělání, jelikož výsledky mohou uplatnit až za několik let, což je pro ně příliš vzdálené a „nepotřebné“ (Šišková, 2001).

Významná část romských dětí získává základní vzdělání na praktických školách, za což je Česká republika kritizována (Bittnerová, Moravcová, 2013). Romská menšina nemá tradice klasického vzdělávání ve svém jazyce a v současnosti se snaží spíše adaptovat na podmínky českého školství. Pravděpodobně největším problémem v oblasti vzdělávání romských dětí je, že mají problémy komunikovat v českém jazyce. Při zahájení povinné školní docházky hovoří českým nebo slovenským etnolektem romštiny a proto v přípravných třídách a v první třídě nelze uplatnit ani romštinu jako pomocný vyučovací jazyk (Šišková, 2008). Hübschmannová (in Romové v České republice, 1999) uvádí, že jazyková situace se během posledních let zlepšila a děti, které už nedovedou romsky, se dorozumí v českém jazyce lépe, než jejich rodiče. Hübschmannová (in Romové v České republice, 1999) také tvrdí, že romské děti by dosáhly vyššího vzdělání, kdyby byly české školy ochotny respektovat etnokulturní identitu romských žáků. Romské děti se neučí, na rozdíl od českých, ve svém mateřském jazyce, a během školní docházky se téměř nic nedozvídají o vlastních dějinách, neučí se o významných romských osobnostech. Přitom významných romských osobností je mnoho. Například výtvarník Rudolf Dzurko, básník Dezider Banga, Ilona Lacková, Tera Fabiánová, a další. V Radě vlády pro národnostní menšiny má romská národnostní menšina 3 zástupce. Romské organizace vydávají měsíčník pro děti a mládež Kereka, noviny Romano hangos. Studenti a lingvisté Filosofické fakulty Univerzity Karlovy v Praze redigují a vydávají časopis Romano džaniben. Časopis je orientován na romský jazyk a romské realie. Český rozhlas vysílá jednou týdně v romštině asi hodinou relaci O Roma vakeren a dvakrát týdně 15 ti minutové pořady pro Romy, které jsou částečně v romštině (Šišková, 2008).

Výraznou etnickou charakteristikou Romů je řeč. Tak jako čeština, má i romský jazyk své dialekty. Romština má asi 36 hlavních dialektů a 100 dialektů menších, přesto se Romové mezi sebou domluví nejen v Evropě, ale i po celém světě (Davidová, 2010). Romové v České republice hovoří třemi hlavními dialekty a to slovenskou romštinou, ahi-dialektem, nazývaným někdy také jako maďarská romština a nářečím olašských Romů.

Jednání, chování, vnímání, očekávání a celkový komunikační styl Romů je odlišný od majoritní společnosti. Podstatným faktorem v přístupu ke zdraví je nižší úroveň vzdělanosti romské populace ve srovnání s jakoukoli sociální skupinou podobného charakteru a složení. Pro romskou populaci je pojem prevence téměř neznámý a koresponduje se zvyšující se úrovní vzdělání. Při poskytování ošetrovatelské péče reflektující kulturní specifika dané minority je třeba brát v potaz postoje, vlastnosti a zvláštnosti psychiky, které ovlivňují dané etnikum a mohou být pro majoritní společnost ne zcela pochopitelné a akceptovatelné (Šlechtová, Bürgerová, 2009).

V rámci projektu Romská populace a zdraví (2008-2009), kterého se účastnila i Česká republika, bylo dotázáno 1013 romských respondentů a byla vytvořena analýza, která ukázala, že jisté riziko může pro Romy představovat obezita, horší zdravotní stav ve srovnání s většinovou populací hrozí u lidí nad 60 let. Některé negativní jevy souvisí s životním stylem, kdy důležitou roli hraje kouření. Preventivní opatření v otázkách kouření se Romů příliš nedotýkají, kouření je mezi nimi značně rozšířené (Nesvadbová, Elichová in Davidová, 2010).

Nejvyšší hodnotou pro Romy je život a s tím související vše, co vede k zachování, rozmnožování a pokračování života (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005). Kober, Kovalčíková, Siska (2011) uvádí, že v romské hierarchii má největší hodnotu život a pak následuje rodina. Rodina je výrazně patriarchální a bývá tří a vícegenerační. V rodině jsou pevné vazby, všichni si pomáhají a podporují se. O děti a seniory, stejně tak i o nemocné, pečuje celá rodina (Romové v České republice, 2000). Davidová a kol. (2010) uvádí, že rozšířená rodina umožňuje například udržovat praxi nízkého sňatkového věku a prvních těhotenství, jelikož rodiče a blízcí příbuzní pomáhají jak s výchovou dětí, tak s finančním zabezpečením. Mladé manželské páry žijí obvykle u rodičů nevěsty nebo ženicha a syn (nebo zeť) odevzdává vydělané peníze matce, která vaří pro všechny. Teprve časem, zpravidla až při druhém dítěti, se rodina odstěhuje do vlastního bydlení. Ve zdravotnických zařízeních se často vyskytují ženy, které svého prvního potomka rodí ve velmi nízkém věku. Do určité míry toto může být důsledkem sňatkové politiky rodiny vytvořit žádoucí partnerskou dvojici co nejdříve, jako prevence před nežádoucími partnery.

Představitel romského uskupení, který je vážený v rámci společenství, se nazývá „vajda“. Toto postavení v rámci skupiny je obvykle určeno bohatému muži, přičemž je funkce dědičná nebo doživotní. Pro nejstarší ženu rodu nebo komunity se používá termín „phuridaj“. Nejstarší žena je v tradiční romské společnosti považována za vědmu ovládající obřadní a léčebné úkony, udržující staré zvyky a tradice (Navrátil, 2003).

K psychickým zvláštnostem Romů patří to, že bez své rodiny jsou nesamostatní, mají strach, komplex méněcennosti a to vše se může projevat vyšší agresivitou a neochotou se zdravotníky spolupracovat (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005). Pro Romy je typická starostlivost, se kterou se můžeme setkat při hospitalizaci. Ošetřování romských pacientů bývá po psychické stránce náročné. Jsou nedůvěřiví ke zdravotnickému personálu, komunikace s nimi bývá obtížná. Ošetřující personál by se proto měl snažit o získání důvěry romského pacienta i jeho rodiny, vnímat verbální i neverbální komunikaci, respektovat jejich emoce, být trpělivý a kritiku používat jen v soukromí, ne před rodinou (Kober, Kovalčíková, Siska, 2011). Při nesplnění požadavků se často projevuje jejich agresivita (Špirudová, Ivanová, Halmo a kol., 2004). Ivanová, Špirudová a Kutnohorská (2005) uvádí, že získá-li romský pacient k sestře či lékaři důvěru, jeho vděk a laskavost jsou veliké. Není výjimkou, že se na zdravotní stav jednoho člena rodiny přijde zeptat několik členů rodiny. Je-li člen rodiny na chirurgickém výkonu nebo na některém z vyšetření, jsou schopni čekat i několik hodin (Kelnarová, Matějková, 2008). Je důležité zjistit, komu poskytnout informace a kdo bude se zdravotníky za rodinu jednat. Většinou to bývá muž, hlava rodiny, ale v některých skupinách touto osobou může být matka rodiny. Kontakt se však často nepodaří navázat i přes velkou snahu zdravotníků (Špirudová, Ivanová, Halmo a kol., 2004).

Romové pocítují značný strach z bolesti. Romské ženy jako pacientky jsou velmi citlivé právě na bolest. Bývají velmi emotivní, často a nahlas sténají (často také proto, aby na sebe upozornily). V komunikaci bývají temperamentní s hlasitou intonací, křikem a výraznými gesty (Horváthová, 2002). Při kontaktu s romským pacientem by sestry měly být empatické, protože Romové se vyznačují zvýšenou vnímavostí a soucitem, než je obvyklé v našich kulturách (Kelnarová, Matějková, 2008).

Romské ženy a mateřství jde ruku v ruce. Žena v komunitě Romů je předurčena stát se dobrou matkou a manželkou a postavení ženy v komunitě se upevňuje opakovaným mateřstvím (Kaleja, Knejp 2009). Počet dětí v rodině určuje muž a žena by jeho přání měla akceptovat. V manželství muž odmítá kondom a jen málokterá žena užívá antikoncepci, jelikož přední hodnotou dívky je plodnost. Kaleja a Knejp (2009) uvádí, že v období těhotenství žena zvýšeně dbá na své zdraví a životosprávu, omezuje fyzickou a psychickou námahu. Věk prvorodiček může být i 14 let, ale záleží na oblasti, ze které daná rodina pochází. První dny těhotenství se tají, později se žena stává velmi cennou, hovoří se o jménu dítěte, pohlaví, oblečení, apod. Období krátce před porodem je netrpělivě očekáváno. Pokud se narodí ženě chlapec, otec potvrdí svůj sociální status muže, pokud dcera, začne rodina pejorativně pochybovat o mužských schopnostech manžela. Hned první den se sejde celá

početná rodina, aby novorozence přivítali a to ještě na poporodním či novorozeneckém oddělení. Matka novorozence považuje za nejdůležitější na světě. Lze se setkat s ženami, které hned po porodu opustí porodnici a dítě tam nechají. Romské ženy tuto situaci vysvětlují a vnímají tak, že doma mají další děti, o které se musí postarat a neumí si představit fungování domácnosti bez ní (Kaleja, Knejp, 2009).

5 Vyznavači islámu a vybraná specifika

Islám je dle Lhořana (2011, s. 11) „náboženský systém tvořený různými myšlenkovými a ideologickými proudy, s velice bohatou strukturou a mnohdy i méně přehlednou než v případě křesťanství či judaismu.“

Islám je monoteistické náboženství založené na učení proroka Muhammada a slovo „islám“ znamená odevzdání se Alláhu (Ostránský, 2014). Islám je, po křesťanství, druhé nejrozšířenější náboženství ve světě, muslimové převažují ve třiceti až čtyřiceti zemích, od Atlantského k Tichému oceánu, v pásu jdoucím ze severní Afriky do střední Asie a dále na jih do severních částí indického subkontinentu (Janda, 2010).

Islám založil prorok Muhammad v Arábii v 7. století n. l. a základní myšlenkou islámu je, že věřící přijímá vůli Alláha. Muhammad je považován za posledního z proroků (před ním byli Adam, Noe, Abrahám, Mojžíš, Ježíš), kterému se zjevila vůle boží prostřednictvím svatého písma zvaného korán.

Muhammad, celým jménem Abú al-Qásim Muhammad ibn Abdulláh ibn Abd al-Muttalib ibn Hášim, se narodil v Mekce roku 570 n.l. do zámožné rodiny Hášim. Jeho otec zemřel ještě před jeho narozením. V zámožných rodinách bylo zvykem posílat děti do pouště, kde se naučily výborně zvládnout arabštinu a seznámit se s arabskými tradicemi (Janda, 2009). Muhammadova matka zemřela, když bylo Muhammadovi 6 let, dále ho vychovával jeho dědeček, který ale brzy na to také umírá a výchovy se ujímá strýc (Denny, 1999). Muhammad dospěl do fyzicky krásného a houževnatého muže se smyslem pro slušnost a spravedlnost (Kropáček, 2003).

V pětadvaceti letech se oženil s Chadídžou, která byla o 15 let starší než on. Chadídža porodila dva syny, kteří v dětském věku zemřeli a čtyři dcery, mezi nimi byla i Fátima, která hraje důležitou roli v islámské zbožnosti (Janda, 2009, Denny 1999).

Muhammad trávil čas náboženským rozjímáním a k duchovním cvičením se uchýlil do horské jeskyně poblíž Mekky (Denny, 1999). Na hoře Híře poblíž Mekky se mu zjevil v podobě člověka archanděl Gabriel s poselstvím od Boha (Křikavová, 2002). Muhammad postupně uvěřil, že si ho Bůh vybral jako proroka, aby hlásal Jeho slovo. Jako první ho následovala jeho žena Chadídža a stala se tak první věřící a novému zjevení se podřídila jako muslim (Denny 1999). Muhammad se snažil přesvědčit svou rodinu a nejbližší okolí, přičemž měl částečný úspěch. Asi od roku 613 n. l. začal vystupovat veřejně. Narážel však na lhostejnost, posměch a nepřátelský odpor. Kromě Muhammadovy rodiny a přátel přijala

islám řada významných občanů Mekky. Nejvlivnější rodiny, zejména ty, které podnikaly, však jeho výzvu odmítaly. Právě reakce okolí byla hlavním důvodem, proč Muhammad z Mekky odešel. K tomu rozhodnutí dozajista přispěla i smrt Chadídži, která byla jeho největším stoupencem a oporou. Odchod Muhammada a jeho stoupců do Medíny roku 622 n. l. se nazývá *hidžra*, neboli imigrace (Fleissing, Bahbouh, 1993). Hidžra byla ve zpětném ohledu natolik významná, že se stala počátkem islámského datování (Reeber, 2007). V Medíně byl Muhammad uznán jako nejvyšší duchovní a politickou osobností tvořícího se islámského společenství (*ummy*). Muhammad šířil své proroctví dál, ať už slovně nebo ozbrojenými konflikty. Postupně se k islámu přidávaly další a další kmeny, i když ne všechny Muhammadovi uvěřily (Kropáček, 2003). V roce 622 n. l. Muhammad definoval poselství islámu výhradně jako návrat k abrahámovskému monoteismu. Od té chvíle až do smrti tvořil prostředníka pro zjevování koránu a kromě toho působil jako soudce a nejvyšší vykladač práva v medínské společnosti. V roce 632 n. l. vykonal Muhammad poslední pouť do Mekky, která vešla do dějin jako „pouť na rozloučenou“, a krátce na to zemřel (Janda, 2009).

Muhammadova prorocká činnost a úspěchy, kterých dosáhl, se považují za jedny z nejvýznamnějších v lidské historii. Jeho chápání slova Božího a text koránu se stalo základem všech pozdějších komentářů koránu, ustavil tradice (*sunnu*) a *hadíthy*, což je sbírka rčení přisuzovaných Prorokovi a členům rané muslimské komunity. Toto tvoří hned po koránu nejdůležitější zdroj všeho islámského. Dále položil základy nové náboženské a duchovní komunity a zformoval novou společnost – sjednotil Arábii ve společensko-politickou strukturu založenou na koránu (Janda, 2009).

Islámská doktrína, právo a myšlení vychází z: koránu, *sunny* (tradice), *idžmá* (konsenzus) a *idžtihád* (individuální úsudek).

Korán představuje slovo Boží, jež předal Muhammadovi archanděl Gabriel (Janda, 2009). Korán muslimové pokládají za autentické slovo Alláha, za věčný zdroj inspirace a vedení. Dle Ostránského (2014) výklad Koránu na jedné straně spoluutvářel středověkou muslimskou civilizaci, na druhou stranu však od počátku muslimy rozděloval, neboť i stoupci zcela nesmiřitelných proudů v islámu se shodně odvolávají na výklad téže knihy.

Podobně jako Mojžíš vedl i Muhammad svůj lid, kázal jim jako duchovní rádce a soudil je podle Božího zákona. Muhammad žil příkladným životem, měl spokojený rodinný život, modlil se, rozjímal a prováděl duchovní cvičení. Lidé považovali jeho slova za neomylná a snažili se ho napodobit. Jakýkoli postup, zavedený způsob, cesta, je označováno jako **sunna** (Denny, 1998). *Sunna* tvoří soubor autoritativních stanovisek a ustanovení. Základním stavebním prvkem *sunny* je *hadíth*, tedy zpráva o výroku, činu nebo postoji Muhammada

(Ostřanský, 2009). Pokud jednotlivec nebo obec nenašli v koránu radu nebo odpověď na nějaký problém, doufali, že se řešení najde právě v sunně. V průběhu historie byla potřeba hadíthy studovat z hlediska autenticity a sestavit taková, o nichž nelze pochybovat a která nejsou v rozporu se zjevením. Učenci nejprve vyřadili zjevné podvrhy a zbylé zprávy roztřídili do tří základních kategorií: *sahíh* – zprávy, jejichž řetězec je naprosto precizní a obsah zcela v souladu s většinovým přesvědčením. *Hasan* - řetězce vykazují jisté nedostatky, ale celkově jsou ještě akceptovatelné a *dacíf* – zprávy, o jejichž autenticitě lze vážně pochybovat (Ostřanský, 2009).

Idžmá je konsensus právních autorit, které byly vytvořeny z důvodu standardizace právní teorie a praxe k překonání individuálních a regionálních názorových rozdílů. Přijaté interpretace koránu a aktuálního obsahu sunny spočívají nakonec všechny na idžmá (Janda, 2009).

Idžtíhád neboli individuální úsudek sloužil k nalezení právního či doktrinárního řešení nového problému (Janda, 2009). Muslimové, kteří jsou odborně vzdělaní v islámských naukách – učenci a šejchové – mají za úkol dělat idžtíhád, tj. vyvozovat z Koránu a sunny konkrétní předpisy podle jasně určených pravidel. Výsledek, ke kterému každý z učenců dojde, se nazývá fatwa. Obyčejný muslim proto nemá právo z Koránu a sunny sám vyvozovat závěry, ale vždy se musí zeptat těch, kdo pro to mají dostatečné odborné vzdělání (Janda, 2009).

5.1 Základy islámu

Soubor rituálních povinností každého muslima se označuje jako pět pilířů víry (arkán ad-dín) a slouží jako kotevní body života komunity. Patří sem *šaháda* (vyznání víry), *salát* (modlitby pětkrát denně), *zakát* (daň), *půst* a *hadždž* (pout' do Mekky) (Lunde, 2004).

První z pilířů víry, **Šaháda**, znamená vyznání víry. Vyznání musí být vyřčeno minimálně jednou za život, nahlas, správně a cílevědomě, mělo by být řečeno s přesvědčením vycházejícím ze srdce a být upřímné. Jedná se o víru v anděly – zejména v archanděla Gabriela, který se zjevil Muhammadovi, dále víra v Korán, víra v proroky a den posledního soudu (Janda, 2010). Korán, neboli písmo svaté, je pokladnice vědění. Korán říká, že jedinou cestou k Bohu je islám (Chajr, 2001). Muhammadovi se zjevil archanděl Gabriel a pronesl věty, jež jsou považovány za nejstarší část Zjevení: „*Přednášej ve jménu Pána svého, který stvořil člověka z kapky přilnavé*“ (Ostřanský, 2009, s. 110). Své písmo muslimové střeží a používají v praxi, jelikož v něm nacházejí poučení o Bohu a jeho příkazy muslimům, jednotlivcům i celé obci. Muslimové v Koránu také čerpají duchovní vedení prostřednictvím

rituální recitace, která by měla být prováděna zpěvně, co nejkrásněji. Tak i ti, kteří nerozumí dobře arabsky, a hlavní myšlenku se snaží zjistit zprostředkovaně, znají Korán v jeho nejhlubší a nejpůsobivější rovině (Denny, 1998). Korán se skládá ze 114 kapitol, které se dělí na verše. Korán muslimové pokládají za autentické slovo Alláha a jsou zde obsaženy kulturní zvyky, víra, morální učení a společenské chování každého muslima (Janda, 2010). Ortodoxní muslimové trvají na tom, že Korán nesmí být vykládán v jiných jazycích nežli v arabštině, aby nedošlo ke zkreslení významu slov a aby nebyl „ničten“ čistý arabský jazyk (Crofter, 2006).

Základ islámského náboženství (díny) je tvořen výrokem: „*lá iláha illá 'lláh wa Muhammadan rasúlu 'lláh*,“ což v překladu znamená: „*není boha kromě Boha a Muhammad je posel Boží*.“ Pronesením tohoto v jazyce Koránu se člověk stává muslimem (Chajrí, 2001).

Druhý pilíř islámu je **salát**. Pilíře islámu začínají šahádou, jež je aktem veřejného vyznání víry. Jakmile dojde k vyznání víry, dalším vyjádřením je právě formální modlitba zvaná salát (Denny, 1998). Salát se skládá z pravidelných modliteb, prováděných pětkrát denně směrem k posvátné mešitě v Mekce (Janda, 2010) a také při různých příležitostech jako je pohřeb či zatmění (Denny, 1998). Islám rozlišuje dva druhy modliteb, kdy první z nich je výše zmíněný salát, a druhým typem je tzv. du'á, což je příležitostný či soukromý výraz zbožnosti neboli modlitba prosebná. Pro modlitby jsou stanovena jasná pravidla, která musí muslim dodržet, aby modlitba byla platná (Ostránský, 2014). Modlitbě předchází omývání, očista těla. Obvykle se omyje tvář, hlava, uši, ruce až po lokty, nohy a kotníky. Pokud měl ale například muslim pohlavní styk nebo kontakt s nečistými zvířaty či věcmi, jako jsou prasata nebo psí sliny, musí provést rituální očistu celého těla (Denny, 1998). Důležitá je dále čistota místa (není nutné modlit se v mešitě, k zajištění čistoty místa lze použít modlitební koberečky) i šatu, náležitý oděv (bez bot, u mužů zahalující oblast od pasu po kolena, u žen vše kromě obličeje a rukou od zápěstí), dodržení modlitebních intervalů, správný směr modlení (čelem k Mekce) a v neposlední řadě zbožné předsevzetí (Kropáček, 2003). Modlitba se vykonává ve třech pozicích, ve stoje, následuje sklonění a nakonec padnutí na tvář. Tyto tři pohyby se pokládají za základní kameny, přičemž každá poloha má vnitřní smysl. Modlení ve stoje znamená vyjádření úžasu před Bohem, přivolává milosrdenství Boží a věřící si uvědomuje nesmírnost moci Boží. Stav, kdy pozbývá své existence, vyjadřuje padnutím na tvář. Modlitby se provádí hromadně z důvodu společenského a duchovního jednou týdně, v pátek, se muslimové shromažďují v mešitě k polední modlitbě, které předchází dvě kázání (Chajrí, 2001). Modlitby se provádí v určené denní době, a to ráno v době mezi rozedněním a východem slunce, v poledne co nejdříve od chvíle, kdy je slunce nejvýš na obloze,

odpoledne kdykoliv po poledni před západem slunce, večer od západu slunce do setmění a noční modlitba probíhá kdykoliv po setmění a před východem slunce (Janda, 2010).

Třetí pilíř islámu je **zakát**, tedy povinná daň ve smyslu dobročinnosti nebo poskytování almužny pro každého muslima. Zakát představuje velmi konkrétní a hmatatelný výraz solidarity, na něž klade islám velký důraz (Kropáček, 2003). Denny (1998) naopak uvádí, že se o dobročinnost nejedná, ale že zakát je náboženská povinnost a vedle salátu je hlavní součástí služby Bohu. Věřící si navzájem hmotně vypomáhají, čímž zlepšují soudržnost mezi lidmi. Původně zakát představoval daň uvalenou na jisté zboží, například pšenici, ječmen, datle, atd. Pokud člověk překročí stanovené minimální množství, je každý muslim povinen zakát zaplatit (Chajrí, 2001). Jedná se o jedinou daň, která je uvalena koránem a platí se každý rok z obilí, dobytka, a hotovosti po jednoletém vlastnictví. Zakát slouží výhradně k charitativním účelům, vždy na konkrétní věc. Mimo povinný zakát zaujímá důležité místo i dobrovolná daň u příležitosti konce ramadánu a korán a sunna doporučuje konat další skutky milosrdenství a poskytovat almužnu více, než je stanoveno. Korán přesně vymezuje, kdo by měl almužnu dostat. Jedná se převážně o žebráky, chudáky, otroky, kteří se chtějí vykoupit z otroctví a muslimské počestné, kteří by bez pomoci nedokončili svoji cestu (Ostřanský, 2009, Chajří, 2001).

Půst, muslimy zvaný **saum** (sawm, sijám) je čtvrtým pilířem víry. Půst se drží v devátém lunárním měsíci ramadánu a pro muslimy je od svítání do soumraku zakázáno jíst, pít, požívat léky, kouřit a oddávat se smyslové rozkoši i pohlavnímu styku (Denny, 1998). Ostřanský (2009) uvádí, že tato povinnost platí pro všechny dospělé a duševně a i tělesně zdravé věřící. Na nemocné, děti, staré lidi, těhotné a kojící ženy, lidi na cestách, lidi, kteří vykonávají náročnou fyzickou práci a lidi, jejichž oslabení by následkem půstu mohlo vést k veřejnému ohrožení, se povinnost nevztahuje. Děti se postí individuálně, s půstem začínají obvykle mezi sedmi až deseti lety (Uhrová, 2012). Muslimové se během ramadánu snaží pozvednout svůj duchovní život. Půst je aktem víry, je výrazem očisty a prohloubením sebeobrazu ve víře. Večer se schází v mešitách, společně recitují korán, je to čas rozvážného rozjímání. Velký přínos tohoto období a celého aktu je společně sdílený pocit příslušnosti k jedinému lidskému rodu a rozdíly ve společenském postavení, bohatství, apod. se smazávají. Večery jsou obvykle plné veselí, lidé se k sobě snaží chovat hezky, navštěvují se v rodinách a jsou štedří k těm, kteří to potřebují (Denny, 1998, Armstrong, 2008).

Pátý a poslední pilíř islámu je pouť do Mekky - **hadždž**. Tento pilíř je jediný, který není bezvýhradně povinný a může se provést jen tehdy, pokud to dovolují osobní, finanční a rodinné okolnosti (Denny, 1998). Hadždž má dvě části, tzv. malou a velkou pouť. Malá

pout' se dá vykonat kdykoliv v roce a hodnotí se jako akt individuální zbožnosti. Druhá část, velká pout', hadždž, zahrnuje výstup na pahorek Arafát. To je nutné vykonat pouze ve stanovené dny posledního měsíce lunárního kalendáře a poutník při této pouti musí splnit několik náležitostí. Ještě před poutí však musí věřící uspořádat veškeré své záležitosti a zabezpečit rodinu na dobu své nepřítomnosti. Před vstupem do posvátného okrsku, v určité vzdálenosti od Mekky, se poutník oblékne do poutního šatu tvořeného dvěma bezešvými pruhy bílé látky a na nohy sandály, které chrání pouze chodidla. Po celou dobu není dovoleno prolévat krev, trhat rostliny, sexuálně se obohacovat, holit se a česat se, stříhat si nehty, apod. Úkolů, které musí poutník splnit, je několik, například obejít sedmkrát svatyni Kaba, políbit a dotknout se černého kamene, sedmkrát vystoupit na kopečky Safá a Marwá a přeběhnout mezi nimi (Janda, 2009). Poutník často provolává větu: „*Labbajka, Alláhumma, labbajka!*“, v překladu: „*Tobě k službám, Bože, tobě k službám!*“ (Ostřanský, 2009). Po návratu poutníků domů jim náleží čestný titul hadždž, což je spojeno s náležitou společenskou prestiží (Chajrí, 2001, Ostřanský, 2009).

5.2 Muslimové v České republice

Kontakty české země s vyznavači islámu existovaly již před staletími, kdy se jednalo zejména o válečné konflikty, diplomatické styky a obchodní účely (Bečka, Mendel 1998). První zmínka o islámu na českém území pochází z období Velké Moravy v díle pojednávajícím o životě a díle Konstantina-Cyrila. Kromě vyobrazení jeho života jsou zde také uvedeny informace o misiích k Arabům a Chazarům a i informace o islámu a vybrané části z koránu (Melichárek, 2011). Stěžejní období pro setkávání Čechů s islámem spadá do období přelomu 19. a 20. století, kdy k Rakousku-Uhersku byla v roce 1908 připojena muslimská Bosna a Hercegovina a součástí říše se stala početná muslimská komunita (Bečka, Mendel 1998). Do Čech přicházeli bosenští muslimové, studovali zde, pracovali a po rozpadu Rakouska-Uherska zde většinou zůstávali. V roce 1912 císař František Josef I. podepsal říšský zákon o státním uznání islámu hanafijské právní školy. Po rozpadu monarchie, v roce 1918, zůstala největší muslimská komunita v Rakousku (Mendel, Ostřanský, Rataj, 2007).

V období první republiky přicházejí na naše území muslimští emigranti z tehdejšího Sovětského svazu a veřejně se angažují už i čeští konvertité. V polovině 30. let 20. století se muslimové začínají sdružovat podle náboženské příslušnosti bez ohledu na národnost. Muslimská obec jako první muslimská organizace byla ustanovena v r. 1934 a její název byl *Muslimská náboženská obec pro Československo s ústředím v Praze (dále MNO)*. K jejímu oficiálnímu uznání státem ovšem došlo až během protektorátu v r. 1941 (Svoboda, 2007).

Vyhlášením Benešových dekretů bylo ustanovení obce anulováno a činnost obce v důsledku i politických událostí spontánně ustala (Mendel, Ostránský, Rataj, 2007).

Po změně režimu v roce 1989 se situace změnila. Lidé využívají občanských svobod, jako je svoboda náboženského vyznání a sdružování, otevírají se hranice a roste migrace obyvatel. MNO usilovala o uznání ze strany státu. V květnu 1991 byla svolána ustavující schůze Ústředí muslimských náboženských obcí v čele s profesorem Mohamedem ali Šilhavým a bylo založeno *Al-Ittihad Al-Islami – Ústředí muslimských náboženských obcí v ČSFR* (dále UMNO) (Bečka, Mendel, 1998). K této snaze se připojila i nová generace muslimů, s kterou navázal spolupráci Šilhavý a která se ještě více prohloubila po otevření mešit v Brně a v Praze. Při registraci UMNO vznikl problém, jelikož podmínkou pro ustanovení náboženské církve nebo spolku bylo nutné mít minimálně 10 000 zletilých lidí s trvalým pobytem na území České republiky, čehož nebylo dosaženo a činnost UMNO byla zastavena. V roce 2001 došlo k přijetí zákona č. 3/2002 Sb., o církvích a náboženských společnostech a Ústředí muslimských obcí podalo žádost o registraci, která byla v září roku 2004 schválena (Melichárek, 2011).

5.3 Specifika muslimské minority

Někdy je nemoc u muslimů považována za trest za hříchy. Odpovídajícím způsobem poskytuje Alláh milosrdenství a soucit a dodává prostor k pokání a vděčnosti (Al-Akili, 1993). Ebrahim (1989) uvádí, že nemoc by neměla být považována za trest, nýbrž za zkoušku nebo utrpení, které způsobuje odčinění hříchů a může posílit charakter. Mezi reakce na onemocnění patří trpělivost a snášení utrpení, protože to má svůj účel známý pouze Alláhovi. Nemocní mají neochvějnou naději, že i nevratné okolnosti by mohly být vyléčeny, pokud to bude vůle Alláha a přijetí osudu. Utrpení některých zbožných muslimů může být považováno za prostředek k větší odměně v posmrtném životě (Lovering, 2006). Díky jejich víře v posvátnost života jsou eutanazie a asistovaná sebevražda zakázány (Lawrence, Rozmus, 2001). Dle Rolantové (2012) jsou povoleny všechny prostředky k záchraně života, jako je transplantace orgánů a transfúze krve. Není však nutné pokračovat v terapii a prodlužovat pacientovo utrpení, pakliže to nevede ke zlepšení zdravotního stavu.

Muslimové vyznávají jediného boha Alláha a modlení je pro ně jedním z pěti sloupů islámu. Muslimové by se měli modlit pětkrát denně a to v určitý stanovený čas. Před východem slunce, v poledne, odpoledne, po západu slunce a v noci a vždy směrem k Mekce (Hájek, Bahbouh, 2016). K modlitbě každý potřebuje dvě důležité věci a to svatou knihu Korán a modlitební koberec. Modlí se buď v soukromí nebo kolektivně (Kutnohorská, 2013).

Každý muslim má povinnost konat modlitbu, je-li duševně zdravý, dosáhl puberty a není-li vážně nemocný. Králíková (2008) uvádí, že žena je zproštěna rituální modlitby 10 dnů po porodu a 5 až 7 dní po menstruaci. Je to doba, která je nutná pro její „očistění“. Menstruující žena nesmí mít sexuální styk (Hájek, Bahbouh, 2016). Možnost nerušeného soukromí pro modlitbu je důležitá pro každého nemocného muslimského pacienta. Modlitební koberec a Korán jsou pro muslima klíčové předměty a zdravotnický personál ani další pacienti by na ně neměli nic pokládat a těchto předmětů by se neměl dotýkat nikdo, kdo má ruce znečištěny krví nebo močí a je tedy rituálně nečistý (Špirudová, Ivanová, Halmo a kol., 2004). Před modlitbou je provedeno rituální mytí, kdy jsou myty ruce a předloktí, obličej a nohy tekoucí vodou. Není-li voda k dispozici, může být nahrazena pískem (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005). V případě nutnosti postačí pouze symbolické omývání. Namísto mytí se muslimský pacient dotkne rukou zdi a naznačí mytí (Špirudová, Ivanová, Halmo a kol., 2004).

Purnell (2013) uvádí, že společně strávený čas u jídla s rodinou a přáteli je pro muslimy stěžejní. Podávat jídlo je způsob vyjádření lásky a přátelství, pohostinnosti a štědrosti. Je-li člen rodiny hospitalizovaný, rodina mnohdy vyjadřuje přání, aby mohli nemocnému vařit sami. Bojí se, aby nebylo nemocnému podané něco, co nesmí konzumovat (Králíková, 2008).

Ačkoli národní pokrmy se úpravou a složením liší národ od národu, některé potraviny jsou typické. Hojně se používají bylinky jako skořice, nové koření, zázvor, kmín, máta, petržel, česnek, cibule a neměl by chybět ani kardamon, majoránka, tymián a rozmarýn. Nabodnutí potravin na špejli a pomalé vaření jsou typické způsoby přípravy jídla. Mezi oblíbené potraviny patří ovoce a zelenina, konkrétně datle, fíky, meruňky, mango, meloun, mrkev, rajčata, okurka, špenát a mnoho dalších. Jehněčí a kuřecí maso patří mezi nejoblíbenější. Muslimové mají zakázáno konzumovat vepřové maso a produkty z vepřového masa (Purnell, 2013). Goody (2004) navíc uvádí, že je zakázáno konzumovat maso uhynulých zvířat a ptáků, maso vepřů a zvířat usmrcených ve jménu někoho jiného než Boha.

Oběd patří mezi hlavní jídlo, ale v dnešní době, vzhledem k pracovním povinnostem, se mnohdy za hlavní jídlo považuje večeře. Je zvykem používat k jedení pravou ruku, jelikož je považována za čistou (Purnell, 2013).

Poskytovatelům zdravotní péče by měl být znám pojem Ramadán, měsíc půstu (Purnell, 2013). Ramadán připadá na 9. měsíc islámského roku. V průběhu tohoto svátku muslimové nesmí od východu do západu slunce po dobu celého měsíce, tedy 28–30 dní, nic jíst, pít (ani vodu), kouřit a mít pohlavní styk (Kadlecová, 2014). Půst znamená připomenutí muslimům jejich závislosti na Bohu a chudých, kteří zažívají nedobrovolný půst. Ačkoli po nemocných

není vyžadováno držet půst, mnoho zbožných drží půst v Ramadánu i během hospitalizace, což vyžaduje nutné úpravy v časech podávání jídla a také podávání medikací jinou cestou, než orální (Purnell, 2013). U ambulantních pacientů by měl být zdravotnický personál upozorněn na možnost odmítnutí léčby právě z důvodu dlouhodobého půstu. Pacienti mohou požádat o vynechání nebo úpravu načasování podávaných léků. Zejména se jedná o léky vyžadující konstantní hladiny v krvi, adekvátní hydrataci nebo obojí. Po západu slunce mohou pacienti přijímat ordinace bez obtíží (Purnell, 2013).

Ačkoli muslimové kombinují tradiční a biomedicínské praktiky péče, jsou si velmi dobře vědomi efektivity medicínské léčby a snaží dodržovat léčebná doporučení, která dostanou ve zdravotnickém zařízení (Kulwicki, 1996). Pohlaví, a v menší míře i věk, jsou brány v potaz v souvislosti s ošetřovanými pacienty a poskytovateli zdravotní péče. V muslimských společnostech muži a ženy, kteří nejsou příbuzní, by neměli být ve vzájemné interakci. Stydlivost u žen je oceňována a muslimští muži mohou ignorovat ženy ze zdvořilosti. Zdravotníci muži by neměli pečovat o ženy. Není-li jiná možnost a žena musí být ošetřena mužem, přináší to stres a rozrušení a léčba nemusí být dostatečně efektivní (Purnell, 2013). Nevhodný je také intenzivní oční kontakt s osobou opačného pohlaví. V islámské kultuře není běžné potřásání rukou při setkání či loučení, avšak záleží na tom, zda jsou jedinci přísně ortodoxní nebo méně.

Ve zdravotnickém zařízení může být obtížný odběr anamnézy, jelikož existují tabu témata. Patří sem například rodinné a intimní problémy, fyziologické funkce, močení, stolice, zvracení, krvácení, apod. (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005).

6 Ukrajinská minorita a vybraná specifika

Ukrajina, státním zřízením republika, leží v oblasti východní Evropy, zaujímá území o rozloze asi 603 tisíc km² a má více než 45 milionů obyvatel. Po Rusku je druhou největší zemí Evropy. Hlavním městem je Kyjev. Ukrajina sousedí se Slovenskem a Polskem, dále s Ruskem, Moldavskem, Rumunskem, Běloruskem a Maďarskem. Azovské a Černé moře vytváří jižní hranici Ukrajiny. Oficiálním jazykem je ukrajinština, ruština pouze v oblasti Krymu. Obyvatelstvo tvoří zejména Ukrajinci, Rusové, Tataři, Moldavané či Bulhaři. V zemi převládá pravoslavná víra, avšak další rozšířenou formou je řeckokatolické křesťanství (Evans, 2007, Landmann, 2009).

Ukrajinská emigrace do Českých zemí má své hluboké historické kořeny. Podle Zilynského a Kočíka (in Šišková, 2001) se nejedná o fenomén pouze několika posledních desetiletí, ale první zmínky o Ukrajincích v Čechách a na Moravě sahají až do 16.-17.století, kdy sem přicházeli studenti, aby si doplnili vzdělání na vysokých školách a nebo kozáci najatí do boje proti Turkům.

První významnější vlna ukrajinských přistěhovalců však přišla později, a to koncem 19. století až začátkem 20. století, kdy západoukrajinské země byly stejně jako Čechy a Morava součástí Rakousko-Uherské monarchie. Většinu emigrantů tvořili zástupci inteligence a studentů, kteří opouštěli svou vlast z politických důvodů s cílem zvýšit si úroveň vzdělání. Hlásili se na Karlovu univerzitu a na Vysokou školu báňskou. Díky této intelektuální komunitě se i na území Československa rozvíjel ukrajinský politický a kulturní život, za podpory hostitelského státu existovaly ukrajinské vysoké školy v Praze a Poděbradech, ukrajinské gymnázium, ukrajinské divadlo, byla aktivní spolková a vydavatelská činnost. V tomto období tvořili významnou skupinu také sezónní dělníci, kteří pracovali na českých i moravských zemědělských statcích a v uhelných dolech na Ostravsku a Mostecku (Zilynskyj a Kočík in Šišková, 2001). Dle Šiškové (2001) se v letech 1914-1918 počet Ukrajinců začal mohutně zvyšovat a to díky nutnosti bojovat na obou stranách východní fronty, díky přemísťování zajatých ukrajinských vojáků a důstojníků sloužících na straně Rudé armády do Čech a díky civilním uprchlíkům, kteří se usazovali v uprchlických táborech.

Mnohem větší ukrajinská emigrační vlna byla na počátku 20. let 20. století. Do Československa přicházeli příslušníci ukrajinské armády z východní Haliče a dále pak uprchlíci z východní Ukrajiny, mezi nimiž byli kromě vojáků ukrajinské armády také politici, státní úředníci, spisovatelé, umělci, novináři a vědci. Mnoho z nich se v Čechách usadilo natrvalo (Šišková, 2001).

Další migrační vlny probíhaly v období mezi 1. a 2. světovou válkou. Zejména ukrajinští intelektuálové a studenti odcházeli ze země kvůli politické persekuci. Vlivem přítomnosti ukrajinské emigrantské elity v ČSR a také díky podpoře Československého státu byly zakládány ukrajinské vysoké školy, instituty, umělecké akademie a ukrajinský spolkový život se všestranně rozvíjel. Tyto iniciativy neměly sloužit pouze k rozvoji ukrajinské kultury, ale měly také podpořit úsilí o prosazení nezávislosti samostatné Ukrajiny (Zilynskyj a Kočík in Šišková, 2001).

Nicméně po druhé světové válce velká část ukrajinské inteligence odchází dále na Západ, z důvodu represí ze strany místních komunistických orgánů i sovětské kontrarozvědky. Mnoho představitelů ukrajinské emigrace 20. - 30. let odešlo také po vstupu vojsk zemí Varšavské smlouvy v srpnu roku 1968 do Československa (Ministerstvo zahraničních věcí Ukrajiny, © 2012).

Během 2. světové války přicházeli na území Čech další političtí uprchlíci, kteří nesouhlasili se stalinským režimem. Šišková (2001) uvádí, že na jaře roku 1945 odešlo z českého území mnoho Ukrajinců, jelikož pobyt Rudé armády v Československu znamenal ohrožení. Mnoho z nich bylo zadrženo a deportováno do SSSR, kde většinou zahynuli. Po Stalinově smrti se většinou odmítli vrátit a v Československu zůstali.

Po květnu 1945 byly zrušeny ukrajinské školy, většina národnostních spolků a institucí, bylo zrušeno i Muzeum osvobozovacího boje Ukrajiny v Praze a navíc dostali Ukrajinci zákaz hlásit se k řeckokatolickému obřadu (Šišková 2001). Po událostech roku 1989 se znovu vytvořily podmínky pro vznik a činnost spolků národnostních menšin. Na přelomu let 1989 a 1990 existovalo Občanské fórum Ukrajinců, dále pak vzniklo „Sdružení Ukrajinců v České republice“, v jehož aktivitách v současnosti pokračuje „Ukrajinská iniciativa v České republice“ (Šišková, 2001).

Ukrajinská národnostní menšina tvoří nejsilnější a nejpočetnější přistěhovaleckou komunitu pobývajících na území České republiky a to již od 90. let 20. století (Leontiyeva, 2006). Za prvé se jedná o občany, kteří přišli na české území koncem 19. století, v meziválečném období převážně z řad ukrajinské inteligence. Tito příslušníci se natolik adaptovali, že téměř zcela splynuli s majoritou. Mohl za to i zákaz veškerých kulturních, vzdělávacích a společenských aktivit s nástupem komunistického režimu (Leontiyeva, 2006). Za druhé jde o migranty proudící z Ukrajiny do České republiky v posledních 25 letech. O této novodobé migraci se hovoří jako o dočasné nebo cirkulační migraci, kdy Ukrajinci přicházejí do Česka zejména za prací. Přijíždějí zejména muži v produktivním věku, co nejrychleji vydělávají peníze a pak se vrátí ke svým rodinám. Toto se může i opakovat, až

se rozhodnou v imigrační zemi zůstat jelikož značná část těchto emigrantů do Česka přichází na časově omezenou dobu, například v době sezónních prací (Leontiyeva, 2005).

Ukrajinská minorita je nejpočetnější národnostní menšinou v České republice. Dle dat získaných z Českého statistického úřadu se v červnu 2018 hlásilo k ukrajinské národnosti celkem 122 763 občanů (Český statistický úřad, 2018).

Do České republiky přichází Ukrajinci z různých oblastí, různě kulturně, hospodářsky a nábožensky orientovaných (Kučerová, 2009). Je však nutné brát zřetel na to, zda Ukrajinci bydlí na východě, či na západě země. Ukrajinci ze západních částí Ukrajiny se spíše považují za etnické Ukrajince, kteří svou identitu a hrdost projevují používáním ukrajinského jazyka a identifikují se s ukrajinskou státností. Východní Ukrajinci, ačkoliv žijí na Ukrajině, se cítí být spíše Rusy než Ukrajinci, hlásí se k ruské národnosti, hovoří ruským jazykem a ctí ruskou kulturu i Ruský národ (Kučerová, 2009).

Základní hodnotový systém ukrajinské minority je vzhledem k dlouhodobému soužití s českým obyvatelstvem pouze mírně odlišný od hodnotového systému českých lidí. Šišková (2001) uvádí, že Ukrajinci jsou více nábožensky založení. Uhrek (2003) udává, že mezi hlavní priority patří rodina a pracovní život, kdy Ukrajinci jsou mnohdy ochotni opustit rodinu a odcestovat či emigrovat do cizí země, aby vydělali peníze a zabezpečili své blízké. Jsou velmi pracovití, veškeré volno obětují tomu, aby pracovali na úkor kulturního vyžití, a vydělané peníze posílají domů.

Nejrozšířenějším náboženstvím na Ukrajině je pravoslavné křesťanství. Pravoslavná církev je jednou z významných a velmi rozšířených větví křesťanství. Základním a určujícím znakem pravoslaví je zejména autentičnost bohoslužebného života. Mezi další církve, které se na Ukrajině vyznávají, patří Římskokatolická církev, protestantské církve, islám a judaismus. Ten je dnes pouze okrajovým náboženstvím i přesto, že zde byl v minulosti velmi rozšířený. Pravoslavný věřící neprokazuje správnost své víry tím, že jeho činy jsou v souladu s dogmaty a pravidly pravoslaví, ale zejména jeho aktivním přístupem k bohoslužebnému dění (Filipi, 1998). Nejsvětějšími náboženskými symboly jsou svatí, kteří mají různá poslání. V kostelech jsou těla nebo alespoň ikony těchto světců a lidé věří, že mají moc chránit, uzdravovat a přinášet bohatství (Evans, 2007). Římská církev se řídí gregoriánským kalendářem, který byl zaveden papežem Řehořem XIII. v 16. století a je základem i pro kalendář civilní. Naproti tomu východní církve si uchovaly starší juliánský kalendář. Proto se pravoslavné svátky rozcházejí s daty katolických svátků. I na Ukrajině se církevní svátky odvíjejí od kalendáře juliánského. Mezi nejvýznamnější svátky patří Velikonoce. Velikonoce, jsou slavností zmrtvýchvstání Páně a jsou také nejvýznamnějším

a zároveň nejstarším svátkem věřících. Tento svátek v sobě ukrývá symbol vítězství života nad smrtí. Věřící o Velikonocích dodržují půst, vyhýbají se konzumaci masa a mléčných výrobků (Kirste, Schultze, Tworuschka, 2002).

Za méně významné svátky než Velikonoce jsou považovány Vánoce. Na Ukrajině vychází oslava Vánoc na 6. – 7. ledna a vánoční čas trvá až do svátku svatého Jana Křtitele 19. ledna, který navazuje na biblický příběh Ježíšova křtu v řece Jordán. V kostelech anebo na březích řek se svěťí voda, věřící Ukrajinci si ji odnášejí domů. Posvěcená voda má člověka chránit před různými nemocemi, proto se celý rok pečlivě uchovává a používá se jen v těch nejnutnějších případech (Livinský, 2008).

Mezi další svátky patří například *Svátek „velkých teologů“* Basilika Velikého, Jana Chrysostomose (Zlatoústý), Řehoře z Nazianzu, *zvěstování Bohorodice* - 25. března, *vjezd Páně do Jeruzaléma* - neděle v šestém týdnu Velkého půstu, *Slavnost na Nebevzetí Páně*, *40 dní po Velikonocích* - květen (čtvrtek), *Zjevení Páně* - 6. srpna, *Zesnutí Bohorodičky* - 28. srpna, atd. (Kirste, Schultze, Tworuschka, 2002).

Náboženský život tedy zasahuje do života a často vyžaduje volbu mezi věrností předsevzetí a reálnou možností předsevzetí splnit.

6.1 Specifika ukrajinské minority

Ukrajínští migranti přichází do České republiky z různých kulturně, národnostně a hospodářsky orientovaných regionů Ukrajiny. Jsou považováni za běžnou součást české společnosti. Přicházejí k nám zejména ze zakarpatské oblasti. Hlavním důvodem je vysoká míra nezaměstnanosti (Leontiyeva, 2006). Mnoho z nich neumí český jazyk, ale ani jazyky západní (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005). Ruština a ukrajinština si jsou hodně podobné, srovnatelné jako čeština se slovenštinou. Ukrajinci však rozumí ruštině lépe než Rusové ukrajinštině (Evans, 2007). Některý pacient odmítá hovořit rusky a česká sestra ukrajinštinu nezná. Dalším používaným jazykem ukrajinských pacientů je suržyk, který představuje směs ukrajinské gramatiky a ruské slovní zásoby (Zeleníková, 2014).

Porodnost, jež byla na Ukrajině historicky tradičně vysoká, začala klesat v období Sovětského svazu a snižovala se až do roku 2000, kdy úhrnná plodnost dosáhla úrovně 1,1 dítěte na ženu. Následoval mírný vzestup, úhrnná plodnost se však stále pohybuje na velmi nízké úrovni 1,5 dítěte na ženu. Mezi důvody může patřit zvyšování věku v době sňatku, rozšíření antikoncepčních metod a špatná ekonomická situace vedoucí mladé lidi k emigraci (Romaniuk a Gladun, 2015). Dalším problémem na Ukrajině je vysoká úmrtnost, jejíž hlavní příčinou je špatný zdravotní stav obyvatel, způsobený nefungujícím postsovětským

zdravotním systémem a nezdravým životním stylem, kdy obzvláště u mužů je velmi rozšířen alkoholismus a kouření (WHO, 2017).

Stravování Ukrajinců je důležitým ukazatelem životního stylu. V pohraničí je ukrajinská kuchyně do určité míry společná s kuchyní polskou. Za tradiční jídlo je považován boršč a dále zelenino-moučné a kroupové produkty (Hudáčková in Tóthová, 2012). Specifikem v ukrajinské kultuře je půst, který vychází z pravoslavného náboženství. Jsou dodržovány čtyři základní kalendářní půsty. Velký půst, který se je 7 týdnů před Velikonocemi, v létě se postí 3–6 týdnů od svátku sv. Trojice do svátku sv. Petra, Spasovský půst, který trvá 2 týdny a Filipovský půst, trvajících 6 podzimních a 6 zimních týdnů (Hudáčková in Tóthová, 2012). Není jednoduché jíst během pracovního dne podle postních pravidel, jelikož se v blízkosti pracoviště nemusí nacházet restaurace s daným postním jídlem (Pavlíková, Sládek, 2009).

Ukrajínští pacienti jsou ukázněni a skromní. Neprojevují se příliš emocionálně. Jsou velmi ochotni přizpůsobit se nemocničnímu režimu, nedělají žádné problémy. Rodinní příslušníci často do nemocnic na návštěvy nedocházejí, jelikož jsou na Ukrajině a ne v České republice (Špirudová a kol., 2004).

Největším „problémem“ během hospitalizace může být komunikace. V komunikaci je zvyklostí, že zdraví nejdříve muži ženy a mladí starší. Muži často podávají při pozdravení či rozloučení ruce, u žen není zvykem, aby podávaly ruce, pouze pokývnu hlavou. Pro Ukrajince platí, že si při seznámení s novým člověkem vykají, tykání si nabízí až při sblížení (Plevová a kol., 2011).

7 Dokumentace ve zdravotnictví

7.1 Zdravotnická dokumentace

Zdravotnická dokumentace je neodmyslitelnou a nepostradatelnou součástí poskytování zdravotní péče u každého pacienta a to nejen s ohledem na zákonnou povinnost jejího vedení vyplývající ze zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů a zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, v platném znění, ale hlavně z důvodu zásadní informační hodnoty, kterou poskytuje lékařům a dalším oprávněným subjektům (Buriánek in Mach, 2013). Z toho vyplývá řada povinností, které lékaři a ostatní poskytovatelé zdravotních služeb musí při jejím vedení řádně plnit. Všechny důležité a citlivé údaje, které se v souvislosti s poskytováním péče o pacientovi zjistí a které jsou chráněny lékařským tajemstvím, se zaznamenávají do zdravotnické dokumentace. Povinná mlčenlivost tedy bezprostředně souvisí s pravidly stanovenými pro správu zdravotnické dokumentace (Buriánek, 2005). Povinná mlčenlivost lékaře je též zakotvena v Etickém kodexu České lékařské komory (stavovský předpis č. 10). Obdobná ustanovení obsahují i další etické a mravní normy upravující poskytování zdravotní péče. Jedná se o Kodex práv pacienta, který uvádí: „*pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné, ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování,*“ či Hippokratova přísaha, jejíž součástí je věta: „*uvidím-li nebo uslyším-li, co by mělo být utajeno, pomlčím o tom a zachovám to jako tajemství*“ (Uherek, 2008), dále Kodex pro zdravotní sestry, kde je uvedeno: „*zdravotní sestra chrání informace o osobních poměrech pacienta, považuje je za důvěrné a svědomitě hodnotí, v jakém rozsahu a komu může tyto důvěrné informace předat*“ (Česká asociace sester, 2000). Dále je toto základní pravidlo součástí např. Mezinárodního etického kodexu porodních asistentek, kde je uvedeno: „*Porodní asistentky respektují důvěrný charakter informací o svých klientkách/klientech za účelem ochrany jejich práva na soukromí a ke sdílení těchto informací přistupují s rozvahou; výjimku tvoří situace, kdy je sdílení informací nařízeno zákonem*“ (Česká komora porodních asistentek, 2014). Podobná ustanovení o závazku povinné mlčenlivosti obsahuje i Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů (Česko, 2004). Etické kodexy ani Hippokratova přísaha nejsou závazným předpisem, to znamená, že nelze jejich dodržování vynutit a za jejich nedodržení nelze uplatnit sankce (Uherek, 2008).

S problematikou právní odpovědnosti velmi úzce souvisí náležité vedení dokumentace, jelikož zdravotnická dokumentace je často rozhodujícím důkazem pro zjištění, zda bylo při poskytování péče postupováno správně, zda se postupovalo lege artis, ale i pro zjištění, zda byla dodržována práva pacienta a další požadavky kladené na zdravotnické pracovníky (Stolínová, Mach, 2010).

Dnes je vedení zdravotnické dokumentace již zákonnou povinností všech zdravotnických zařízení (Stolínová, Mach, 2010). Povinnost vést zdravotnickou dokumentaci zakotvuje výslovně i ustanovení § 5 odst. 2 písm. d) zákona č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů. Dříve tomu však tak nebylo. Náš právní řád se dlouhou dobu pojmem zdravotnická dokumentace nezabýval, bral to jako něco samozřejmého, co je definováno svým účelem. Obrat nastal po roce 1989, kdy se do popředí zájmu legislativy dostala ochrana jednotlivce a respektování osobnostních práv, kam patří i právo na ochranu soukromí, lidské cti a důstojnosti a právo na ochranu osobních údajů. Došlo k uvědomění si, že zdravotnická dokumentace obsahuje velmi důvěrné informace, které mohou, i nevědomky, v určitých situacích poškodit pacienta. Údaje, které jsou obsažené v dokumentaci, mohou být podkladem pro rozhodování v oblastech sociálních, při posuzování způsobilosti k právním úkonům a dalších věcech týkajících se osobnostního statusu, mohou být podkladem pro řízení věcí právních, trestních, atd. (Buriánek, 2005). Prvním právním předpisem upravujícím ochranu osobních údajů je zákon č. 256/1992 Sb., o ochraně osobních údajů v informačních systémech, který byl nahrazen zákonem č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů v platném znění. V tomto zákoně bylo úskalím, že některé požadavky obecné povahy nešlo aplikovat do zdravotnictví a na zdravotnickou dokumentaci a byla nutná úprava. Zákon č. 260/2001 Sb. - novela zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu poprvé definuje obsah a formu zdravotnické dokumentace, podmínky jejího vedení a základní pravidla pro nakládání s ní, včetně výčtu subjektů, které mají za určitých podmínek právo na přístup k informacím ve zdravotnické dokumentaci (Buriánek, 2005). Vedení zdravotnické dokumentace je součástí poskytování zdravotní péče. Avšak žádný právní předpis nedefinuje, co je to zdravotnická dokumentace (Poličar, 2009). Zákon č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů definuje nepřímo zdravotnickou dokumentaci v §67b takto:

„Zdravotnická dokumentace obsahuje

a) osobní údaje pacienta v rozsahu nezbytném pro identifikaci pacienta a zjištění anamnézy,

b) informace o onemocnění pacienta, o průběhu a výsledku vyšetření, léčení a o dalších významných okolnostech souvisejících se zdravotním stavem pacienta a s postupem při poskytování zdravotní péče“.

Shrne-li se celý paragraf §67b, dá se konstatovat, že zdravotnická dokumentace obsahuje informace a údaje o pacientovi, jeho zdravotním stavu a péči, která mu je poskytována. Zdravotnická dokumentace je vedena ve formě textové, grafické, nebo audiovizuální a údaje obsažené v dokumentaci jsou vedeny v podobě listinné nebo elektronické (Česko, 1966). Podrobnosti o způsobu vedení zdravotnické dokumentace v návaznosti na ustanovení § 67 b odst. 19 zákona č. 20/1966 Sb. stanoví prováděcí vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů.

7.1.1 Ošetrovatelská dokumentace

Ošetrovatelská dokumentace je součástí zdravotnické dokumentace o nemocném. Umožňuje na jedné straně dokumentovat poskytovanou ošetrovatelskou péči, na straně druhé poskytuje řadu významných informací, které si sestry potřebují mezi sebou předat. Jednoduchá a kvalitní dokumentace je nezbytnou složkou ošetrovatelského procesu (Staňková, 2005).

Kudlová (2016) uvádí, že ošetrovatelská dokumentace je systematické zaznamenávání plánované a poskytované péče pacientovi kvalifikovanou sestrou a ostatními členy ošetrovatelského týmu, kteří pod odborným vedením kvalifikované sestry/porodní asistentky pracují. Kvalitní vedení záznamů v ošetrovatelské dokumentaci může ovlivnit úroveň poskytované péče.

Koncepce ošetrovatelství České republiky uvedená ve věstníku MZ ČR č. 9/2004, klade důraz na náročnější a samostatnější práci ošetrovatelského personálu. Zdůrazňuje nutnost práce metodou ošetrovatelského procesu doprovázeného řádně vedenou zdravotnickou dokumentací jako základního metodického postupu ošetrovatelského personálu při práci se zdravým i nemocným člověkem, jeho rodinou a sociálním prostředím (Česko, 2004a).

Zdůrazňuje také uplatňování ošetrovatelských norem, vědecky zdůvodněných ošetrovatelských metod, postupů a technik při ošetrovatelských činnostech. Koncepce ošetrovatelství a ošetrovatelské péče se od koncepce medicínských oborů liší právě svým zaměřením na lidské potřeby. Ošetrovatelství vyhledává a odstraňuje, či zmírňuje problémy v oblasti lidských potřeb a podporuje odborné zaměření dalších profesí multidisciplinárního zdravotnického týmu ve prospěch zdraví populace.

Teoretická část disertační práce měla za cíl přiblížit jak laické, tak zejména odborné veřejnosti problematiku transkulturního ošetrovatelství a poskytování kulturně kompetentní

péče klientům ve zdravotnických zařízeních v České republice. V teoretické části je popsána demografická situace obyvatelstva České republiky, migrační politika a situace národnostních menšin. Dále je v teoretické části popsán Model kulturních kompetencí dle Purnella, který tvoří rámec a teoretické východisko pro celou disertační práci. V teoretické části jsou dále popsány historické spojitosti vietnamské, ukrajinské a romské migrace a charakteristika islámu. U jednotlivých minoritních skupin jsou popsána i jejich kulturní specifika. Sedmá kapitola teoretické části disertační práce je věnována zdravotnické dokumentaci a ošetrovatelské dokumentaci, jelikož tvoří nedílnou součást v poskytování ošetrovatelské péče klientům a jedním z cílů pro výzkumnou část disertační práce bylo vytvořit záznam ošetrovatelské péče pro klienty z minoritních skupin.

Linii ve výzkumné části disertační práce tvoří zejména Model kulturních kompetencí dle Purnella, který prostupuje všechny fáze výzkumného šetření. Výzkumné šetření bylo rozděleno do čtyř fází, které na sebe navazovaly tak, aby byly splněny cíle a zodpovězeny výzkumné otázky, které byly pro výzkumnou část stanoveny.

II. Výzkumná část

8 Cíle práce a výzkumné otázky

8.1 Cíle práce

Pro výzkumnou část disertační práce byly, na základě prostudování odborných zdrojů, stanoveny následující cíle:

1. Vytvořit českou jazykovou verzi Modelu kulturních kompetencí L. D. Purnella.
2. Zjistit a určit kulturní specifika vybraných minoritních skupin v Pardubickém kraji se zaměřením na poskytování ošetrovatelské péče.
3. Vytvořit záznam ošetrovatelské péče pro zhodnocení kulturních specifík u hospitalizovaných klientů.
4. Zjistit uživatelskou přívětivost navrženého záznamu ošetrovatelské péče.

8.2 Výzkumné otázky

Na základě stanovených cílů práce byly stanoveny výzkumné otázky:

1. Jaká kulturní specifika se objevují u příslušníků sledovaných minoritních skupin?
2. Jaká specifika u příslušníků sledovaných minoritních skupin mohou ovlivňovat poskytovanou péči v průběhu hospitalizace?
3. Jaká je uživatelská přívětivost navrženého záznamu ošetrovatelské péče?

8.3 Operacionalizace pojmů

Jako základní teoretické východisko výzkumné části z hlediska ošetrovatelství byl využit Model kulturních kompetencí dle Purnella (Purnell, 2002). Tento model se prolíná všemi fázemi výzkumného šetření. Model poskytuje zdravotníkům (a nejen jim) strukturovaný rámec pro posouzení kultury a zhodnocení osobní zdravotní historie s přihlédnutím k aktuálním podmínkám.

Základním výzkumným problémem realizovaného výzkumného šetření je zjistit využití modelu kulturních kompetencí v české ošetrovatelské praxi. K tomu byly realizovány čtyři fáze šetření, kdy byl přeložen Model kulturních kompetencí do českého jazyka, byla zjišťována kulturní specifika příslušníků vybraných minorit, navržen záznam ošetrovatelské péče a zjišťována jeho uživatelská přívětivost.

Model je dle Pavlíkové (2006) vědecká konstrukce, obraz, představa, či popis zkoumaného jevu nebo předmětu. Je ideou, která vysvětluje pomocí symbolické anebo

fyzikální vizualizace. Symbolické modely mohou být například verbální, schematické a kvantitativní.

Minorita neboli menšina. Pro účely výzkumného šetření v disertační práci je myšlena národnostní menšina. **Národnostní menšina** je dle zákona č. 273/2001 Sb., o právech příslušníků národnostních menšin a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, definována jako: *„společenství občanů České republiky žijících na území současné České republiky, kteří se odlišují od ostatních občanů zpravidla společným etnickým původem, jazykem, kulturou a tradicemi, tvoří početní menšinu obyvatelstva a zároveň projevují vůli být považováni za národnostní menšinu za účelem společného úsilí o zachování a rozvoj vlastní svébytnosti, jazyka a kultury a zároveň za účelem vyjádření a ochrany zájmů jejich společenství, které se historicky utvořilo“* (Česko, 2001). Průcha (2001) uvádí, že problém národnostních menšin může být komplikován tím, že některé národnosti se vymezují nikoli na základě etnického kritéria, ale na základě náboženského či rasového kritéria. V České republice se toto vztahuje na Romy a Židy.

V našem výzkumném šetření je pojem minorita používám ve spojitosti s minoritou náboženskou (vyznavači islámu) a dále minoritou národnostní a rasovou (Romové, Vietnamci a Ukrajinci).

Etnická skupina je společenství, v němž je účast téměř vždy dána zrozením a jehož členové sdílejí pocit sounáležitosti. Jde o označení historicky vzniklé sociální skupiny, sociálního celku se společnými a specifickými etnickými rysy, mezi které patří především rysy jazykové, kulturní, náboženské (Kutnohorská, 2005).

Respondenti ve druhé fázi výzkumného šetření byli příslušníci romské, vietnamské, ukrajinské minority a vyznavači islámu. K identifikaci bylo využito jejich dobrovolné a nezištné přihlášení k dané skupině.

9 Výzkumný design a metodika

Ke splnění stanovených cílů byla v empirické části disertační práce využita kombinace kvalitativních metod sběru a analýzy dat, tzv. ad hoc design (Švaříček, Šedřová, 2007). Výzkumné šetření se skládalo ze čtyř na sebe navazujících fází.

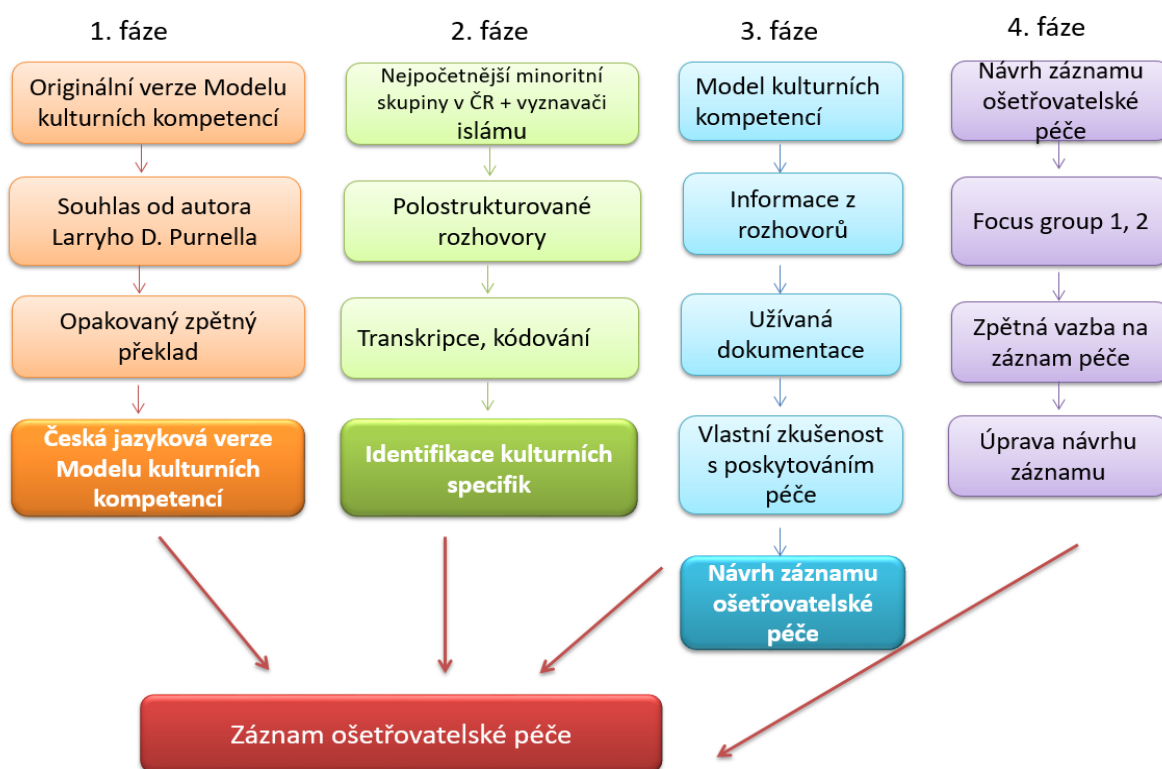
První fáze výzkumu se věnovala vytvoření české jazykové verze Modelu kulturních kompetencí Larryho D. Purnella.

Ve druhé fázi byly provedeny polostrukturované rozhovory s příslušníky vybraných minoritních skupin (Romové, Vietnamci, Ukrajinci a vyznavači islámu) ke zjištění specifik, která mohou ovlivňovat poskytovanou péči ve zdravotnickém zařízení.

Třetí fáze zahrnovala vytvoření záznamu ošetřovatelské péče pro příslušníky minoritních skupin.

Ve čtvrté fázi byla ověřována uživatelská přívětivost záznamu ošetřovatelské péče u nelékařského zdravotnického personálu, který ji ve své práci může využívat.

Grafické schéma výzkumného designu je zobrazeno na Obrázku 2 a podrobně jsou jednotlivé fáze šetření popsány v následujících kapitolách.



Obrázek 2 Výzkumný design. Zdroj: autorka disertační práce

9.1 První fáze výzkumného šetření – Vytvoření české jazykové verze Modelu

Cílem první fáze výzkumného šetření bylo vytvořit českou jazykovou verzi Modelu kulturních kompetencí Larryho D. Purnella (originál viz Příloha 5) (dále jen Model) pomocí opakovaného zpětného překladu. Existuje několik publikací, které se věnují vytvoření jazykových verzí hodnotících škál, ošetrovatelských modelů a dotazníků. V našem případě byl Model (Purnell, 2013) překládán na základě metodiky uvedené v článku autorů Hsiao-Yu, Boore (2009) *Translation and back-translation in qualitative nursing research: methodological review* v souladu s mezinárodně akceptovanými doporučeními pro překlady dotazníků a jiných výzkumných nástrojů. Dále byl náš překlad ovlivněn články jiných autorů, kteří se věnovali zejména překladům dotazníků a škál, konkrétně Švec a kol. (2009), Blanař a kol. (2014), Mandysová, Ehler a Trejbalová (2012). V neposlední řadě bylo vytvoření české jazykové verze Modelu ovlivněno doporučenou metodikou překladu dotazníků „*Translating questionnaires and other research instruments: problems and solutions*“ (Behling a Law, 2000).

9.1.1 Opakovaný zpětný překlad

Prvním krokem k vytvoření české jazykové verze Modelu bylo získání souhlasu s překladem od autora modelu Larryho Purnella (viz Příloha 6). Následně proběhl překlad originální verze (viz Příloha 5) z anglického jazyka do jazyka českého třemi nezávislými odborníky v oboru ošetrovatelství, porodní asistence a zdravotnická angličtina a čtvrtý překlad provedl lingvista a translatolog. Všechny tyto čtyři verze byly komparovány a v konsenzuální debatě, za účelem dosažení shody všech účastníků, byly diskutovány rozdíly. Z těchto verzí byla vytvořena jedna výsledná, která nejlépe odpovídala spisovnému českému jazyku a cílové skupině uživatelů. Tuto verzi zpětně do anglického jazyka přeložil rodilý mluvčí ze Spojených států amerických, žijící 15 let v České republice. Rodilý mluvčí neznal originální verzi. Následně byla jeho verze porovnána s originální verzí. Výrazy, které se významově lišily, byly opět účastníky překladu diskutovány a následně zapracovány do finální české verze.

Při tvorbě české jazykové verze byl kladen důraz na srozumitelnost překladu pro cílové uživatele, tedy pracovníky v oblasti poskytování zdravotní péče (porodní asistentky, všeobecné sestry), akademické pracovníky a studenty vysokých škol vybraných oborů, dále

na správný význam překladu, a aby výsledná terminologie byla co nejvíce totožná s originální verzí.

9.2 Druhá fáze výzkumného šetření - Polostrukturované rozhovory s příslušníky minoritních skupin

Druhá fáze výzkumného šetření byla zaměřena na zjišťování kulturních specifík, která by mohla mít vliv na poskytování a přijímání ošetrovatelské péče u klientů z minoritních skupin. Po prostudování odborné literatury a metodických strategií byl v této fázi výzkumného šetření pro sběr informací zvolen kvalitativní přístup, konkrétně polostrukturované rozhovory.

Kvalitativní výzkum umožňuje zpravidla hluboký vhled do zkoumané oblasti. Umožňuje odhalit podstatu jevů, o kterých toho ještě příliš nevíme (Straus, Corbinová, 1999). Disman (2011, s. 285) uvádí, že kvalitativní přístup je „*nenumerické šetření a interpretace sociální reality. Cílem tu je odkrýt význam podkládaný sdělovaným informacím.*“ Straus a Corbinová (1999) hodnotí rozdíly mezi kvalitativním a kvantitativním výzkumem na základě toho, jakými metodami byla data analyzována. Pod pojmem kvalitativní výzkum rozumí jakýkoliv výzkum, jehož výsledků se nedosahuje pomocí statistických procedur nebo jiných způsobů kvantifikace.

Dle Hendla (2005) se v kvalitativním výzkumu jedná o proces porozumění zvolenému sociálnímu a lidskému problému. Výzkumník pružně reaguje na sbíraná a analyzovaná data a jejich výsledky, které přispívají k osvětlení výzkumných otázek. Miovský (2006) uvádí, že výhodou polostrukturovaného interview je předem dané schéma otázek, na které se tazatel ptá. Pořadí otázek se může měnit a mohou se klást doplňující otázky tak, aby byla maximální výtěžnost interview. I z tohoto důvodu byly pro naše šetření zvoleny právě polostrukturované rozhovory, kdy byla předem vytvořena kostra otázek a během rozhovorů se otázky měnily a přidávaly v závislosti na odpovědích respondentů. Otázky byly sestaveny na základě Modelu kulturních kompetencí Larryho D. Purnella (Purnell, 2005). Tento model se skládá z dvanácti oblastí, které obsahují dílčí podoblasti. Pro naše výzkumné šetření byly vytvořeny dva téměř shodné soubory otázek. Jeden soubor byl vytvořen pro ženy a druhý pro muže (viz Příloha 7). Otázky pro ženy byly rozděleny do dvanácti kategorií totožných s doménami v Modelu (přehled/dědictví, komunikace, role a organizace v rodině, problematika pracovních sil, biokulturní ekologie, vysoce rizikové chování, výživa, těhotenství, rituály smrti, spiritualita, praktiky zdravotní péče, poskytovatelé zdravotní péče). Celkem bylo připraveno 119 otázek, které byly během provádění rozhovorů rozšiřovány a doplňovány. Otázky pro

muže byly rozděleny do jedenácti kategorií. Kategorie byly taktéž shodné s doménami Modelu, ale byla zde vynechána kategorie těhotenství. Otázek bylo připraveno 93 a v průběhu dotazování byly rozšířeny a doplňovány z důvodu maximální výtěžnosti informací.

9.2.1 Průběh 2. fáze výzkumného šetření

Metodika této části výzkumného šetření byla schválena Etickou komisí Univerzity Pardubice (viz Příloha 8). Následně byly osloveny nemocnice v Pardubickém kraji s žádostí o provedení výzkumného šetření. S výzkumným šetřením souhlasily tři zdravotnická zařízení. Z důvodu zachování anonymity není uvedeno, o která konkrétní zdravotnická zařízení se jednalo. Kvalitativní šetření probíhalo od května roku 2016 do ledna roku 2018.

Po domluvě s vedením jednotlivých pracovišť byli osloveni klienti (soubory respondentů viz kapitola 10.1), kteří byli hospitalizováni na konkrétním oddělení s žádostí o účast na výzkumném šetření. Získané informace a jména klientů zůstala v anonymitě.

Jednotlivým účastníkům výzkumu byl vysvětlen účel a cíl šetření, předložen informovaný souhlas (viz Příloha 9) s účastí a s nahráváním rozhovorů na diktafon, který účastníci, v případě souhlasu, stvrdili svým podpisem. Respondenti byli poučeni, že mohou kdykoli spolupráci přerušit či ukončit bez jakéhokoliv vlivu na další průběh hospitalizace, pokud byli ve zdravotnickém zařízení. Miovský (2016) ve své publikaci uvádí, že při rozhovoru je kladen důraz na výběr prostředí, ve kterém se dotazování uskutečňuje. Rozhovory v našem výzkumném šetření probíhaly ve zdravotnických zařízeních během hospitalizace dotazovaných a u dotazovaných, kteří byli ze zdravotnického zařízení propuštěni a byli do jednoho měsíce po dimisi, probíhaly rozhovory ve výukových prostorách zdravotnických zařízení. Cílem výběru tohoto místa bylo, aby se dotazovaní cítili co nejlépe a rozhovory nebyly rušeny okolními vlivy.

Rozhovory byly po získání souhlasu od dotazovaných s pořizováním audiozáznamu nahrávány. Dále byla provedena doslovná transkripce jednotlivých záznamů. Nahrávky byly ponechány v hovorové podobě, pro zachování autenticity. Poté došlo k tzv. redukci prvního řádu, jejímž cílem je učinit přepis plynulejším a usnadnit analytickou práci s ním (Mioviský, 2006). Čermák a Lindénová (2000, s. 18) uvádí: „(...) *Některé jevy, jichž si v živém rozhovoru nejsme vědomi, např. nečekaná přerušení, nedokončené věty, atd., rozdělují text na kratší úseky, které na sebe plynule nenasazují a znesnadňují tak čtenáři, jenž není s materiálem důkladně obeznámen, sledovat základní linii rozhovoru.*“ Kromě hezitačních zvuků (eee, hmm, odkašlání, apod.) byly rozhovory přepsány doslovně. Pro usnadnění čtivosti textu byly některé části výpovědí mírně upraveny, ale kontext byl zachován. Mírnými úpravami je myšleno

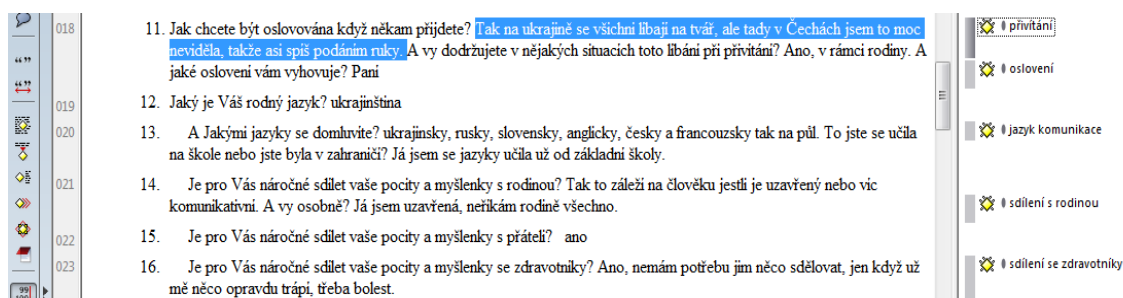
vynechávání opakovaných slov, přereknutí. V některých přímých výpovědích respondentů přepis neodpovídá pravidlům českého pravopisu, a to z důvodu zachování autenticity mluveného projevu.

Při analýze textu bylo vycházeno z principů zakotvené teorie. Analýza v zakotvené teorii se skládá ze tří hlavních typů kódování a to z otevřeného, axiálního a selektivního (Strauss, Corbinová, 1999). V našem případě byl pro kódování a tvorbu kategorií využit program ATLAS.ti (©2002–2019 – ATLAS.ti). Zahajovací fází analýzy tvořilo otevřené kódování. Švaříček a Šed'ová (2007) uvádí, že se jedná o univerzální a velmi efektivní způsob prvotního zpracování textu. Během otevřeného kódování byly údaje rozebrány na samostatné části (text rozložen na jednotky) a pečlivě prostudovány, porovnány a na základě tohoto byly zjištěny podobnosti a rozdíly. V našem případě jednotky tvořily významové celky různé velikosti (slova, slovní spojení, věty) a každé jednotce byl přiřazen kód (slovo nebo krátké slovní spojení či fráze), který charakterizuje danou jednotku. Množina kódů byla dále kategorizována. Kategorie byly pojmenovány tak, aby co nejvíce logicky souvisely s údaji, které zastupovaly. Takto vytvořené kategorie však nebyly považovány za konečné, neboť jejich příslušnost k danému jevu mohla být jen zdánlivá.

Následně bylo provedeno axiální kódování, kdy byly kategorie logicky a hierarchicky uspořádány prostřednictvím vytvoření spojení mezi nimi a jejichmi subkategoriemi (Strauss, Corbinová, 1999). Při interpretaci dat byly použity i přímé citace respondentů, které slouží k lepšímu dokreslení sledované situace a popisovaného stavu.

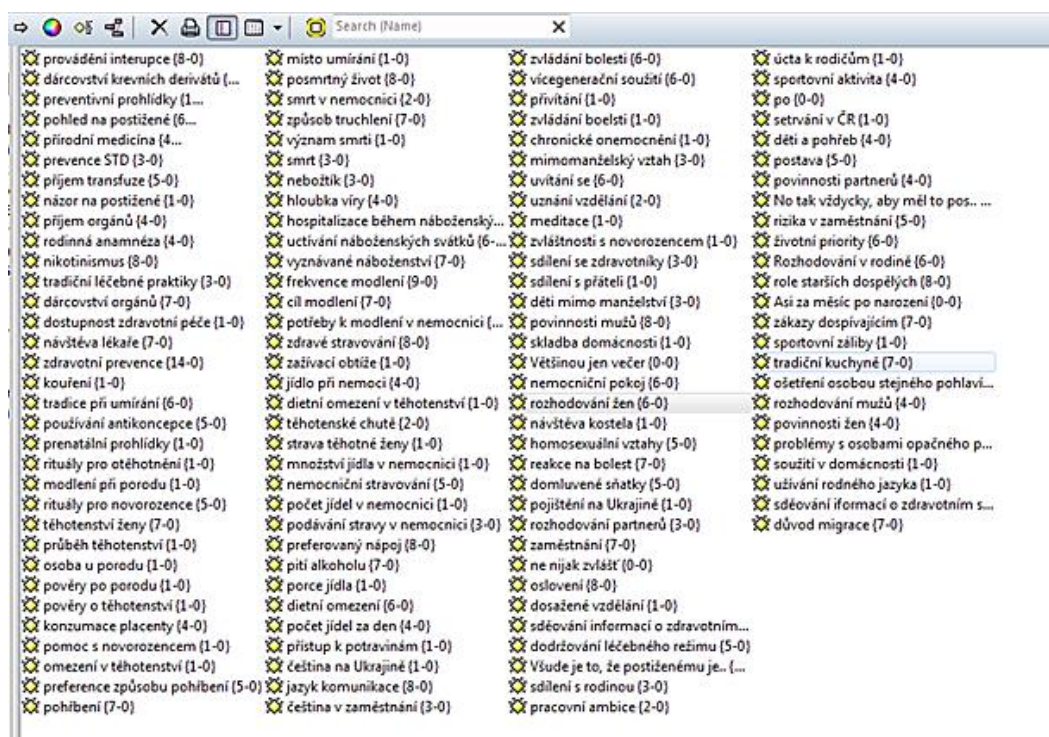
V této části práce je názorná ukázka práce s programem ATLAS.ti (©2002–2019 – ATLAS.ti), kde probíhalo kódování a kategorizace dat. Vzhledem k velkému objemu dat není možné ukázat rozbor textu s kódy a kategorizací podrobně u všech rozhovorů, je zde ukázka práce s programem u rozhovorů s příslušníky ukrajinské minority (viz Obrázek 3-7). Samotné kódování a kategorizace dat však není předmětem zájmu, je to pouze cesta k dosažení výsledků. Rozbor výsledků druhé fáze šetření je uveden v kapitole 11.2.

Zpočátku bylo autorkou práce provedeno opakované čtení textu a následně byla jednotlivá slova, slovní spojení a/nebo celé věty, které nesly nějaký význam, značeny. Charmazová (2006) navrhuje prvotní kódování textu provádět rychle a spontánně. V našem případě byly použity kódy otevřené, které autorka práce sama vytvořila a kódy in vivo, při kterých byl kódem samotný úryvek (viz Obrázek 3).



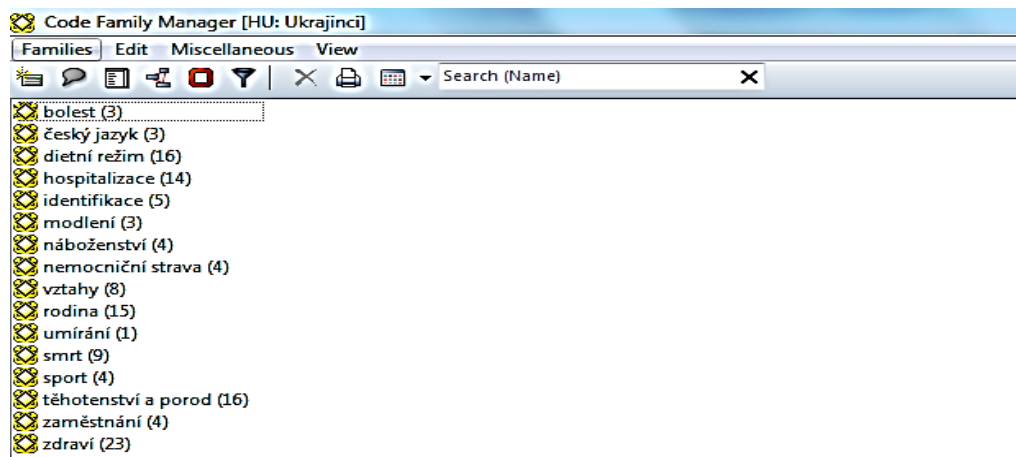
Obrázek 3 Ukázka kódování textu ATLAS.ti (©2002–2019 – ATLAS.ti)

Všechny kódy mohou být zobrazeny a být tak k dispozici v takzvaném Code manageru (viz Obrázek 4), kde mohou být přejmenovány. V Code manageru lze také zobrazit množství úryvků přiřazených k jednomu kódu, tzv. zakotvenost a hustotu, která říká, jaká je propojenost s jinými kódy.



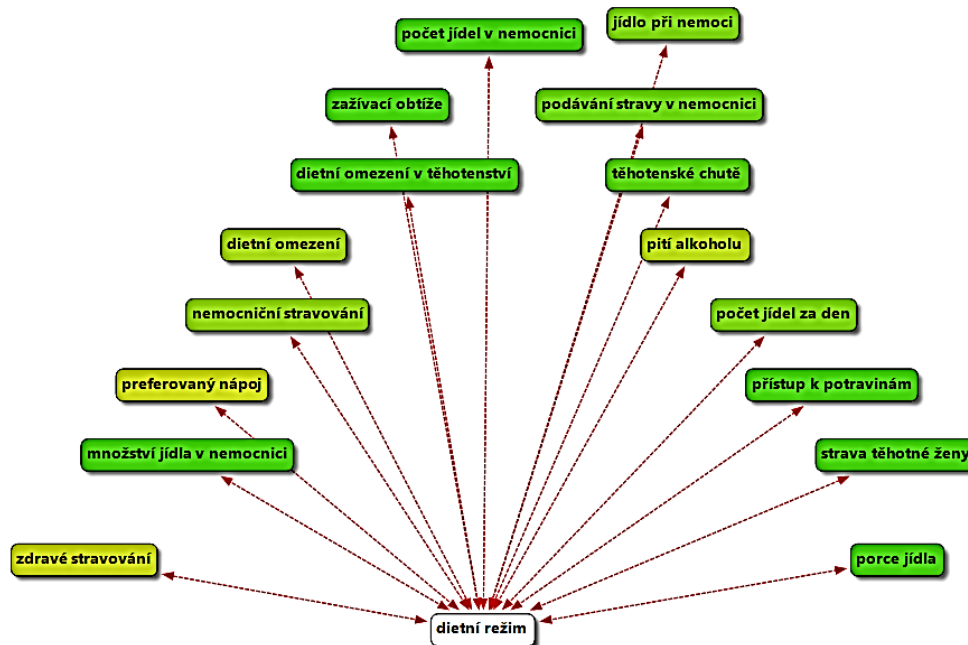
Obrázek 4 Code manager ATLAS.ti (©2002–2019 – ATLAS.ti)

V otevřeném kódování vznikl určitý počet do různé míry saturovaných a mezi sebou vzájemně propojených kódů. V další fázi doporučuje Glaser (1978) přiřazování takto vzniklých kódů k tzv. kódovacím rodinám, různým typům vědeckých konceptů (viz Obrázek 5).



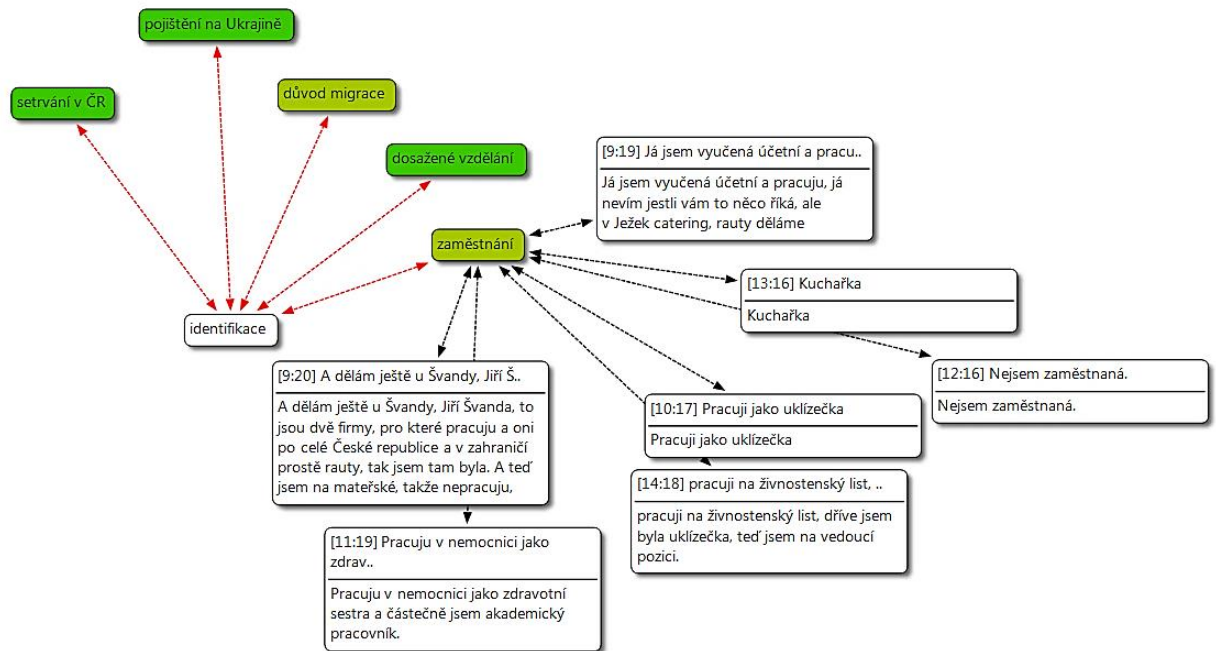
Obrázek 5 Family manager ATLAS.ti (©2002–2019 – ATLAS.ti)

Po vytvoření kódů následovala kategorizace, kdy došlo k seskupování dílčích kódů, a byly k sobě přiřazovány takové kódy, které k sobě významově patřily. Axiální kódování Strauss a Corbinová (1999) definují jako soubor postupů, pomocí nichž jsou údaje po otevřeném kódování znovu uspořádány novým způsobem, prostřednictvím vytváření spojení mezi kategoriemi. Na Obrázku 6 je názorná ukázka kódů, které byly přiřazeny do kategorie dietní režim. Takto mohou být zobrazeny sítě u všech kategorií. Některé kódy významově a logicky patřily do více kategorií.



Obrázek 6 Kategorizace dat v ATLAS.ti (©2002–2019 – ATLAS.ti)

V programu ATLAS.ti (©2002–2019 – ATLAS.ti) je výhodou, že ke každému kódu mohou být zobrazeny poznámky a citace a lze se snadno vracet k původnímu textu a opět zpět k poznámkám a kódům (viz Obrázek 7).



Obrázek 7 Citace v ATLAS.ti (©2002–2019 – ATLAS.ti)

Tímto způsobem byly zpracovány i rozhovory s respondenty ostatních minoritních skupin.

9.3 Třetí fáze výzkumného šetření – Vytvoření záznamu ošetrovatelské péče

Cílem této části výzkumného šetření bylo vytvořit záznam ošetrovatelské péče (dále nazýván pilotní záznam ošetrovatelské péče), který by mohl nelékařský zdravotnický personál využívat pro ucelené zhodnocení kulturní specifik klientů a souvisejících potřeb při hospitalizaci ve zdravotnických zařízeních.

Podkladem pro tvorbu pilotního záznamu ošetrovatelské péče byl Model (Purnell, 2005), zjištěná specifika získaná z rozhovorů s příslušníky vybraných minoritních skupin (Vietnamci, Ukrajinci, Romové, muslimové), která mohou mít vliv na poskytování kulturně kompetentní péče. Při tvorbě pilotního záznamu ošetrovatelské péče byla využita i stávající ošetrovatelská dokumentace využívaná ve zdravotnických zařízeních a v neposlední řadě vlastní zkušenosti výzkumníků.

Pilotní záznam ošetrovatelské péče (viz Příloha 10 a Příloha 11) obsahoval domény z Modelu, které byly v rámci rozhovorů ve druhé fázi výzkumného šetření identifikovány jako podstatné pro poskytování kulturně kompetentní péče. Byly vytvořeny dvě genderově odlišné verze. V pilotním záznamu ošetrovatelské péče pro muže byla vynechána doména „těhotenství“ a některé typy preventivních prohlídek (mamografie, gynekologie). Pilotní záznam ošetrovatelské péče primárně nezahrnoval všeobecné anamnestické údaje, které byly ve zdravotnických zařízeních zjišťovány v jiných dokumentech.

Po formální stránce byl pilotní záznam ošetrovatelské péče navržen tak, aby osoba, která záznam vyplňuje, mohla ve většině případů vybírat, respektive klientovi/ce nabízet, odpovědi z předem navržené varianty. Pokud nabízená varianta nenabízela požadovanou možnost, byl zde prostor pro vypsání odpovědi vlastní.

Pilotní záznam ošetrovatelské péče byl poskytnut účastníkům focus group (výzkumný soubor focus group viz kapitola 10.2), kteří souhlasili s účastí na šetření.

9.4 Čtvrtá fáze výzkumného šetření – Ověření uživatelské přívětivosti záznamu ošetrovatelské péče

Vytvořený pilotní záznam ošetrovatelské péče byl hodnocen pomocí ohniskové skupiny, tzv. **focus group**. Morgan a Krchová (2001) definují focus group jako výzkumnou metodu, pomocí které se získávají data za využití skupinových interakcí, které samovolně vznikají a probíhají v debatě na předem určené téma. Hendl a Remr (2017) uvádí, že se jedná o pečlivě připravenou diskusi s výhodami skupinové dynamiky, a tak lze efektivním způsobem získat velké množství informací. Badatelé určují zaměření diskuse, ohnisko, které se odvíjí od cílů výzkumu a výzkumných otázek. Ohnisko je zpravidla definováno volněji, jedná se tedy spíše o tematickou oblast či obecnější fenomén, který badatele zajímá (Miovský, 2006). Focus group jsou efektivní při zkoumání takových témat, u kterých je podstatný skupinový fenomén, kterým mohou být například různé stimuly, bariéry, ale i další determinanty, které vyplývají z příslušnosti k určité skupině (Patton, 2002). Všechny tyto výše uvedené aspekty vedly k tomu, aby byla zvolena právě metoda focus group pro zjištění zpětné vazby na pilotní záznam ošetrovatelské péče.

Ohnisko v našem případě vyplývá ze samotného výzkumného problému a je jím tedy záznam ošetrovatelské péče o klienty z minoritních skupin. Metoda focus group byla záměrně zvolena i z důvodu, že ve skupině mohou být účastníci inspirováni vzájemnými odpověďmi a vyjádřenými názory a opadá ostych z toho, že by řekli něco nevhodného. Výhoda byla také spatřována v tom, že účastníky spojovala společná pracovní zkušenost, a to práce

ve zdravotnickém zařízení na pozici porodní asistentky nebo všeobecné sestry (dále focus group 1) a na pozici manažerů ošetrovatelské péče (dále focus group 2).

Průběh sezení byl inspirován metodikou, kterou uvádí Miovský (2016). Uvádí, že focus group mohou být rozděleny na čtyři fáze, a to zahájení, úvodní diskuse, motivační práce a ukončení diskuse. V našem případě proběhla focus group 1 s nelékařským zdravotnickým personálem 30. 5. 2018 od 17:30 hodin do 19 hodin ve výukových prostorách zdravotnického zařízení a focus group 2 s manažerkami ošetrovatelské péče proběhla 2. 10. 2018 od 12 hodin do 13 hodin taktéž ve výukových prostorách zdravotnického zařízení.

Focus group 1 i focus group 2 se účastnily pouze ženy (viz kapitola 10.2). Osloveným účastnicím, které souhlasily s podílením se na focus group, byl 14 dní před plánovaným sezením poskytnut navržený pilotní záznam ošetrovatelské péče s prosbou o prostudování dokumentu. Hlavní oblasti, na které se oslovené účastnice měly zaměřit, byly:

- plusy a mínusy (klady a zápory) dokumentu,
- přehlednost dokumentu,
- výtěžnost získaných informací,
- srozumitelnost jednotlivých položek a jejich význam,
- specifičnost dokumentu pro cílovou skupinu klientů,
- doporučení pro úpravy,
- vhodnost záznamu pro začlenění do stávající dokumentace (kritérium navíc pro focus group 2).

Účastnice seděly v kruhu tak, aby na sebe všechny dobře viděly. Zasedací pořádek si účastnice vybraly samy, pouze místo moderátorky bylo označeno. Moderátorkou byla autorka disertační práce. Měla předem stanovené okruhy, na které se chtěla dotazovat a kterým se chtěla věnovat. Na úvod se moderátorka představila, představila cíle a záměr výzkumu, poděkovala za účast ve focus group a poprosila jednotlivé účastnice, aby se představily. Všechny účastnice byly také předem požádány o písemné udělení souhlasu s pořízením audiozáznamu (viz Příloha 12). Účastnice byly informovány, že mohou svou účast na sezení ukončit, bude-li to nutné a budou-li chtít, mohou transkripci audionahrávky dodatečně upravit a změnit své výpovědi. Účastnice byly seznámeny s pravidly, která by se měla během focus group dodržovat, například že hovoří vždy pouze jedna osoba, účastnice by se mezi sebou neměly bavit, diskuse se účastní všechny přítomné, každá má právo říct názor a žádný názor není špatný, každý se k němu může vyjádřit, ale nemá právo jej devalvovat, nikdo nesmí být

do odpovědi nucen. Informace, které se od sebe účastnice během sezení dozví, by se neměly šířit mimo sezení (Morgan, Krchová, 2001).

V následujícím průběhu focus group byly účastnice motivovány k diskusi a propracování se ke klíčovým tématům celého sezení.

Na konci sezení měly účastnice možnost vyjádřit se ještě k čemukoli, co nestihly během diskuse. Moderátorka zhodnotila průběh, zjišťovala zpětnou vazbu od účastnic a poděkovala za účast.

Průběh focus group byl nahráván a následně byla provedena doslovná transkripce audionahrávky. V textu byly pomocí metody tužka-papír (autor, odkaz) označeny výpovědi, které obsahovaly negativní názory na předložený dokument, pozitivní ohlasy a návrhy či doporučení, jak by se dokument mohl změnit. Jednotlivé výroky jsou uvedeny v kapitole 11.4 a jsou uspořádány dle jednotlivých oblastí uvedených v pilotním záznamu ošetřovatelské péče.

10 Výzkumné soubory

V této části práce jsou popsány soubory respondentů pro jednotlivé fáze výzkumného šetření mimo první fáze výzkumného šetření, kde se jednalo o překlad Modelu do českého jazyka.

10.1 Výzkumné soubory ve 2. fázi výzkumného šetření – polostrukturované rozhovory s příslušníky minoritních skupin

Tato fáze výzkumného šetření byla zaměřena na zjišťování kulturních specifik, která by mohla ovlivnit ošetrovatelskou péči ať v pozitivním, či negativním směru. Z tohoto důvodu tvořili výzkumný soubor příslušníci minoritních skupin žijící na území České republiky, konkrétně vyznavači islámu, Vietnamci, Ukrajinci a Romové. Tyto minoritní skupiny byly zvoleny záměrně. Vietnamci a Ukrajinci patří mezi nejpočetnější etnické skupiny obyvatel žijících v České republice, Romové jsou nejpočetnější národnostní menšina a islám je druhé celosvětově nejrozšířenější náboženství hned po křesťanství (Český statistický úřad, 2019a). Zároveň jsou tyto vybrané skupiny obyvatel kulturně odlišné a v rámci poskytování péče ve zdravotnických zařízeních vyvstává potřeba znalosti těchto specifik.

Byl použit účelový výběr vzorku (záměrný) a byla stanovena jasná kritéria pro zařazení jedinců do souboru:

- příslušník zvolené minority – vyznavač islámu, příslušník vietnamské, ukrajinské a romské minority; zde bylo využito spontánního, nezištného přihlášení jedince k dané etnické skupině;
- osoba starší osmnácti let, mužského i ženského pohlaví;
- aktuální hospitalizace na lůžkovém oddělení ve zdravotnickém zařízení v Pardubickém kraji nebo mající zkušenost s péčí v průběhu hospitalizace ne starší než 1 měsíc po dimisi;
- komunikace v českém jazyce;
- dobrovolná účast na výzkumném šetření;

Dle Dismana (2011) je cílem kvalitativního šetření porozumět lidem v sociálních situacích a kvalitativní výzkum pracuje s menším množstvím respondentů bez ohledu na statistickou reprezentativnost. Pro naše šetření byla důležitá saturace dat, které bylo dosaženo, a tudíž 7 Ukrajinců, 5 Romů, 5 Vietnamců a 5 vyznavačů islámu považujeme za dostatečný. Jakmile se začala získávaná data opakovat, nebylo v dané minoritní skupině nutné provádět

další interview. Charakteristika respondentů jednotlivých minoritních skupin je podrobněji uvedena v následujících podkapitolách (10.1.1, 10.1.2., 10.1.3, 10.1.4).

10.1.1 Výzkumný soubor A - Ukrajinská minorita

Výzkumný soubor A byl tvořen příslušníky ukrajinské minority. Identifikační údaje jednotlivých respondentů jsou uvedeny v Tabulce 2.

Tabulka 2 Výzkumný soubor A – Ukrajinská minorita

Respondent	Věk	Vzdělání	Délka pobytu v ČR
Respondent 1	34 let	středoškolské	8 let
Respondent 2	52 let	středoškolské	16 let
Respondent 3	46 let	středoškolské	8 let
Respondent 4	43 let	vysokoškolské	20 let
Respondent 5	29 let	vysokoškolské	4 měsíce
Respondent 6	55 let	středoškolské	10 let
Respondent 7	43 let	středoškolské	17 let

Výzkumný soubor A se skládal ze sedmi respondentek, které se dobrovolně, spontánně a nezištně hlásili k ukrajinské národnosti. Jednalo se o ženy ve věkovém rozmezí 29 let až 55 let. Dvě respondentky měly vysokoškolské vzdělání, 5 respondentek mělo středoškolské vzdělání. Délka pobytu na území České republiky byla různá. Nejkratší doba pobytu byla 4 měsíce a nejdelší pobyt 20 let.

10.1.2 Výzkumný soubor B - Romská minorita

Výzkumný soubor B byl tvořen příslušníky romské minority. Identifikační údaje charakterizující respondenty jsou uvedeny v Tabulce 3.

Tabulka 3 Výzkumný soubor B – Romská minorita

Respondent	Věk	Pohlaví	Vzdělání
Respondent 1	37 let	muž	základní
Respondent 2	25 let	muž	základní
Respondent 3	39 let	žena	základní
Respondent 4	47 let	žena	základní
Respondent 5	62 let	muž	základní

Výzkumný soubor B tvořilo pět příslušníků romské minority. Tři ženy a dva muži ve věkovém rozmezí 25 až 62 let, kteří byli hospitalizováni ve zdravotnických zařízeních. Všichni respondenti ukončili základní vzdělání. V České republice žijí celý život.

10.1.3 Výzkumný soubor C - Vietnamská minorita

Výzkumný soubor C byl tvořen příslušníky vietnamské minority. Identifikační údaje charakterizující respondenty jsou uvedeny v Tabulce 4.

Tabulka 4 Výzkumný soubor C – vietnamská minorita

Respondent	Věk	Pohlaví	Vzdělání	Délka pobytu v ČR	Země původu
Respondent 1	40 let	žena	středoškolské	20 let	Vietnam
Respondent 2	25 let	žena	vysokoškolské	22 let	Vietnam
Respondent 3	28 let	žena	vysokoškolské	15 let	Vietnam
Respondent 4	53 let	muž	základní	30 let	Vietnam
Respondent 5	47 let	muž	základní	17 let	Vietnam

Výzkumný soubor C byl tvořen příslušníky vietnamské minority, konkrétně dvěma muži a třemi ženami. Věkové rozmezí bylo od 25 do 53 let věku. Dvě ženy dosáhly vysokoškolského vzdělání, jedna středoškolského a oba muži získali středoškolské vzdělání. Délka pobytu v České republice je od 15 do 30 let.

10.1.4 Výzkumný soubor D - Vyznavači islámu

Výzkumný soubor D byl tvořen vyznavači islámu. Identifikační údaje charakterizující respondenty jsou uvedeny v Tabulce 5.

Tabulka 5 Výzkumný soubor D - Vyznavači islámu

Respondent	Věk	Pohlaví	Vzdělání	Délka pobytu v ČR	Země původu
Respondent 1	42 let	muž	vysokoškolské	3,5 roku	Sýrie
Respondent 2	50 let	muž	vysokoškolské	25 let	Egypt
Respondent 3	22 let	žena	středoškolské	11 let	Sýrie
Respondent 4	30 let	žena	středoškolské	8 let	Irák
Respondent 5	57 let	muž	středoškolské	3 roky	Sýrie

Výzkumný soubor D byl tvořen pěti respondenty - muži i ženami ve věkovém rozmezí 22 let až 57 let. Dva respondenti měli vysokoškolské vzdělání. Jeden respondent získal vysokoškolské vzdělání v Sýrii a v České republice mu uznáno nebylo. Druhý respondent získal vysokoškolské vzdělání v České republice, a tudíž mu uznané bylo. Tři respondenti měli středoškolské vzdělání. Země původu se u jednotlivých respondentů lišila. Tři respondenti pochází ze Sýrie, jeden z Egypta a jeden z Iráku. Délka pobytu je taktéž různá. Nejkratší dobu v České republice pobývá respondent 5 a to 3 roky, nejdéle dobu v České republice pobývá respondent 2, a to 25 let. Všichni respondenti se výzkumného šetření účastnili dobrovolně a dobrovolně se hlásili k islámu.

10.2 Výzkumný soubor ve focus group

Pilotní záznam ošetrovatelské péče byl vytvořen pro nelékařský zdravotnický personál pro „usnadnění“ získávání informací nejen o zdravotním stavu, ale i o kulturních specifikách a potřebách klienta z minoritní skupiny a následnému poskytování kulturně kompetentní péče zaměřené na řešení zjištěných specifik. Z tohoto důvodu byl pro získání zpětné vazby na pilotní záznam ošetrovatelské péče osloven nelékařský zdravotnický personál a manažerky ošetrovatelské péče ve zdravotnických zařízeních v Pardubickém kraji, konkrétně všeobecné sestry a porodní asistentky ve focus group 1 a manažerů ošetrovatelské péče ve focus group 2.

Hendl a Remr (2017) uvádí, že focus group by měla mít homogenní složení, aby se podporovala skupinová dynamika a i jedinci se cítí lépe ve skupině lidí podobně zaměřených. Pokud jsou ve skupině respondenti s rozdílnými zkušenostmi, doporučuje se volit osoby podobného věku, stejného pohlaví, nebo etnicity. Obvykle se volí skupina o velikosti 6 až 12 osob.

10.2.1 Výzkumný soubor focus group 1

Ohnisková skupina označená jako **focus group 1** byla složena ze sedmi členů a jedné moderátorky, kterou byla autorka disertační práce. Všechny účastnice byly ženy a pracovaly na pozici všeobecné sestry nebo porodní asistentky na lůžkovém oddělení ve zdravotnickém zařízení v Pardubickém kraji. Délka praxe v oboru u jednotlivých účastnic byla od 4 do 15 let. Nejmladší účastnicí bylo 26 let, dvěma účastnicím bylo 28 let, jedné účastnici bylo 30, dvěma účastnicím 34 let a nejstarší účastnicí bylo 41 let. Vysokoškolské vzdělání mělo 6 účastnic, z toho 3 dosáhly bakalářského titulu, 3 magisterského a 1 účastnice měla středoškolské vzdělání s následným specializačním vzděláním (viz Tabulka 6).

Tabulka 6 Charakteristika účastnic Focus group 1

Respondentky	Věk	Vzdělání	Délka praxe
Účastnice 1	26	Bc.	4 roky
Účastnice 2	28	Mgr.	4 roky
Účastnice 3	28	Bc.	6 let
Účastnice 4	30	Mgr.	5 let
Účastnice 5	34	Bc.	12 let
Účastnice 6	34	Mgr.	9 let
Účastnice 7	41	Specializace	15 let

10.2.2 Výzkumný soubor focus group 2

Ohnisková skupina označena jako **focus group 2** byla uskutečněna s manažerkami ošetrovatelské péče. U jakékoliv ošetrovatelské dokumentace je nutné zohledňovat nejen její praktičnost, specifičnost a využitelnost, ale zároveň také vhodnost vytvořené dokumentace pro její začlenění do stávajícího systému dokumentace na daném zdravotnickém pracovišti. Proto je považováno složení focus group 2 z manažerek ošetrovatelské péče za opodstatněné a žádoucí.

Focus group 2 se zúčastnily vrchní a staniční sestry z lůžkových oddělení zdravotnického zařízení v Pardubickém kraji. Celkový počet účastnic byl 5 plus moderátorka, kterou byla autorka disertační práce. Konkrétně focus group čítala 2 vrchní sestry a 3 staniční sestry. Věkové rozložení účastnic bylo od 40 let do 51 let. Vysokoškolské vzdělání měly 4 účastnice (bakalářské) a jedna účastnice měla středoškolské vzdělání s následným specializačním vzděláním. V manažerské funkci působily vrchní sestry 6 a 5 let, staniční sestry 8, 15 a 12 let (viz Tabulka 7).

Tabulka 7 Charakteristika účastnic Focus group 2

Respondentky	Věk	Vzdělání	Délka praxe na manažerské pozici	Pozice
Informantka 1	40	Bc.	5 let	vrchní sestra
Informantka 2	42	Bc.	6 let	vrchní sestra
Informantka 3	44	Bc.	8 let	staniční sestra
Informantka 4	47	Bc.	12 let	staniční sestra
Informantka 5	51	Specializace	15 let	staniční sestra

11 Výsledky jednotlivých fází výzkumného šetření

V této části práce jsou představeny výsledky z jednotlivých fází výzkumného šetření. Postupně jsou zde uvedeny průběh a výsledky tvorby české verze Modelu, stěžejní výsledky z polostrukturovaných rozhovorů se zástupci minoritních skupin. Dále následuje popis tvorby pilotního záznamu ošetrovatelské péče, včetně jeho grafického náčrtu. Jako další jsou prezentovány výsledky z focus group 1 s nelékařským zdravotnickým personálem a focus group 2 s manažerkami ošetrovatelské péče pro získání zpětné vazby na vytvořený záznam. Na závěr kapitoly je představen záznam ošetrovatelské péče, který vznikl na základě vyhodnocení jednotlivých kroků výzkumného šetření.

11.1 Výsledky 1. fáze výzkumného šetření - opakovaný zpětný překlad

Po získání souhlasu s vytvořením české jazykové verze Modelu kulturních kompetencí od autora Modelu Larryho D. Purnella (viz Příloha 6), mohlo být přistoupeno k samotnému překladu. Celkem bylo tedy překládáno 89 výrazů. Naprostá shoda nastala u všech aktérů překladu u 37 (41,6 %) výrazů. V Tabulce 8 je uvedeno zbylých 52 výrazů, u kterých nenastala naprostá shoda v překladu od všech čtyřech překladatelů. Tabulka je rozdělená dle typu neshod na: různé významy, odlišné (diskutované) výrazy, rozdíly v singuláru a plurálu a na synonyma a vždy jsou uvedeny výrazy tak, jak je definovali jednotliví překladatelé. Výraz, na kterém se debatní skupina shodla a který byl použit ve výsledném překladu, je v tabulce podbarven šedou barvou. **Finální česká jazyková verze Modelu** je zobrazena v Příloze 13.

V osmi případech (9 %) byly překládané výrazy významově odlišné, ale dohodnout se na výsledném výrazu bylo bezproblémové. Ve třech výrazech (3,37 %) se jednotlivé české varianty lišily také významově a překlad neodpovídal kontextu. Pomocí českých a anglických výkladových slovníků lingvista výsledné výrazy přepracoval. První výraz zněl v originále „*spatial distancing*“, který patří do domény Komunikace. Jednotlivé překlady zněly „*udržování prostorové vzdálenosti*“, „*odstup v prostoru*“, „*prostorový odstup*.“ Nakonec byla zvolena varianta „*komunikační vzdálenost*“, jelikož se domníváme, že nejlépe vystihuje daný kontext v Purnellově modelu.

Druhý diskutovaný výraz byl výraz „*temporality*“ opět v doméně Komunikace. Jednotlivé překlady zněly „*církevní statky*“, „*temporalita*“, „*duchovní statky*.“ Pomocí konsenzové debaty překládajících byla snaha najít nejvíce vhodný výraz, jelikož pod těmito výrazy si každý může představit něco jiného a ne každý tyto pojmy chápe stejně.

Ve výkladovém slovníku (Bláha, Šemberová, 2011) je definice: „*tradičně lineární průběh v minulosti, přítomnosti, budoucnosti. Ve společenských vědách se jedná o lidské vnímání času a sociální organizaci času*“. Purnell (2013) uvádí v souvislosti s Modelem, že každá kultura má jiné vnímání a chápání času. Některé kultury jsou více orientovány na minulost, jiné na přítomnost a jiné na budoucnost. Z tohoto důvodu nebyl použit ani jeden z navrhovaných překladů a výsledný výraz zní „*průběh minulosti, přítomnosti, budoucnosti*“.

Třetí výraz, který byl diskutován, byl výraz „*deficiencies*“ v doméně Výživa. Jednotlivé výrazy zněly: „*nedostatky*“ a „*nedostatky / dietní chyby*“. V porovnání s komentářem v originální práci Purnella (2013) je význam „*deficiencies*“ vnímán ve smyslu rozdílů. A proto výsledný překlad zní „*rozdíly*“.

U 38 (42,7 %) výrazů se vyskytovala synonyma, rozdílů v singuláru a plurálu byly u tří překládaných výrazů (3,4 %). Všechny rozdílů, které se při překladech objevily, pravděpodobně vyplývaly z rozdílné aktivní slovní zásoby jednotlivých překladatelů a v takových případech byla lingvistou vybrána ta varianta, která nejvíce odpovídá originálnímu významu a která je nejvíce přijatelná po stylistické a významové stránce českého jazyka. Cílem české verze bylo vyvarovat se užívání pouze odborných výrazů, ale v některých případech bylo jejich využití nezbytné. Rodilý mluvčí obdržel finální českou verzi, podle které provedl zpětný překlad do anglického jazyka, přičemž originální text neznal.

Tabulka 8 Překládané výrazy

Překladatelé	Překladatel 1	Překladatel 2	Překladatel 3	Překladatel 4
Výrazy, u kterých nebyl shoda				
Různé významy	Ekonomika	Ekonomika	Ekonomika	Ekonomie
	Biologické variace	Biologické odlišnosti	Biologické změny	Biologické odlišnosti
	Metabolismus léků	Metabolismus léčiv	Metabolismus léčiv	Metabolismus léků
	Kouření	Tabák	Tabák	Tabák
	Truchlení	Úmrtí/truchlení	Úmrtí	Úmrtí blízké osoby
	Magicko-náboženské víry	Rituály a náboženské praktiky	posvátné náboženské víry	Magicko-náboženská a náboženská přesvědčení
	Lidoví léčitelé	Lidoví léčitelé	Lidoví lékaři	Lidoví léčitelé
	Pohlaví a zdravotní péče	Zdravotní péče u různých pohlaví	Zdravotní péče u různých pohlaví	Gender a zdravotní péče
Odišné, diskuse	Prostorový odstup	Odstup v prostoru	Odstup v prostoru	Udržování prostorové vzdálenosti
	Temporality	Duchovní statky	Církevní statky	Temporalita
	Nedostatky	Nedostatky/dietní chyby	Nedostatky	Nedostatky
Singulár a plurál	Purnellův model kulturních kompetencí	Purnellův model kulturní kompetence	Purnellův model kulturních kompetencí	Purnellův model kulturní kompetence
	Dotyky	Dotyk	Dotyk	Dotyk
	Rekreační drogy	Rekreační drogy	Rekreační droga	Rekreační drogy
Synonyma	Povolání	Povolání	Povolání	Zaměstnání
	Dominantní jazyk	Převládající jazyk	Převládající jazyk	Dominující jazyk
	Nářečí	Nářečí	Nářečí	Dialekty
	Výraz tváře	Výraz tváře	Výraz obličeje	Výrazy obličeje
	Pozdravy	Pozdravy	Zdravení	Pozdravy
	Jména	Názvy/jména	Názvy	Jména
	Genderové role	Role pohlaví	Role pohlaví	Genderové role
	Vývojové úkoly	Rozvojové cíle	Vývojové úkoly	Rozvojové úkoly
	Sociální status	Sociální postavení	Sociální status	Sociální postavení
	Barva pleti	Barva pleti	Barva kůže	Barva kůže
	Výživa	Výživa	Výživa	Strava
	Význam jídla	Význam potravin	Význam potravin	Význam jídla
	Běžné potraviny	Obvyklá jídla	Obvyklá jídla	Běžné potraviny
	Duchovno	Duchovno	Duchovno	Spiritualita
	Smysl života	Význam života	Význam života	Smysl života
	Individuální síla	Osobní síla	Osobní síla	Individuální síla
	Duchovno a zdraví	Duchovno a zdraví	Duchovno a zdraví	Spiritualita a zdraví
	Role bolesti/nemoci	Úloha bolesti a nemoci	Úloha bolesti a nemoci	Role bolesti/nemoci
	Mentální zdraví	Mentální zdraví	Duševní zdraví	Duševní zdraví
	Vnímání poskytovatelů péče	Postřeh (vnímání) zdravotníků	Postřeh (vnímání) zdravotníků	Vnímání poskytovatelů péče
	Pohlížení na těhotenství	Názory na těhotenství	Pohled na těhotenství	Pohled na těhotenství
	Bydliště	Bydliště	Bydliště	Pobyt
	Rodinné role a organizace	Role a organizace v rodině	Role v rodině a organizace	Rodinné role a organizace
	Hlava domácnosti	Hlava rodiny	Hlava rodiny	Hlava domácnosti
	Věkové role	Role věku	Role věku	Role starých lidí
	Rozšířená rodina	Širší rodina	Širší rodina	Širší rodina
	Problematika pracovní síly	Problémy pracovní síly	Problémy pracovní síly	Problematika pracovních sil
	Akultura	Začlenění se do kultury	Začlenění se do kultury	Akultura
	Autonomie	Samostatnost/samospráva	Autonomie	Autonomie
	Praktiky plodnosti	Praktiky plodnosti	Praktiky plodnosti	Praktiky pro podporu plodnosti
	Těhotenství a víra	Víra/přesvědčení v těhotenství	Víra v těhotenství	Přesvědčení ve vztahu k těhotenství
	Poporodní období	Poporodní péče	Období po porodu	Poporodní péče
	Modlení	Využití modlitby	Využití modlitby	Užití modlitby
	Praktiky zdravotní péče	Praktiky zdravotní péče	Praktiky zdravotní péče	Zdravotnická praxe
	Zaměření na zdravotní péči	Zaměření na zdravotní péči	Zaměření na zdravotní péči	Orientace na péči o zdraví
	Zodpovědnost za zdraví	Zodpovědnost za zdraví	Zodpovědnost za zdraví	Odpovědnost za zdraví
	Samoléčba	Samoléčba	Sebeléčba	Samoléčení
	Omezení	Zdravotní omezení	Zdravotní bariéry	Omezení

Zdroj: vytvořeno autorkou disertační práce

11.2 Výsledky 2. fáze výzkumného šetření - polostrukturované rozhovory

V této kapitole jsou prezentovány výsledky z analýzy rozhovorů s příslušníky minoritních skupin. Kódováním textu (viz kapitola 9.2.1) vznikly subkategorie a kategorie. Kategorie byly uspořádány do domén tak, jak jsou uvedeny v Modelu kulturních kompetencí dle Purnella (Purnell, 2005). Jednotlivé kapitoly jsou uspořádány tak že nejprve jsou uvedeny výsledky jednotlivých domén a na konci každé kapitoly je celkové shrnutí výsledků z rozhovorů s danou etnickou skupinou.

11.2.1 Vyhodnocení rozhovorů - soubor A - Ukrajinci

V Tabulce 9 jsou zobrazeny hlavní kategorie, které jsou dále v textu podrobněji popisovány a jsou uvedeny i příklady přímých výpovědí respondentek.

Tabulka 8 Domény a kategorie Ukrajinci

Domény	Kategorie
1. Přehled/dědictví/topografie	I. Identifikace
2. Komunikace	I. Český jazyk
	II. Sounáležitost
3. Role a organizace v rodině	I. Gender
	II. Rodina
4. Problematika pracovních sil	I. Zaměstnání
5. Biokulturní ekologie	I. Anamnéza
	II. Genetika
6. Vysoce rizikové chování	I. Abúzus
	II. Prevence
7. Výživa	I. Dietní režim
	II. Nemocniční strava
8. Rituály smrti	I. Umírání
	II. Smrt
9. Spiritualita	I. Víra
	II. Svátky
10. Praktiky zdravotní péče	I. Bolest
	II. Medicína
	III. Dárcovství
11. Poskytovatelé zdravotní péče	I. Hospitalizace
12. Těhotenství	I. Těhotenství a porod

1. Přehled/dědictví/topografie

V doméně Přehled/dědictví/topografie se respondenti vyjadřovali k hlavním oblastem uvedeným v Tabulce 10.

Tabulka 9 Přehled/dědictví/topografie „A“

Doména	1. Přehled/dědictví/topografie
Kategorie	Subkategorie
I. Identifikace	Důvod migrace
	Zaměstnání
	Pojištění
	Setrvání v ČR
	Dosažené vzdělání

I. Identifikace

V kategorii Identifikace respondentky jako **důvod migrace** a **setrvání v České republice** nejvíce uváděly práci. Ať už samy, či s partnerem, jely hledat práci z Ukrajiny do České republiky, jelikož na Ukrajině nebyl dostatek pracovních příležitostí. R2 uvedla: „*Já jsem všechno doma (na Ukrajině) studovala, protože jsem účetní. Ale měla jsem tady tetu, tak a prostě s manželem, tehdy přítelem, přijeli sem a prostě tady zůstali, prostě takhle nám všechno vyhovovalo, i práci máme dobrou, tak prostě se zůstalo tady.*“ Podobný důvod zněl: „*Kvůli manželovi, ten tady pracuje, a já jsem přišla za ním sem, máme se tu líp než na Ukrajině*“ (R5). Dalším důvodem bylo, že do České republiky přijely s rodiči, když byly ještě malé: „*Tak mamka si tady našla práci a pak nás sem vzala. Mě a moji sestru*“ (R1).

Pouze jedna respondentka není v současné době **zaměstnaná**, ostatní pracují. Dvě respondentky mají vysokoškolské **vzdělání**, přičemž jedné z nich v České republice uznané nebylo, jelikož se o uznání ani nepokoušela, ostatní respondentky mají středoškolské vzdělání. Jedním z problémů, se kterým se při shánění práce potýkaly, byl trvalý pobyt. Jelikož neměly trvalý pobyt, nemohly například pracovat na živnostenský list: „*Já mám střední školu kadeřnici. No tak tu kadeřnici kdybych zkusila, tak bych musela mít praxi. Já nemám praxi, šla jsem sem a byla jsem mladá a v tu dobu jsem nemohla pracovat jako kadeřnice, protože my jsme tady byli na povolení, na živnostenský list pracovali, my jsme nemohli pracovat, nebylo to uznané, ale teď když mám trvalý pobyt, tak už je to moc dlouho. Až teď mi jakoby uznali, ale když jsme přijela z Ukrajiny sem, tak jsem nemohla pracovat jinou práci, jen uklízet. Nemohla jsem ani studovat, když jsem neměla trvalý pobyt*“ (R7).

Všechny respondentky mají v České republice sjednané **zdravotní pojištění**.

Pracovní důvody migrace jsou jedním z hlavních motivů, proč lidé z Ukrajiny jezdí do České republiky. Bohužel, často ani zde v Čechách nemají takové zaměstnání, které by odpovídalo jejich kvalifikaci. I tak jsou však schopni ušetřit finance a posílat je rodinným příslušníkům, kteří zůstali na Ukrajině.

2. Komunikace

V doméně Komunikace se respondenti vyjadřovali k hlavním oblastem uvedeným v Tabulce 11.

Tabulka 10 Komunikace „A“

Doména	2. Komunikace
Kategorie	Subkategorie
I. Český jazyk	Dorozumívání
II. Sounáležitost	Přivítání
	Sdílení myšlenek

I. Český jazyk

Komunikace v českém jazyce se promítla do několika oblastí zároveň, což je pochopitelné, jelikož český jazyk respondenty využívají v každodenním životě. Respondenty nemají s komunikací v českém jazyce problémy, rozumí českému jazyku a v tomto jazyce se i dorozumívají v zaměstnání, na úradech a v obchodech. R2 uvedla: „*Písmena, čárky, háčky v textu mi dělají problém někdy, ale jinak ne.*“ K problémům s komunikací v češtině se vyjádřila i R1: „*Nemám problém, ale stejně se najde někdo, kdo pozná, že čeština není mým rodným jazykem.*“

Respondenty jsou i velice dobře vybaveny pro **komunikaci v jiných jazycích**, než v českém jazyce a ukrajinštině. R1 se dorozumí ukrajinsky, rusky, slovensky, anglicky, česky a francouzsky tak na půl. R2 na otázku v jakých jazycích se domluví, odpověděla: „*Anglicky málo. Já vždycky jako dobře mluvila, všechno, ale když člověk v tom jazyce nekomunikuje, tak to zapomene. Pak rusky, prostě polsky rozumím, ale nevím, zda bych se domluvila polsky, slovensky.*“ R3 se kromě češtiny a ukrajinštiny dorozumí ještě rusky. „*Mluvím ukrajinsky, rusky, anglicky dalo by se říct, česky a mluvím, ještě učím se francouzsky a španělsky*“ (R4). Ostatní respondenty shodně odpověděly, že se dorozumí i polsky a rusky.

II. Sounáležitost

Verbální a neverbální projevy v komunikaci mohou být odlišné dle zvyků v rodině, v komunitě anebo i národu. Nepochopení těchto projevů může způsobit přinejmenším nepříjemné situace během konverzace.

V **oslovení** se u respondentek žádné zvláštnosti neobjevily, všechny chtějí být oslovovány „paní“ a příjmením. Jsou zvyklé podat si při setkání ruku a R3 navíc uvedla, že s blízkými se líbají na tváře.

Sdílení svých pocitů s rodinou není problém, v rodině se hovoří o všem, protože rodina je pro ně vše a rodinní příslušníci si důvěřují. Sdílení pocitů a myšlenek se zdravotníky je omezeno pouze na informace o zdravotním stavu: „*Nemám potřebu jim něco sdělovat, jen když už mě něco opravdu trápí, třeba bolest*“ (R1). „*Tak nemám k nim žádný vztah, řeknu jim informace o svém zdravotním stavu a problémech*“ (R5).

3. Role a organizace v rodině

V doméně Role a organizace v rodině se respondenti vyjadřovali k hlavním oblastem uvedeným v Tabulce 12.

Tabulka 11 Role a organizace v rodině „A“

Doména	3. Role a organizace v rodině
Kategorie	Subkategorie
I. Gender	Rozhodování
	Povinnosti
II. Rodina	Příbuzenstvo

I. Gender

V některých rodinách jsou **mužské a ženské role** jasně dány, ať už dle toho, kdo vydělává více peněz, nebo tradičně, v závislosti na kultuře. Nadpoloviční většina respondentek uvedla, že zpravidla více rozhoduje muž, ať už manžel nebo otec. R4 uvedla: „*Hlava rodiny často je muž, pokud ovšem nemá žádný zlovyk jako je alkoholismus a pracuje. Pokud je v rodině takovýto muž, který vydělává a cítí se tak, tak je to muž. Většinou ale je to žena, protože, obzvlášť na vesnici jsou muži často alkoholicí, neudrží peníze a pak se stává hlavou rodiny žena.*“ R7 uvedla: „*V naší rodině to bylo vždycky spíš jakoby tak, že kdysi dělal tatínek rozhodnutí, pak už tatínek nepracoval, tak víc rozhodnutí maminka, jakoby pořád na půlku, ale maminka dokázala řešit víc věcí, měla práce a muselo se zařizovat už i podle ní.*“

Rozhodnutí žen v rodině se obvykle týkají nakupování potravin, vaření, péče o děti, **muži rozhodují** o tom, kde se bude bydlet, o větších investicích. Toto uvedly všechny respondentky. S rozhodováním do jisté míry souvisí i **povinnosti žen a mužů** v rodině, kdy respondentky téměř shodně uváděly, že ženy mají povinnosti obstarat domácnost, děti a vaří a muži mají na starosti vydělávat peníze a zajistit rodinu finančně: „*Je to rozdělený víc jak v České republice, že tam to je pomalu... tady jako když třeba muž vaří, tak je to příjemně vnímáno, tam jsem se s tím setkala méně. Rozdělení rolí tam je více vyhraněno, takže*

v podstatě ten muž, muži rozdělují na lidi, který jsou dobrý a špatný. Dobrý manžel je ten, který nemá vlastně v podstatě zlozvyky a to je ten, který nenadužívá alkohol, je věrný manželce a ještě nekouří. A ještě když vydělává, tak je v podstatě zlatej. A v podstatě to jsme vyjmenovaly jen nějaké absence těch, nebo prostě špatnej je ten, který bije, dělá fyzický násilí, takže ten a role jsou rozdělený, že v podstatě stačí, když ten muž dobře vydělává a finančně zabezpečuje a zbytek je tak nějak na manželce“ (R4).

II. Rodina

Na Ukrajině je zvykem, že spolu žije i **širší rodina**, většinou rodiče a prarodiče a navzájem si pomáhají v péči o děti a také finančně. Na vesnicích je takovéto soužití běžné, ve městech se lidé snaží spíše osamostatnit: „Je zvykem, že všichni tam žijou spolu, třeba dvě generace, nebo tři, že žijou pohromadě a zvláštní tam je třeba že rodičům se vyká neustále, že se netyká, ani když jsou už děti dospělí, tak nesmí rodičům tykat“ (R1).

Role mladších dospívajících či dětí jsou vymezeny podobně jako v České republice, děti by měly být slušné a nepřekračovat meze zákona: „Ono může být leccos zakázané z důvodu náboženství, záleží, jak moc jsou radikální nebo reálně v tom, takže může být, pokud patří do křesťanství, zejména do křesťanství, jinak tam ty zákazy není a když jsou, tak se porušují. Takže u dospívajících není dobře, aby jakoby se pil alkohol, ale je to podobný jako tady, není to nic tak nějak a drogy? S drogama jsem se setkala vůbec minimálně na Ukrajině. Tam je ten alkohol tak silnej, že ty drogy nemaj místo.“ (R3)

V oblasti rodiny zazněly i dotazy na **předem domluvené sňatky**, které se nepraktikují a lidé si mohou vzít, koho chtějí. Aby spolu měl pár dětí mimo manželství je pro všechny respondentky, vyjma jedné, nepřijatelné. Ta uvedla: „Mně to nevadí, ale tam na Ukrajině by se na ně lidi dívali skrz prsty“ (R2).

Homosexuální páry jsou pro všechny respondentky nepřijatelné a ani jedna s nimi nesouhlasí.

4. Problematika pracovních sil

V doméně Problematika pracovních sil se respondenti vyjadřovali k hlavním oblastem uvedeným v Tabulce 13.

Tabulka 12 Problematika pracovních sil „A“

Doména	4. Problematika pracovních sil
Kategorie	Subkategorie
I. Zaměstnání	Profese
	Rizika

I. Zaměstnání

Kromě jedné respondentky (R5), která je v současné době nezaměstnaná, jsou ostatní respondentky **zaměstnané**. Pracují na pozici administrativního pracovníka, v cateringu, uklízečky, všeobecné sestry, kuchařky a vedoucí menší firmy. V zaměstnání jim český jazyk nedělá problémy, dorozumí se se všemi.

Jak již bylo řečeno, lidé z Ukrajiny jsou mnohdy zaměstnáváni na nižších pozicích, než na které mají kvalifikaci. A tak se může stát, že vysokoškolsky vzdělaný člověk pracuje jako pomocná síla v kuchyni anebo jako uklízečka.

Rizika spojená s profesí jsou běžná, vyplývající z vykonávané činnosti.

5. Biokulturní ekologie

V doméně Biokulturní ekologie se respondenti vyjadřovali k hlavním oblastem uvedeným v Tabulce 14.

Tabulka 13 Biokulturní ekologie „A“

Doména	5. Biokulturní ekologie
Kategorie	Subkategorie
I. Anamnéza	Léky
	Smyslové vnímání
II. Genetika	Dědičné nemoci

I. Anamnéza

Respondentky nemají **alergii** na léky. Shodně také uvedly, že při užití volně prodejných léků se u nich neobjevily žádné problémy. **Problémy** se sluchem nemá žádná respondentka, dvě respondentky vidí špatně na dálku a ostatní problémy se zrakem neuvedly.

II. Genetika

Na otázku **dědičných nemocí a chorob** v rodině, uvedlo pět respondentek, že v rodině žádné genetické nemoci nemají, mají ale civilizační choroby: „*No, v naší rodině má někdo vysoký tlak. Já ne, maminka ano, syn ne. Já jsem měla vysoký tlak, ale brala jsem léky a teď už mám tlak v pořádku*“ (R3). „*No babička měla rakovinu a děda infarkt*“ (R5).

V této doméně se specifika, která by souvisela přímo s danou minoritou, neobjevila.

6. Vysoce rizikové chování

V doméně Vysoce rizikové chování se respondenti vyjadřovali k hlavním oblastem uvedeným v Tabulce 15.

Tabulka 14 Vysoce rizikové chování „A“

Doména	6. Vysoce rizikové chování
Kategorie	Subkategorie
I. Abúzus	Kouření
	Alkohol
II. Prevence	Sport
	Preventivní opatření

I. Abúzus

Všechny respondentky se vyjádřily k **užívání návykových látek**. Pět respondentek nekouří, dvě ano: „*No, tak před těhotenstvím jsem kouřila hodně, během těhotenství tak jednu, dvě*“ (R1). „*Já tak když nemám náladu nebo mám nějaký problém, tak přes den nekouřím, ale večer si dám dvě cigarety, nebo tři. Nebo někdy když jdu s kamarádkami, tak si ráda zapálím, jinak ne*“ (R7).

Alkohol respondentky pijí jen příležitostně, zejména pokud jsou na oslavě nebo si jdou sednout s kamarádkami.

II. Prevence

Pro udržení kondice je pravidelná **sportovní činnost** žádoucí. Dvě respondentky uvedly, že z časových důvodů neprovádí žádnou sportovní aktivitu. R2 uvedla: „*Pravidelně na kolách jezdíme prostě, před těhotenstvím tam jako jsem hodně chodila cvičit, já na Ukrajině pravidelně 7 roků dělala judo-sambu, já jsem byla šampionka Ukrajiny.*“ Ostatní respondentky uvedly, že se snaží pravidelně sportovat, například plavat nebo chodit na procházky, alespoň dvakrát týdně. R7 navíc uvedla, že cvičí doma každý den 10-15 minut.

V problematice **předcházení nemocem** uvedla jedna respondentka, že je očkována proti hepatitidě A, jedna respondentka jí dostatek zeleniny. K prevenci před pohlavně přenosnými chorobami se vyjádřily dvě respondentky: „*Mám manžela, takže se nijak nechráním*“ (R4). „*Tak nestřídám sexuální partnery*“ (R7).

7. Výživa

V doméně **Výživa** se respondenti vyjadřovali k hlavním oblastem uvedeným v Tabulce 16.

Tabulka 15 Výživa „A“

Doména	7. Výživa
Kategorie	Subkategorie
I. Dietní režim	Stravovací návyky
	Národní kuchyně
II. Nemocniční strava	Nemocniční strava

I. Dietní režim

Počet jídel během dne se u respondentek různí, některé jedí 3x denně, některé 5-6x denně a jedna respondentka uvedla, že jí pokaždé, když má hlad. Snaží se jíst zdravě a vyváženě, tzn. ovoce, zeleninu, maso, rýži: „*Jablka, snažím se sníst jablko každý den, podle chuti, zeleninu se snažím jíst, obědy musí být pořád teplé a k večeři se snažím mít teplé jídlo. Jím podle chuti, na co mám chuť, to si dám*“ (R7). Ne vždy se ale podaří nejíst nezdravé jídlo: „*Vždycky mi to vydrží ale jen chvílku jíst zdravě. Třeba si řeknu, že nebudu jíst čokoládu a sladký nebo smažený jídlo, brambůrky, ale za týden je po předsevzetí*“ (R1).

Zaživací potíže se u respondentek vyskytují, například pokud se přejí, po hodně kořeněném jídle, česneku, či meruňkách. Pokud jsou nemocné, snaží se využívat přírodní léčbu, jedním z příkladů může být například čaj s citronem a zázvorem.

Mezi **tradiční jídla** vařená na Ukrajině patří boršč, pelmeni a holubci. Další odpovědi byly: „*Tak na těch vesnicích si lidé převážně všechno pěstují sami, že mají svoje potraviny, co tam jedí nejvíc je asi boršč, brambory hodně a slanina*“ (R1). „*Ono to taky záleží, z jaké části člověk pochází. Tam u nás to byly vareniky, pelmeni, boršč. To jsou takový jídla, který se opakovaně vaří a který milujou. Takže todle to mě chutná i do teď a naučila jsem to i svoji rodinu, Oni občas taky chtějí, abych jim to uvařila. To jsou typický ukrajinský jídla, který jsou dobrý*“ (R4). „*Já bych řekla, že u nás na západní Ukrajině všeobecně nevím, ale u nás to jsou tokán s bryndzou*“ (R6). „*Pirohy a boršč a holubce. To je ze zelí a tam se dá rýže a maso a to se obalí*“ (R7).

V otázce typických ukrajinských jídel bylo vyjmenováno poměrně velké množství tradičních jídel v souvislosti s oblastí, ze které respondentky pocházely. Souvislosti s omezením potravin kvůli náboženství uvedeny nebyly.

II. Nemocniční strava

Respondentky hodnotily **stravu v nemocnici** během hospitalizace. Způsob podávání stravy, tabletový systém, vyhovoval všem respondentkám, ale byly výtky ke špinavým tálům.

Složení stravy hodnotily čtyři respondentky jako vyhovující, tři respondentky měly připomínky: „*Jídlo je k snídani pořád stejné, chleba s něčím, k večeři chleba, jídlo je málo pestré*“ (R1). „*Večeře jsou studené, to já jsem zvyklá na teplé večeře z domu, ale těch pár dní se to dá vydržet*“ (R5). „*Jídlo není pestré, chybí ovoce a zelenina, nejsou jogurty*“ (R6).

8. Rituály smrti

V doméně Rituály smrti se respondenti vyjadřovali k hlavním oblastem uvedeným v Tabulce 17.

Tabulka 16 Rituály smrti „A“

Doména	8. Rituály smrti
Kategorie	Subkategorie
I. Umírání	Umírající
II. Smrt	Pohřeb
	Truchlení
	Posmrtný život

I. Umírání

Všechny respondentky shodně uváděly, že k **umírajícímu** chodí rodina a loučí se s ním. Preferuje se umírání v domácím prostředí nežli v nemocnici. Po smrti je zemřelý doma 3 dny a poté následuje **pohřbení**. „U vás tady člověk umřel, přišli všichni na pohřeb a to je všechno. U nás prostě rodina sedí vedle toho umírajícího, já nevím jeden den se rozloučí, pak jdou na hřbitov, farář prostě všechno dělá, službu a tohle. Písničky nepouští. U vás se tady pouští písničky jako Karel Gott, to u nás ne“ (R2). „Když někdo umře, tak ještě tři dny musí ležet doma na posteli. Jako nevypadá to zrovna hezky, nevoní, ale až pak ho vlastně pohřbí. A když umře někdo v nemocnici, tak stejně se tělo převezde domů na postel. Tam se chodí všichni loučit a leží tam tři dny. A pak se jde do kostela a na hřbitov“ (R1). No tak vždycky, aby měl to poslední pomazání duchovní, potom v podstatě když už zemře, tak se snaží být nepřetržitě u mrtvého, mít ho doma. 3 dny. Většina umírá doma, není to tak že by si nevěděli rady s tím člověkem, většinou doma. Takže je to hodně i spojené s církevníma svátkama, pověrčama, že 3 dny duše bloudí a pálí se svíčky a u toho mrtvého vždycky někdo je, je doma, nebo má často otevřenou rakev (R4). „Když někdo umře, tak se zavolá farář, svíčky zapálí, člověk, který umře tak leží v rakvi a ten postup může být jeden den nebo dva, kdy pak přijde rodina, pomodlí se za jeho duši, aby byl v ráji a dobře mu bylo a duše aby byla spokojená a pak se zavolá farář a ten čte dvanáct takových částí a pak přijde na druhý den kněz a všichni se pomodlí, všichni se s mrtvým rozloučí a rakev se nese do kostela, tam jsou hrobníci a dá se do hrobu. Rodina pak dělá hostinu za zemřelého, sednou si a povídá se“ (R7).

Tradice spojené s umíráním a smrtí jsou pro ukrajinskou minoritu specifické a umře-li klient z Ukrajiny ve zdravotnickém zařízení, měla by být jeho dříve vyslovená přání a přání rodiny respektována. Oproti české společnosti, je pro tu ukrajinskou více běžné, že lidé

umírají doma. Domnívám se, že česká společnost na tuto situaci není dostatečně připravena a mnoho lidí má z umírání strach. Je však možné, že menší strach ze smrti může pramenit z víry v Boha a víry v posmrtný život.

II. Smrt

Zemřelý je pohřben za tři dny po smrti a vždy **pochováním do země**, nikdy ne spálením.

Muži i ženy po smrti **truchlí**, intenzita závisí na tom, v jak blízkém vztahu se zemřelým byl. Ženy dávají smutek najevo více než muži: „*Ženy více brečí, prolíjí více slz, muži to drží víc v sobě*“ (R7).

V **posmrtný život** věří všechny respondentky, věří, že po smrti ještě život v nějaké formě dál pokračuje: „*I prostě věřím tomu, že když člověk umře, jasně tělo všechno zůstává v zemi, a prostě ta duše jde tam, určitě existuje něco o hodně lepšího. Prostě že nejsme tak zlý, nic si neuvědomujeme, a jdeme a peníze a to je jasný, bez peněz to nejde, honíme se za kariérou, ale stejně si nikdo nic po smrti nikam neodnese, tam ani tam*“ (R2). „*Když budeš dobrý, půjdeš do nebe, když ne, tak nepůjdeš do nebe*“ (R3). *Tak já s tím, že mám i teologické vzdělání a jakoby křesťanství, tak v posmrtný život věřím, je to buď peklo nebo ráj, nebo prostě je život věčný, v to věřím* (R4).

9. Spiritualita

V doméně Spiritualita se respondenti vyjadřovali k hlavním oblastem uvedeným v Tabulce 18.

Tabulka 17 Spiritualita „A“

Doména	9. Spiritualita
Kategorie	Subkategorie
I. Víra	Modlení
	Nemocnice
II. Svátky	Návštěva kostela

I. Víra

Respondentky bez výjimek uvedly, že jsou **věřící**. Všechny respondentky vyznávají křesťanství, dvě konkrétně uvedly pravoslaví, dvě katolickou víru: „*Já náboženství vyznávám řeckokatolický, katolický, křesťanství. Já můžu jít do kostela Bartoloměje, do křesťanského kostela*“ (R2).

Frekvence **modlení se u** respondentek liší: „*Jako děti jsme se museli modlit třikrát denně a pak od té doby, co mám svoji rodinu a žiju tady, tak už se moc nemodlím*“ (R2). Tři

respondentky se modlí jednou denně a to večer a jedna respondentka uvedla, že se modlí každé ráno a večer a když odchází z domu (R5). Nejčastěji se ženy modlí za zdraví svoje a své rodiny, za požehnání.

Respondentky uváděly, že k modlitbě nic nepotřebují a když jsou hospitalizované ve zdravotnickém zařízení, tak také nic nepotřebují. **Hospitalizace** během náboženských svátků by nebyl problém, zdraví je pro ně na prvním místě. R4 uvedla: „*Mohl by to být problém. Většinou lepší kdyby domů pacient jel, kdyby měl rodinu a zázemí protože o svátcích nikdo nechce být sám. Určitě ta doba svátků je příjemná, hezká. Mně by asi nevadily svátky jako takový.*“

II. Svátky

Do kostela v České republice respondentky pravidelně nechodí, pouze jedna respondentka (R2) uvedla, že chodí každou neděli. Ostatní kostel navštěvují zpravidla, jen když je trápí nějaký problém nebo o svátcích. R7 uvedla: „*Já se cítím jako věřící, to znamená, že cítím pána boha, a tak dále, ale abych řekla, že jsem křesťanka, že chodím do kostela každý den to ne, to já cítím Boha.*“

Křesťanské svátky jsou pro respondentky důležité, snaží se chodit do kostela a nepracovat, stýkat se s rodinou.

10. Praktiky zdravotní péče

V doméně Praktiky zdravotní péče se respondenti vyjadřovali k hlavním oblastem uvedeným v Tabulce 19.

Tabulka 18 Praktiky zdravotní péče „A“

Doména	10. Praktiky zdravotní péče
Kategorie	Subkategorie
I. Bolest	Analgezie
II. Medicína	Tradiční/profesionální léčba
III. Dárcovství	Darování krve, orgánů

I. Bolest

Mají-li respondentky **bolest**, snaží se jí zvládat samy a nezatěžovat tím okolí. R1 uvedla: „*No myslela jsem, že to držím v sobě, ale to co jsem předvedla při porodu, tak to je ostuda. Takže to je úplně naopak. Ale jinak bolest snáším snad dobře.*“ Užívání analgetik závisí na intenzitě bolesti. Pokud je bolest pro respondentky snesitelná, tak se analgetik snaží vyvarovat, ale pokud je bolest intenzivnější, vezmou si analgetika: „*Tak záleží, kde mě to bolí. Jsem naučená, že když mě bolí třeba zub, tak to chladím, nebo na to bolavé místo dám česnek,*

to samé když mě bolí ucho. Snažím se spíš takto přírodně a lékům se vyhýbám“ (R1). „Pokud je bolest menší, tak si neberu nic, a když mě třeba bolí hlava, tak si vezmu prášek, ibalgin nebo paralen“ (R4).

II. Medicína

V domácím léčení nemocí, které nejsou závažné a jedná se například o nachlazení, rýmu, kašel či nevolnost, respondentky využívají **přírodní medicínu**, zejména bylinky: *„Často používám česnek, heřmánek“ (R1). „Když v krku bolí tak si vezmu med, zázvor, uděláte čaj, prostě takový přírodní věci co babička dělala“ (R2).* Podobně zněla i další odpověď *„Já používám čerstvé bylinky“ (R3).* *„No, občas jo, takové jako bylinky, nebo něco takového, ale ne že bych se tím nějak vyloženě zabývala“ (R6).* Aromaterapii, akupresuru a akupunkturu jako léčebnou metodu respondentky nevyužívají a nikdy nevyužily. Pouze R4 uvedla: *„Doma máme někdy puštěnou aromalampu, ale ne za účelem uzdravení, spíš jen že to hezky voní.“*

Pro **udržení zdraví** navštěvují respondentky pravidelně lékaře, absolvují preventivní prohlídky. Toto je velmi pozitivní zjištění a je vidět, že si lidé z Ukrajiny váží na jedné straně svého zdraví, o které pečují a na straně druhé mají víru v doktory.

III. Dárcovství

Otázky k dárcovství se věnovaly tomu, zda by respondentky darovaly či přijaly krevní transfuzi a zda by darovaly či přijaly orgán. Shodně uvedly, že by **krev** darovaly i přijmuly a to samé platí o **orgánech**, pokud by to bylo nutné. Jedna respondentka (R1) je dárcem krve.

Co se týče **umělého ukončení těhotenství** na vlastní žádost, žádná respondentka s ním nesouhlasí. Dvě respondentky uvedly, že by souhlasily v případě zdravotních komplikací a jedna své rozhodnutí odůvodnila: *„Podle náboženství s tím nemůžu souhlasit. Protože duše se musí narodit, například z důvodu očištění. Třeba bůh chce, aby to takto bylo a proto my nemůžeme rozhodnout, kdo se narodí a kdo ne, každá duše si zaslouží projít zemí a nemůžeme věřit proč, ale musíme ji umožnit to absolvovat“ (R7).*

Problematika umělého ukončení je dle mého názoru spojená zejména s náboženstvím, a to také v odpovědích respondentek zaznělo.

11. Poskytovatelé zdravotní péče

V doméně Poskytovatelé zdravotní péče se respondenti vyjadřovali k hlavním oblastem uvedeným v Tabulce 20.

Tabulka 19 Poskytovatelé zdravotní péče „A“

Doména	11. Poskytovatelé zdravotní péče
Kategorie	Subkategorie
I. Hospitalizace	Lékaři
	Sdělování
	Spolupacienti

I. Hospitalizace

Při nemoci chodí respondentky **vždy k lékaři**, žádná jiná varianta nezazněla. R1 uvedla: „*Spíš se léčím doma a k lékaři jdu, až když už fakt nemůžu a nezvládám se léčit doma.*“ K návštěvám lékaře na Ukrajině se vyjádřila R4 takto: „*Na Ukrajině se neplatí pojištění, to je zdarma, ale zdarma znamená nelegálně, je to zmatek. Je to takový komunismus. Na neodkladnou péči jsou tam odborníci, to ano, ale nějaká náročnější péče, léčba. Například když to vezmu stomatolog, máte to určitou léčbu zdarma, ale pokud si to nezaplatíte, tak máte smůlu. Jsou i soukromý sektory, vyloženě hrazený, tam platíte legálně a péči máte. Ale jinak je to zdarma, což ani vlastně není zdarma, prostě je to tak nějak zvláštně.*“

Služby zdravotní péče jsou dobře dostupné, všechny respondentky si platí zdravotní pojištění, tudíž v této oblasti je pro ně v České republice vše bez problémů.

Ošetření či vyšetření osobou stejného pohlaví není nutností. Respondentky uváděly, že jim nevadí, pokud jsou vyšetřovány lékařem mužem. Jedna respondentka vyjádřila svoji zkušenost: „*No, takhle vám to řeknu. Pro mě to bylo těžký, když jsem šla ke gynekologovi, tak u nás všichni ženský jsou gynekoložky a tady jsem šla k muži gynekologovi, pak k dalšímu, ale už jsem si zvykla*“ (R2).

Na vyšetření chodí respondentky samy, nevyžadují, aby je někdo doprovázel.

V problematice **sdělování diagnózy** a léčebného plánu se odpovědi respondentek rozcházel: Čtyři respondentky uvedly, že diagnóza by měla být prvořadě sdělena samotné pacientce: „*Mně. Ale na Ukrajině je to tak, že se to nejdříve sděluje rodině a pak až pacientovi. To mu poví rodina*“ (R1). Dvě respondentky uvedly, že nejprve by měla být informace o zdravotním stavu sdělena rodině a pacientce až následně. „*To je takový stálý problém, to se komunikuje s rodinou a může se něco zamlčovat, to je například i milosrdná lež, nechaj je v tom nějakým nevědění. Toto bylo velmi silně zakořeněné neříkat pravdu*“ (R4). Problematika sdělování diagnózy, a zejména vážné diagnózy, je z etického hlediska zásadní, a zdravotníci by neměli zapomínat tuto možnost zjišťovat.

Složení pacientů v nemocničních pokojích je respondentkám jedno, stejně tak to, zda budou ležet na jednolůžkovém nebo vícelůžkovém pokoji. Toto není na první pohled kulturní

specifikum, ale i tak je třeba, aby zdravotničtí pracovníci měli přehled, kdo jsou spolupacienti a zda-li nehrozí střet kultur.

12. Těhotenství

V doméně Těhotenství se respondenti vyjadřovali k hlavním oblastem uvedeným v Tabulce 21.

Tabulka 20 Těhotenství „A“

Doména	12. Těhotenství
Kategorie	Subkategorie
I. Těhotenství a porod	Těhotenství
	Porod
	Novorozenec

I. Těhotenství a porod

Respondentky shodně uváděly, že **těhotenství ženy** je považováno za dar a ne každá žena má to štěstí a otěhotní. Chování žen v těhotenství může být do jisté míry ovlivněno i vírou, kterou vyznávají: „*Je dost pověr, dost různých takových že by se těhotná neměla dívat na postižený, taky že by se měla vyhýbat velkému stresu, dodržovat životosprávu a tak. Ale zároveň to jsou takový věci, jako že věří, se že když je žena svědkem nešťastné události, že to negativně může ovlivnit těhotenství. Těch pověr je hodně, ne jen ohledně těhotenství, ale i po porodu. Například dítě se nesmí dívat do zrcadla, nemělo by se chválit že je pěkné, pomalu to nemůžete vyslovit, abyste mu něco nepříčinili, takže mně strašně dlouho trvalo aniž bych řekla já ten ale je hezkej, protože vám pomalu ostatní řeknou, abyste ho nepřechnvalila nebo že vám řeknou po příchodu domů, no tak ta ho pochválila a teď ho bolí břicho, takže takhle. Jakože opatrně se díváte na dítě a nemůžete nic říct. A pak přijdou rituály, jak se toho negativního zbavit. Tady jsem se nesetkala s tím, aby se dítě urazilo pohledem“ (R4). S vírou souvisí i odpověď: „*Na Ukrajině pokud jsou lidé věřící, tak se hodně modlí, furt, aby to děcko bylo zdravý, obrátí se k pánu Bohu a záleží jakou má člověk víru“ (R7).**

K těhotenství a chování žen během něj se vyjádřily dvě respondentky: „*Tam to je posvátný, tady v Čechách si myslím, že moc ne, tady těhotné ženy chodí i normálně do práce, na Ukrajině pokud žena zjistí, že je těhotná, tak většinou zůstává doma“ (R1). Respondentka 4 uvedla: „*Všimla jsem si na Ukrajině, že aby mělo dítě rovné nohy, tak se zabalí do dlah. Je to nefyziologické balení, ty nožičky jsou narovnané jako u dospělých. Ale nikdy nedošlo k žádnému vykloubení. Těhotné taky dost často nechodí na kontroly a ještě jsou na to pyšné. Chlubí se tím, že ještě vydrží, že mají velké břicho, ale že vydrží.“**

K **porodu** žádné zvláštní rituály respondentky neuváděly.

Shodně však všechny respondentky uvedly, že děti by měly být po porodu **pokřtěny**: „*Tak na Ukrajině tam se vlastně novorozenci křtí. Každý dítě, což tady asi ne. Asi za měsíc po narození*“ (R1).

11.2.1.1 Shrnutí zjištěných specifík ukrajinské minority

Na základě rozhovorů s respondentkami ukrajinské minority lze zkonstatovat, že příslušníci ukrajinské minority mají ve sledovaných oblastech souvisejících s poskytováním ošetrovatelské péče podobné kulturní zvyky a chování jako občané České republiky. Jejich kulturní specifika vycházejí zejména z víry, kterou vyznávají. Všechny respondentky byly křesťanky, katoličky nebo protestantky. I díky tomu se snaží žít slušně a pracovitě, aby se po smrti dostaly do nebe.

Tradiční ukrajinská rodina měla dříve jasně rozdělené role pro muže a pro ženy. Postupem času se však mnohdy hlavou rodiny může stát žena, jestliže vydělává více peněz než muž. Avšak platí, že žena by měla mít na starosti domácnost a výchovu dětí a muž by měl rodinu zabezpečit finančně.

Respondentky neholdují konzumaci alkoholu a jiných návykových látek, alkohol pijí příležitostně a převážná většina respondentek nekouří.

Sportovní aktivita je pro udržení zdraví žádoucí, respondentky si jsou tohoto faktu vědomy, avšak na pravidelnou sportovní činnost jim nezbývá moc času. Toto zjištění bych dala do souvislosti s pracovním nasazením příslušníků ukrajinské minority, které je mnohdy enormní. Je pochopitelné, že pokud lidé pracují 10-12 hodin denně a mnohdy 6-7 dní v týdnu, nezbývá jim na zájmy a sportovní aktivity téměř žádný čas.

Ve stravě se vyskytly odchylky v četnosti jídel během dne. Mezi tradiční jídla, vařená na Ukrajině, patří zejména pelmeni, boršč a holubci. Respondentky se snaží jíst zdravě, konzumovat ovoce a zeleninu, ale jsou i situace, kdy nezdravému jídlu neodolají. K nemocničnímu stravování se objevily připomínky a to zejména ke způsobu podávání stravy, k stále se opakujícím stejným pokrmům a nedostatku ovoce a zeleniny.

Jeden z největších rozdílů, oproti české společnosti, se objevil ve zvyklostech při umírání a smrti. Preferuje se, aby lidé umírali doma, obklopeni rodinou. Po smrti jsou pohřbeni za 3 dny a vždy pochováni do země, nikdy ne spálením. V posmrtný život věřily všechny respondentky, což souvisí s náboženským přesvědčením.

Hospitalizace není dle respondentek problém ani během náboženských svátků, k modlení v nemocnici nic nepotřebují.

Jsou-li nemocné, snaží se využívat bylinky, přírodní medicínu, ale pokud toto nezabere, navštěvují lékaře. Léčebné postupy, doporučení a nařízení respektují a spolupracují. Přejí si, aby jim zdravotní stav nebyl zatajován a aby byla diagnóza sdělena přímo jim. Toto považují za specifikum ukrajinské minority. Čeští pacienti si ve většině případů také nechají sdělit diagnózu přímo jim, ale u jiných národností se může diagnóza sdělovat nejprve rodině a teprve poté samotnému pacientovi.

Je-li ukrajinská žena těhotná, je to bráno jako velký dar a požehnání. Dítě by po porodu mělo být pokřtěno, na tom se shodly všechny respondentky.

Obecně byly respondentky s péčí ve zdravotnickém zařízení spokojeny, tvrdily, že na Ukrajině by o ně určitě takto postaráno nebylo.

11.2.2 Vyhodnocení rozhovorů - soubor B - Romové

V Tabulce 22 jsou zobrazeny hlavní kategorie, které jsou dále v textu podrobněji popisovány a jsou uvedeny i příklady přímých výpovědí respondentů.

Tabulka 21 Domény a kategorie Romové

Domény;	Kategorie
1. Přehled/dědictví/topografie	I. Identifikace
2. Komunikace	I. Český jazyk
	II. Sounáležitost
3. Role a organizace v rodině	I. Gender
	II. Rodina
4. Problematika pracovních sil	I. Zaměstnání
5. Biokulturní ekologie	I. Anamnéza
	II. Genetika
6. Vysoce rizikové chování	I. Abúzus
	II. Prevence
7. Výživa	I. Dietní režim
	II. Nemocniční strava
8. Rituály smrti	I. Umírání
	II. Smrt
9. Spiritualita	I. Víra
	II. Svátky
10. Praktiky zdravotní péče	I. Bolest
	II. Medicína
	III. Dárcovství
11. Poskytovatelé zdravotní péče	I. Hospitalizace
12. Těhotenství	I. Těhotenství a porod

1. Přehled/dědictví/topografie

V doméně Přehled/dědictví/topografie se respondenti vyjadřovali k hlavním oblastem uvedeným v Tabulce 23.

Tabulka 22 Přehled/dědictví/topografie „B“

Doména	1. Přehled/dědictví/topografie
Kategorie	Subkategorie
I. Identifikace	Původ
	Pojištění
	Dosažené vzdělání

I. Identifikace.

Respondenti romského etnika se **narodili a celý život prožili** v České republice, národnost uváděli českou. I díky tomuto faktu odpadly otázky na důvod migrace a zajímalo nás, zda se i rodiče narodili v České republice: „*Matka se narodila v Čechách, táta ne, to je Slovák*“ (R1). „*Já a moje rodina patříme mezi maďarské Romy (ungriky), maminka byla ze Slovenska a taťka z Maďarska*“ (R3). Rodiče ostatních respondentů se narodili v České republice.

Všichni dotazovaní respondenti mají sjednané **zdravotní pojištění**.

Všichni respondenti ukončili základní **vzdělání** a dále už ve studiu nepokračovali: „*Základka mi stačí*“ (R4). R5 uvedl: „*No k čemu další škola, práci mám, peníze vydělám.*“

2. Komunikace

V doméně Komunikace se respondenti vyjadřovali k hlavním oblastem uvedeným v Tabulce 24.

Tabulka 23 Komunikace „B“

Doména	2. Komunikace
Kategorie	Subkategorie
I. Český jazyk	Dorozumívání
	Romština
II. Sounáležitost	Přivítání
	Sdílení myšlenek

I. Český jazyk

Komunikace v českém jazyce je pro Romy běžná každodenní věc, které nepřikládají významnou váhu. Většina Romů komunikuje v českém jazyce a zároveň se dorozumí i romsky. Záleží zejména na tom, s kým hovoří: „*Rodný jazyk je čeština, ale umím i romsky. To používám často, hlavně s kámošema*“ (R1). R2 uvedl: „*My se romsky bavíme doma, s příbuznejma a našima a bráchama. Jinak v krámě a jinde česky. Ještě s kámošema taky spíš*

romsky.“ Většina Romů v České republice vychovává děti a žijí zde již po desetiletí, tudíž s českým jazykem většinou nemají žádné problémy. Na druhou stranu téměř všichni umějí i romsky, jelikož jsou hrdí na svůj původ a historii romské kultury, se kterou nechtějí ztratit pomyslný kontakt. R3 uvedla: „*My se doma romsky bavíme, ale myslím si, že už to není pravá romština, máme v ní hodně jinejch slov než dřív. Ani Romové odjinud si nemusej rozumět.*“

II. Sounáležitost

Romové jsou známí především svým hlasitým projevem a výraznými gesty.

V **oslovení se u** respondentů žádné zvláštnosti neobjevily, všichni chtějí být oslovováni „pane“ nebo „paní“ a příjmením. R 1 uvedl: „*Já nevím, ne že mi to je jedno, ale nevím, tak podle toho kde jsem nebo kam jdu. Třeba když jdu někam kvůli práci nebo něco, tak je jasný, že vás někdo může nazvat jako idiotem, to se stává. Prostě mně se to stalo hodněkrát. Ale tak je to jakoby normální, třeba když někdo přijde a osloví vás příjmením nebo jménem, aspoň víte, že o vás ví. Nebo když vy se nějak představíte.*“

Sdílení svých pocitů s rodinou ani přáteli není většinou žádný problém, v rodině se hovoří o všem, protože rodina je pro ně v životě na prvním místě a rodinní příslušníci si ve všem absolutně důvěřují. Sdílení pocitů a myšlenek se zdravotníky pro ně většinou taky nepředstavuje problém, až na výjimky. R5 uvedla: „*Moje pocity a myšlenky jsou moje soukromá věc.*“

3. Role a organizace v rodině

V doméně Role a organizace v rodině se respondenti vyjadřovali k hlavním oblastem uvedeným v Tabulce 25.

Tabulka 24 Role a organizace v rodině „B“

Doména	3. Role a organizace v rodině
Kategorie	Subkategorie
I. Gender	Rozhodování
	Povinnosti
II. Rodina	Příbuzenstvo

I. Gender

Hovoří-li Romové o **rodině**, mají mnohdy na mysli i širší rodinu, do které spadají prarodiče, strýcové, bratrance a sestřenice. Větší část respondentů uvedla, že zpravidla více **rozhoduje** muž, ať už manžel nebo otec. Ale R2 například uvedl: „*Sestra rozhoduje o tom, co se nakoupí a co se bude dělat.*“

Rozhodnutí žen se v rodině obvykle zaměřují zejména na péči o děti a domácnost, včetně nakupování potravin a vaření. **Muži** zpravidla **rozhodují** o věcech, které se týkají

bydlení a mají na starosti vydělávání peněz. Mladší Romové jsou spíše pasivní a očekávají pomoc od rodiny nebo celé komunity „*Já nevím, takový starat se o sebe, no. Já jsem se hodně zaměřoval spíš jakoby na sebe. Třeba když mi něco máma neudělala, pro mě, tak prostě jsem byl naštvanej. Takže to prostě musela udělat. Já jsem pro ní taky něco dělal, takže ona pro mě něco taky něco zas měla udělat*“ (R2).

II. Rodina

V romské rodině **spolu žije dohromady i více generací** nebo širší rodina. Většinou si celá pokolení pomáhají navzájem, a to jak v péči o děti, tak i finančně. Takovému soužití je běžné nejen na vesnicích, ale i ve městech. Toto potvrzují i odpovědi respondentů v našem výzkumném šetření. R3 uvedla: „*Nás doma žije víc. Já s manželem a dvěma dětmi, manželovi rodiče a bracha a ségra. Jsem ráda, aspoň nejsem na děti sama.*“ Jsou však i rodiny, které spolu neudržují pevný mezigenerační kontakt a jedinci si žijí každý po svém: „*My jsme víc sourozenců vlastně, jsme tři bráchové a jedna sestra, ale potom jakoby když už jsem byl dospělý, když mi bylo asi 15 nebo 16, tak už se všichni rozešli z baráku, protože už jsou starý, já jsem nejmladší ze sourozenců, takže všichni si jakoby našli ženu, děti si udělali, takže už žijou sami. Vlastně od těch šestnácti jsem už pak bydlel sám s mámou a s tátou*“ (R2).

Na otázku společného **soužití homosexuálních párů** většina respondentů odpověděla, že jim je to jedno anebo že jim to nevadí: „*Máme v rodině hodně právěže homosexuálů*“ (R5).

V otázce **předem domluvených sňatků** byly určité rozpory, které se týkaly převážně rozdílného původu Romů: „*Mezi našimi Romáky ne, ale vím, že olaští to mají jinak. Ty mají dost odlišný zvyky, jsou úplně jiný než ostatní. U nás si může vzít každý, koho chce, ale je zvykem, aby muž přišel požádat o ruku rodiče dívky, jestli mu jí dají*“ (R4). R2 uvedl: „*Tak ted' nevím, abych neřekl nějaký nesmysl. Já bych nic nedomlouval. Když si budu chtít někoho vzít, tak je to moje věc hlavně a když si budu chtít vzít třeba tu přítelkyni, tak se ji prostě na to zeptám, jestli si mě vezme.*“

4. Problematika pracovních sil

V doméně Problematika pracovních sil se respondenti vyjadřovali k hlavním oblastem uvedeným v Tabulce 26.

Tabulka 25 Problematika pracovních sil „B“

Doména	4. Problematika pracovních sil
Kategorie	Subkategorie
I. Zaměstnání	Profese
	Rizika

I. Zaměstnání

Jedna respondentka uvedla, že je těhotná a před těhotenstvím pracovala v obchodním domě. Respondent 5 je v důchodu a ostatní respondenti uvedli, že jsou **zaměstnaní**. Pracují v různých výrobních halách, nebo vykonávají pomocné a úklidové práce: „*Dělám v jedné firmě operátora linky, zámky do aut*“ (R1). V zaměstnání jim český jazyk nedělá žádné problémy, dorozumí se se všemi.

Rizika spojená s profesí respondenti sdělují jako běžná, vyplývající z vykonávané činnosti a nijak život ohrožující.

5. Biokulturní ekologie

V doméně Biokulturní ekologie se respondenti vyjadřovali k hlavním oblastem uvedeným v Tabulce 27.

Tabulka 26 Biokulturní ekologie „B“

Doména	5. Biokulturní ekologie
Kategorie	Subkategorie
I. Anamnéza	Léky
	Smyslové vnímání
II. Genetika	Dědičné nemoci

I. Anamnéza

Respondenti nemají žádné **alergie** na léky. R4 udává: „*Mám alergii na kyselý, na kyselý jídlo.*“ Respondenti také shodně uvedli, že při **užití volně prodejných léků** se u nich neobjevily žádné problémy. Žádný z respondentů nemá **problém se sluchem**, respondent 5 hůře vidí na blízko, proto nosí brýle na čtení.

II. Genetika

Na otázku **dědičných nemocí a chorob** v rodině, uvedla většina respondentů, že v rodině žádné nemoci nemají. Pouze R4 uvedla: „*Astma máme v rodině, ale to já nemám, to má brácha, jako zděděný.*“

V doméně biokulturní ekologie nebyla u příslušníků romské minority shledána žádná specifika související s jejich kulturou.

6. Vysoce rizikové chování

V doméně Vysoce rizikové chování se respondenti vyjadřovali k hlavním oblastem uvedeným v Tabulce 28.

Tabulka 27 Vysoce rizikové chování „B“

Doména	6. Vysoce rizikové chování
Kategorie	Subkategorie
I. Abúzus	Kouření
	Alkohol
II. Prevence	Sport
	Preventivní opatření

I. Abúzus

Všichni respondenti se vyjádřili k **užívání návykových látek**. Až na respondentku R3 všichni **kouří** a to poměrně velký počet cigaret za den: „*Tu krabičku za den udělám, někdy i víc, podle toho jak, kde jsem. Třeba když jdu do hospody, tak udělám klidně i dvě krabičky. Ale když prostě jdu třeba do práce, tak tu jednu krabičku udělám*“ (R1). „*Je to zlovyk, ale cca 20 denně*“ (R4). Zbylí tři respondenti uvedli, že vykouří přibližně 20 cigaret za den.

Alkohol respondenti pijí všichni, ale snaží se to držet v rozumných mezích: „*No, já jsem to omezil hodně jakoby, až moc, protože já teď bydlím v jednom domově a než jsem tam přišel, tak jsem byl jakoby ne že úplně výhradní alkoholik, ale musel jsem pít každý den. Teď už jsem to omezil úplně, třeba že si dám třeba jednou za měsíc a to už nepiju ani tvrděj, protože já jsem pil hodně tvrdý. Teď piju jakoby jenom pivo*“ (R2). R3 řekla: „*Teď v těhotenství výjimečně, předtím jsem pila minimálně, většinou když se něco slavilo.*“

R5 například uvedl: „*No z piv tak dvě piva denně, no a o víkendu si dáme flašku, to je v pohodě.*“

Pro příslušníky romské minority je kouření typickým rysem. Mnohdy s kouřením začínají již jako náctiletí, před dovršením 18. roku života.

II. Prevence

Pro **udržení kondice** je pravidelná sportovní činnost žádoucí. Více jak polovina respondentů uvedla, že z časových důvodů neprovádí žádnou sportovní aktivitu. R1 uvedl: „*Teď už moc ne. Dřív jsem hrával fotbal. Teď taky, ale občas, ale chodím sem tam tancovat.*“

V problematice **předcházení nemocem** respondenti uváděli, že chodí na preventivní prohlídky. K prevenci před pohlavně přenosnými chorobami se vyjádřil jeden respondent: „*Mám stálou manželku, takže se nijak nechráním*“ (R5). Jak uvádí literatura, Romové žijí ze dne na den a s budoucností si starosti nedělají. Z tohoto pohledu je zjištění o pravidelnosti docházení na preventivní prohlídky velmi kladné.

7. Výživa

V doméně Výživa se respondenti vyjadřovali k hlavním oblastem uvedeným v Tabulce 29.

Tabulka 28 Výživa „B“

Doména	7. Výživa
Kategorie	Subkategorie
I. Dietní režim	Stravovací návyky
	Národní kuchyně
II. Nemocniční strava	Nemocniční strava

I. Dietní režim

Počet jídel během dne se u respondentů výrazně liší. Někteří uvedli, že jí 3x denně, někteří i 8x denně anebo pokaždé, když mají hlad. Respondent 5 se vyhýbá kuřecímu masu, protože mu smrdí, respondent 1 se vyhýbá sladkému, protože mu nechutná. Mezi dalšími odpověďmi zaznělo například: „*Snažím se jíst, pokud to jde zeleninu i ovoce, ale jinak jím i věci, který nejsou asi moc zdravý, třeba i jídlo z fast foodu*“ (R4). R3 uvedla: „*Bývaly časy, kdy jsem nejedla vůbec, byla jsem ve stresu a zhubla jsem ze 112 kilo na 78 kilo. Teď když jsem těhotná tak jím tak 3-4 x denně, i ovoce i sladký.*“

Zažívací potíže respondenti hlásí například s luštěninami, nebo čerstvým chlebem a třeba i paprikou.

Tradičních jídel vařených mezi Romy je poměrně dost. „*Hodně jich je. To asi znát nebudete. Říká se tomu perkelt. Spíš jakoby není to ani náš, oni to vařili hodně Maďaři, ale převzali jsme to jakoby i my a ještě nějaký jiný druh Romů a jsou to něco jakoby halušky když děláte, ale jenom ty noky. Jak se dělají ty noky a k tomu je zvlášť takový jako guláš. Někdo to dělá jako jakoby z kuřecího a někdo to dělá z vepřovýho*“ (R5). R3 řekla: „*Tradiční nevím, jíme vše, co se uvaří. Je zvykem, že vaří pouze ženy a během vaření by muži neměli do kuchyně chodit, ani by neměli ochutnávat, když se vaří, dostanou až hotové jídlo. I chleba s máslem jim má udělat žena.*“

Kultura romské minority nemá spojitost s počtem jídel zkonsumovaných během dne a se zažívacími obtížemi. Na co kultura vliv má, jsou tradiční jídla a zejména způsob přípravy jídla.

II. Nemocniční strava

Ve zdravotnických zařízeních obvykle příslušníci romského etnika **nemají problém jíst podávanou stravu**, nevyžadují speciální diety. Romové se vyhýbají zejména koňskému

masu, ale s tím se ve zdravotnickém zařízení nesetkají. R5 řekl: „*Tím, že jsem zvyklej jíst často, tak by jídla mohlo být víc, ale chutná mi.*“ Podobnou odpověď uvedla i respondentka 3: „*Tím, že jím doma docela často, tak mě přišlo, že dávají v nemocnici celkem málo jídla. Malé porce a málokrát za den.*“ Oproti tomu R2 na otázku, jaké je nemocniční jídlo, odpověděl: „*Musím to jíst, i když na to nemám chuť, nechutná mi to.*“ Zbylí tři respondenti, hospitalizovaní ve zdravotnickém zařízení, se stravou problém neměli.

8. Rituály smrti

V doméně Rituály smrti se respondenti vyjadřovali k hlavním oblastem uvedeným v Tabulce 30.

Tabulka 29 Rituály smrti „B“

Doména	8. Rituály smrti
Kategorie	Subkategorie
I. Umírání	Umírající
II. Smrt	Pohřeb
	Truchlení
	Posmrtný život

I. Umírání

K umírání se vyjádřili 3 respondenti a shodně uvedli, že je snaha, aby **umírající** nebyl sám, aby kolem něj byla rodina.

Toto přání by mělo být zdravotníky respektováno, jestliže to provoz oddělení dovoluje. Tradice spojené s umíráním jsou pro romskou kulturu podstatné. Rodina spolu žije v podstatě celý život pospolu a tudíž je pro ně velmi důležité být spolu i v den smrti rodinného příslušníka.

II. Smrt

Co se týče **smrti a pohřbení** jsou mezi Romy dodržovány jisté tradice a zvyky: „*Tak hlavně pohřeb se dělá a dělá se, já nevím, jak se to říká u vás, ale u nás se tomu říká jakoby vartování, že už vidí vartu, že přijdou známý, co ho znali, rodina a asi týden se na něj vzpomíná nebo tak*“ (R5).

Na způsobu pohřbení se všichni respondenti shodli a **pohřbení** by mělo být vždy do země, ne zpopelněním: „*Pohřeb se dělá vždy do země, ne zpopelnění*“ (R5). R3 uvedla: „*Těhotná žena nesmí do kostela, aby to nepřivolalo něco špatného. Mně umřel před dvěma měsíci táta a bohužel jsem do kostela nesměla. Po pohřbu se koná hostina a tam je spolu celá rodina, hrajou se karty, pije se, smutní se.*“ Zemřelý je většinou pohřben do týdne po smrti.

Muži i ženy po smrti **truchlí**, brečí a vzpomínají na mrtvého, kdy vzpomínat by se mělo pouze v dobrém. Smrt pro některé pozůstalé znamená přítěž, ale většinou ji vnímají jako pokračování. R4 věří, že se po smrti duše vrátí na zem. R1 uvedl: „*Tak podle toho, jakéj jste, když děláte hříchy, tak jdete asi dolů, do pekla, a když jste dobřej, tak jdete nahoru, do nebe.*“

9. Spiritualita

V doméně Spiritualita se respondenti vyjadřovali k hlavním oblastem uvedeným v Tabulce 31.

Tabulka 30 Spiritualita „B“

Doména	9. Spiritualita
Kategorie	Subkategorie
I. Víra	Modlení
	Nemocnice
II. Svátky	Návštěva kostela

I. Víra

Dva respondenti k problematice **víry, kterou vyznávají**, uvedli, že jsou křesťané, jeden respondent uvedl, že je katolík a jeden respondent řekl: „*Věřím v Boha i ďábla*“ (R2). R5 řekl: „*Nevěřím v nic, jen sám v sebe.*“

Respondenti se nepovažují za hluboce věřící a z toho může pramenit i **četnost modlení** a **návštěva kostela**. Nejčastěji se modlí pouze respondentka 4 a ani ne každý den: „*Když je potřeba, tak se modlím. Ne každý den. Děti ale vedu k tomu, že se musí modlit každý den, odmalička.*“ Ostatní uvedli, že se nemodlí.

Tím, že se respondenti téměř nemodlí, tak z tohoto hlediska není potřeba ve zdravotnických zařízeních pro klienty nic zařizovat.

II. Svátky

Do kostela v České republice respondenti pravidelně nechodí.: „*Chodil jsem, ale to jen když jsem byl malej, asi tak do 11 nebo 12 let, protože rodiče chtěli. Táta mohl dělat faráře, vlastně před těmi lety, ale pak se na to vykašlal*“ (R4).

„*Nemodlím se vůbec a do kostela taky nechodím. Nemám na to teď čas, mám práci že jo a nemám čas*“ (R5).

Náboženské svátky jako Velikonoce a Vánoce považují respondenti zejména za čas strávený s rodinou: „*Jo to jo, Velikonoce to ani ne, ne že u Romů se to nedodrží nebo neslaví, ale už to není jako dřív, ale Vánoce a tak to jo, to jsme pohromadě*“ (R1). R3 uvedla:

„Hlavně vánoce a velikonoce. Sejde se celá rodina, dodržujeme rodinné tradice, na vánoce například dávám talíř ke stolu navíc.“

10. Praktiky zdravotní péče

V doméně Praktiky zdravotní péče se respondenti vyjadřovali k hlavním oblastem uvedeným v Tabulce 32.

Tabulka 31 Praktiky zdravotní péče „B“

Doména	10. Praktiky zdravotní péče
Kategorie	Subkategorie
I. Bolest	Analgezie
II. Medicína	Tradiční/profesionální léčba
III. Dárcovství	Darování krve, orgánů

I. Bolest

Mají-li respondenti **bolest**, snaží se jí zvládat sami a většinou neberou žádné léky. R2 uvedl: „*Nic, já neberu vůbec prášky. Akorát teď asi dva nebo tři měsíce zpátky jsem měl problém se zubem, se stolicí, takže jsem si furt bral prášky a už to ani netlumilo, tak jsem si zašel na vytrhnutí a už to mám v pohodě*“ (R5). Pro Romy může **být typickým projevem bolesti** hlasité naříkání až nadávání. Toto potvrdili i respondenti, kteří uváděli, že bolest vyjadřují nahlas, řeší ji a zpravidla si ji nenechávají pro sebe: „*Tak podle toho jaká je to bolest. Jestli je fakt silná tak to nevydržím prostě a řvu*“ (R1).

Vyjadřování bolesti hlasitými projevy až nadávkami je pro příslušníky romské minority kulturním specifíkem a je to pro ně charakteristické.

II. Medicína

K otázce užívání a zkušeností s **přírodní medicínou či alternativními léčebnými praktikami** se respondenti vyjádřili shodně, že nepoužívají nebo nemají s přírodní léčbou žádné zkušenosti. R5 dokonce uvedl „*Přírodní léčby se bojím a určitě bych ji nepoužíval*“

III. Dárcovství

Odpovědi na otázky týkající se **darování orgánů a krve** byly různé. Shodně všichni respondenti uvedli, že nejsou dárci krve, ale v případě přijetí nebo darování orgánu byla převážně odpověď kladná. R3 ale uvedla, že by orgán darovala jen v případě, že by se jednalo o dítě.

Co se týče **umělého ukončení těhotenství** na vlastní žádost, respondenti shodně souhlasili: „*Jo, souhlasím, jednou se mi to stalo právě, s bývalou přítelkyní*“ (R2).

I když respondenti v průběhu rozhovorů uváděli, že jsou věřící, výpovědi ohledně umělého ukončení těhotenství s tím nekorespondují. Nelze tedy konstatovat, že jejich víra má vliv na souhlas s umělým ukončením těhotenství.

11. Poskytovatelé zdravotní péče

V doméně Poskytovatelé zdravotní péče se respondenti vyjadřovali k hlavním oblastem uvedeným v Tabulce 33.

Tabulka 32 Poskytovatelé zdravotní péče „B“

Doména	11. Poskytovatelé zdravotní péče
Kategorie	Subkategorie
I. Hospitalizace	Lékaři
	Sdělování
	Spolupacienti

I. Hospitalizace

Při nemoci chodí respondenti vždy k lékaři.

Služby zdravotní péče jsou dobře dostupné, všichni respondenti si sami platí zdravotní pojištění, tudíž v této oblasti je vše bez problémů.

Ošetření či vyšetření osobou stejného pohlaví není pro nikoho z dotazovaných nutností a ani požadavkem.

Na vyšetření chodí respondenti spíše sami, nevyžadují, aby je někdo doprovázel.

V problematice **sdělování diagnózy** a léčebného plánu byly shodné odpovědi. Každý si přeje, aby byla diagnóza sdělena přímo jemu. „*Je to moje osobní věc, takže jen mě*“ (R1).

V této oblasti nebyla zjištěna kulturní specifika ve spojitosti s péčí o příslušníky romské minority až na jediné, a to je sdělení diagnózy přímo jim.

12. Těhotenství

V doméně Těhotenství se respondenti vyjadřovali k hlavním oblastem uvedeným v Tabulce 34.

Tabulka 33 Těhotenství „B“

Doména	12. Těhotenství
Kategorie	Subkategorie
I. Těhotenství a porod	Těhotenství
	Porod
	Novorozenec

I. Těhotenství a porod

V komunitě Romů si muž vybírá pro partnerství obvykle poctivou dívku. Panenství má vysokou váhu pro společenské postavení ženy jak v rodině manžela, tak v celé komunitě. Muž určuje počet dětí a žena jeho přání akceptuje.

Brzké těhotenství je v romských rodinách poměrně typické. Přední hodnoty dívky a ženy jsou úzce spjaty s archetypální hodnotou romských žen. Její přední hodnotou je plodnost a rozením si dívka či žena získává společenskou prestiž. V našem výzkumném vzorku má respondentka 3 dvě děti a respondentka R4 čtyři děti. Respondentka 4 k otázce na počet dětí uvádí: „*Nemít děti je velké neštěstí, romská rodina tím hodně trpí a manžel může tuto ženu opustit. Pamatuju si, že kdysi byly nabídky, že když se Romka nechá sterilizovat, dostane peníze. Je to ubohé.*“

Respondentka 3 na otázku, zda se chrání proti neplánovanému početí, odpověděla: „*Ne, tohle těhotenství byla náhoda. Myslela jsem, že už nemůžu otěhotnět, že jsem stará a vyšlo to. Budu rodit po čtrnácti letech*“ (R3).

Respondentka 4 přímo u porodů nikoho neměla, ale rodina čekala ve zdravotnickém zařízení a pak s ní byla skoro celé dny na oddělení. Respondentka 3 chce mít u porodu partnera.

K tradicím prováděným s novorozencem neuvedly respondentky žádné příklady specifik.

11.2.2.1 Shrnutí zjištěných specifik romské minority

Romové patří mezi nejpočetnější minoritu v České republice, avšak stále si zachovávají vlastní hodnoty, zvyky a tradice a přizpůsobování se české společnosti může být v některých oblastech problematické.

Romští respondenti uváděli, že hovoří jak česky, tak romsky, ale mezi rodinou a známými preferují romštinu.

Romská rodina je zpravidla velmi početná a je běžné, že spolu žije i více generací nebo širší příbuzenstvo v jedné domácnosti. Rodina je pro Romy základem a udržují spolu pevné vazby a pomáhají si jak finančně, tak s výchovou dětí a chodem domácnosti.

V problematice abúzu respondenti uváděli, že kouří a to poměrně vysoký počet kusů cigaret za den. Z nemocí souvisejícími s kouřením si starosti nedělají. Pro udržení kondice je sportovní činnost žádoucí, avšak respondenti uváděli, že pravidelně nesportují.

Nemocniční stravu snědí, i když ne vždy jim chutná. Jsou-li hospitalizováni, přejí si, aby za nimi mohla přijít rodina a trávil čas v nemocnici s nimi. Toto může být

problematické, jelikož početná skupina Romů je zpravidla hlučná a mohou se zdát i neukázněni. V tomto případě je nutné zvolit jednoho člena, který bude komunikační spojkou mezi pacientem a zdravotníky.

Všichni respondenti byli křesťané, ale do kostela nechodí a modlí se nepravidelně. V hospitalizaci je to nijak neomezuje a k modlení nic nepotřebují.

Romští občané, pokud cítí bolest, dávají ji najevo hlasitými projevy a sténáním. Může se zdát, že mnohdy bolest vyjadřují až neadekvátně k zákrokům, které se jim dělají.

S darováním a příjmem orgánů a krve nemají problém a souhlasí i s umělým ukončením těhotenství na vlastní žádost.

Těhotenství je v romské minoritě podstatné, znamená to, že si muž vybral správnou ženu a pokud žena nemůže otěhotnět, je to mnohdy vnímáno negativně.

Mezi nejvíce zásadní zjištěná kulturní specifika, která by mohla mít vliv na ošetrovatelskou péči, patří komunikace, zejména verbální, kdy projev romského jedince může být hlasitý, výbušný a impulzivní. Dále jde o rodinný život, kdy v jedné domácnosti žije pospolu i širší rodina a s tím související přítomnost rodinných příslušníků ve zdravotnickém zařízení, je-li jejich člen hospitalizován. Mezi další podstatná zjištění může být zařazen i tabakizmus, kdy příslušníci romské minority uváděli kouření až 20 cigaret za den.

11.2.3 Vyhodnocení rozhovorů - soubor C - Vietnamci

V Tabulce 35 jsou zobrazeny hlavní kategorie, které jsou dále v textu podrobněji popisovány a jsou uvedeny i příklady přímých výpovědí respondentů.

Tabulka 34 Domény a kategorie Vietnamci

Domény	Kategorie
1. Přehled/dědictví/topografie	I. Identifikace
2. Komunikace	I. Český jazyk
	II. Sounáležitost
3. Role a organizace v rodině	I. Gender
	II. Rodina
4. Problematika pracovních sil	I. Zaměstnání
5. Biokulturní ekologie	I. Anamnéza
	II. Genetika
6. Vysoce rizikové chování	I. Abúzus
	II. Prevence
7. Výživa	I. Dietní režim
	II. Nemocniční strava
8. Rituály smrti	I. Umírání
	II. Smrt

9. Spiritualita	I. Víra
10. Praktiky zdravotní péče	I. Bolest
	II. Medicína
	III. Dárcovství
11. Poskytovatelé zdravotní péče	I. Hospitalizace
12. Těhotenství	I. Těhotenství a porod

1. Přehled/dědictví/topografie

V doméně Poskytovatelé zdravotní péče se respondenti vyjadřovali k hlavním oblastem uvedeným v Tabulce 36.

Tabulka 35 Přehled/dědictví/topografie „C“

Doména	1. Přehled/dědictví/topografie
Kategorie	Subkategorie
I. Identifikace	Důvod migrace
	Pojištění
	Dosažené vzdělání

I. Identifikace

Vietnamské etnikum je od české společnosti z pohledu **zvyků, kultury a tradic velmi odlišné**. Příslušníci zejména druhé či třetí generace se mohou v majoritní společnosti cítit zmateni. Na jedné straně je rodina drží ve vietnamských tradicích, na druhé straně tlak české společnosti a přirozené začleňování do české společnosti, českých škol, je „nutí“ přizpůsobit se českým tradicím.

Příslušníci vietnamské minority se do České republiky **přestěhovali** zejména za lepšími pracovními a tím i životními podmínkami: „*Chtěli jsme, aby děti vyrůstaly v jiné zemi a měli se lépe než my. V Čechách jsme měli známé, kteří už sem jeli dřív a tak nám pomohli*“ (R4). Toto tvrzení se týká respondentky 1 a respondentů 4 a 5. Respondentky 2 a 3 se do České republiky dostaly se svými rodiči, když byly ještě děti: „*Rodiče šli do České republiky hledat práci, ve Vietnamu to není tak pěkné jako tady, práce tam je méně*“ (R2).

Pojištění mají všichni respondenti, jelikož v České republice pobývají už dlouhou dobu a pracují.

Respondentka 2 a respondentka 3 mají vysokoškolské **vzdělání**, které získaly v Čechách. Středoškolské vzdělání získala R1 rovněž v České republice: „*Když jsem byla tady a naučila se trošku česky, šla jsem do školy.*“ Respondenti 4 a 5 mají vzdělání, které získali ve Vietnamu, ale učební osnovy v žádném případě nelze porovnávat: „*Já jsem chodil do školy ve Vietnamu, ale tam se učily jiné věci, Marxismus a tak*“ (R5).

2. Komunikace

V doméně Komunikace se respondenti vyjadřovali k hlavním oblastem uvedeným v Tabulce 37.

Tabulka 36 Komunikace „C“

Doména	2. Komunikace
Kategorie	Subkategorie
I. Český jazyk	Dorozumívání
II. Sounáležitost	Sdílení myšlenek

I. Český jazyk

Český jazyk nedělá problémy těm Vietnamcům, kteří se v České republice narodili nebo kteří přišli ve velmi útlém věku a navštěvovali české mateřské, potažmo základní a střední školy. Česky se dorozumí i pracující, kteří jsou v každodenním styku s lidmi a jsou tak nuceni český jazyk používat. Vietnamská komunita je však uzavřená a někteří lidé nemusí být nuceni učit se česky. „*Čeština pro Vietnamce i cizince je moc těžká. Ale kdo se jí chce učit, musí se hodně snažit. Čeština, když chce někdo mluvit nebo i psát, tak musí použít časování, to znamená minulý čas, přítomný čas a budoucí čas a musí skloňovat*“ (R4). R1 uvedla: „*Pokud tady jsou Vietnamci, tak pravidelně chodí do školy třeba dva roky, tak můžou snadno ovládat češtinu. Ale většinou Vietnamci tady, oni musí pořád pracovat nebo podnikat. V sobotu, v neděli, ve svátek, to neplatí pro ně. Furt. Akorát 24. na Vánoce musí zavřít, jinak furt. Možná se chtějí učit česky, ale moc času na to nemají.*“ R1 a R2 žijí v Čechách téměř celý život, ve Vietnamu nikdy nebyly a uvedly, že mají spíše problém s vietnamštinou.

R4 uvedl: „*Vietnamské děti, které se tady narodily, v České republice, tak z 80% nemohly a nemůžou a nebudou mluvit vietnamsky. Oni jako budou ovládat anebo mluvit jenom česky. Já to vidím doma. Naše děti jako mezi sebou mluví jen česky. S manželkou já mluvím vietnamsky a s dětmi spíše česky, protože naše děti vietnamsky moc neumí.*“

II. Sounáležitost

Sdílení myšlenek a pocitů s rodinou může být problematické, vzhledem k úctě, kterou k sobě členové rodiny chovají: „*Neumím si představit, že bych s dětmi řešil například moje starosti*“ (R5).

Co se týče sdílení pocitů se zdravotníky, je to nezbytnost i přesto, že vietnamské ženy mohou být stydlivé: „*Když krvácím nebo zvracím nebo mám průjem, tak to musím říct. Musím mluvit s doktorem nebo se sestrou, co mám za problém. Když mě třeba něco bolí nebo*

nemůžu dýchat, tak to řeknu. Je mi to hodně nepříjemné, ale vím, že v nemocnici nesmím takové věci tajit“ (R3).

3. Role a organizace v rodině

V doméně Role a organizace v rodině se respondenti vyjadřovali k hlavním oblastem uvedeným v Tabulce 38.

Tabulka 37 Role a organizace v rodině „C“

Doména	3. Role a organizace v rodině
Kategorie	Subkategorie
I. Gender	Hlava rodiny
	Soužití
II. Rodina	Sňatky

I. Gender

Ve Vietnamu je preferovaná **patriarchální struktura rodiny**, ve které se respektuje prvorozenectví a prvorozený syn dědí majetek. Muži a ženy mají stejná práva. Důležité organizační otázky probírají spolu například u večeře, kde se sejde celá rodina. R2 ale uvedla: *„Hlava rodiny byl dříve muž, v době, když ještě žil můj pradědeček a prababička. Ted' muži i ženy mají povinnosti a práva stejně. Víte, pokud muž má schopnosti a vydělá peníze, je hlava rodiny. Ale pokud více peněz vydělá žena, manželka, je ona ta, kdo rozhoduje.“*

II. Rodina

Rodina obecně je ve Vietnamu založena na úctě, pomáhání si a držení pospolu. Děti rodičům a prarodičům vykají: *„V rodinách děti vykají, tykání je špatné“ (R4).*

S tím souvisí také to, že děti mají povinnost starat se o rodiče, kteří jsou staří anebo nemocní: *„Staří lidé chtějí žít s děckama. Ale ted' taky mladý, co se otevřely hranice, nechtějí žít s rodičema. Mladá generace, stará generace, to nejde dohromady“ (R5).* R2 řekla: *„Já mám s rodiči hezký vztahy a kdyby bylo potřeba, tak se o ně samozřejmě postarám.“*

Soudržnost jednotlivých členů rodiny a vzájemná pomoc může být považována za jeden z charakteristických rysů vietnamské minority. Je běžné, že rodinní příslušníci si pomáhají i v situaci, kdy někteří členové jsou v České republice a ostatní zůstali ve Vietnamu. V takovém případě je pomoc zejména finanční.

R1 se vyjadřovala také k **vedení dětí ke vzdělávání**: *„Každá rodina chce, aby děti chodily do školy, aby studovaly a měly vyznamenání, aby mohly pak pracovat, kde chtějí. Každá rodina u nás tradiční to tak má.“* Ostatní respondenti uváděli velmi podobné odpovědi.

Soužití muže a ženy v jedné domácnosti bez manželského svazku se nelíbí respondentovi 4 a 5. Řekly, že pokud by například dívka otěhotněla a nebyla by vdaná, byla by to hanba pro celou rodinu. Ostatní respondentky uvedly, že jim to nevadí a nevidí v tom problém: „*Ted'ka mladí lidé si mohou zkusit spolu žít bez sňatku, nemusí být oddaní a ani nemám nařízeno, koho si musím vzít*“ (R3).

4. Problematika pracovních sil

V doméně Problematika pracovních sil se respondenti vyjadřovali k hlavním oblastem uvedeným v Tabulce 39.

Tabulka 38 Problematika pracovních sil „C“

Doména	4. Problematika pracovních sil
Kategorie	Subkategorie
I. Zaměstnání	Profese
	Rizika
	Český jazyk

I. Zaměstnání

Vietnamci jsou **hodně pracovití** a často posílají peníze příbuzným do Vietnamu: „*Rodina a příbuzní mají tradice si pomáhat mezi sebou. Třeba já taky, když mám něco, třeba můj bratr nebo sestra mají finanční problém, tak když budu vědět, tak jim chci pomáhat*“ (R4).

Respondentka 1 pracuje jako prodavačka v obchodě se svým manželem. Respondentka 2 pracuje jako pedagog na základní škole, respondentka 3 pracuje v bance, respondent 4 pracuje jako tlumočnick a respondent 5 pracuje v automobilovém průmyslu.

Rizika spojená se zaměstnáním jsou odpovídající činnosti, kterou provádí.

Hovořit v českém jazyce není problém pro respondentky 2 a3, jelikož mají češtinu téměř jako rodný jazyk, respondent 4 vzhledem k profesi rozumí českému jazyku dobře, ale uvádí, že je čeština velmi těžká a také ještě neumí vše dokonale. Ostatní respondenti se českému jazyku učí a dorozumí se. Tím, že Vietnamci obecně jsou pracovití a do České republiky přijíždí za lepšími podmínkami, jsou nuceni používat český jazyk. U první a druhé generace, kdy do České republiky jezdili dospělí jedinci, bylo učení se jazyku obtížné, vietnamská komunita byla uzavřená. V dnešní době, kdy vietnamské děti navštěvují české školky a školy a k dětem jsou najímány české chůvy, je učení se českému jazyku snazší.

5. Biokulturní ekologie

V doméně Biokulturní ekologie se respondenti vyjadřovali k hlavním oblastem uvedeným v Tabulce 40.

Tabulka 39 Biokulturní ekologie „C“

Doména	5. Biokulturní ekologie
Kategorie	Subkategorie
I. Anamnéza	Léky
	Smyslové vnímání
II. Genetika	Dědičné nemoci

I. Anamnéza

Tato kategorie zjišťuje, zda oslovení respondenti trpí **alergiemi** na léky, potraviny, dezinfekce, či nějaké další věci. Dále zjišťuje, zda se v rodinné anamnéze objevují genetické anomálie či civilizační choroby. Respondentky 1, 2 a 3 uvedly, že o žádné alergii neví. Respondent 4 má alergii na penicilin a jod, respondent 5 má sezónní alergii na pyly a traviny, kterou tlumí léky.

Se zrakem má problém respondentka 2, která nosí brýle a kontaktní čočky na dálku: „Často mě ve škole bolela hlava a zjistilo se, že potřebuji brýle.“ Respondent 4 nosí brýle na čtení.

II. Genetika

Co se týče **rodinné anamnézy**, R3 uvedla: „V naší rodině máme dlouhověkost, babičce je 85 let a je čilá, dědečkovi je 86 a je také soběstačný a poměrně zdravý. Žijí ve Vietnamu a možná je to tím, jedí hodně zeleniny a čerstvých potravin.“ R1 uvedla: „Bratr má astma, ale nikdo jiný v rodině snad zatím ne.“ R5 řekl: „Otec zemřel na rakovinu, ale nevím přesně čeho, zdravotnictví ve Vietnamu není na moc dobré úrovni.“

Ostatní respondenti uvedli, že o žádné dědičné nebo civilizační nemoci v rodině neví.

V doméně biokulturní ekologie nebyla u příslušníků romské minority shledána žádná specifika související s jejich kulturou.

6. Vysoce rizikové chování

V doméně Vysoce rizikové chování se respondenti vyjadřovali k hlavním oblastem uvedeným v Tabulce 41.

Tabulka 40 Vysoce rizikové chování „C“

Doména	6. Vysoce rizikové chování
Kategorie	Subkategorie
I. Abúzus	Kouření
	Alkohol
II. Prevence	Sport

I. Abúzus

Vietnamci si obecně zakládají na zdravý životní styl, což kvitovaly i respondentky „*Já jsme nikdy nekouřila, od malička jsem vedená k tomu, že ženy by neměly kouřit*“ (R2). Žádná respondentka nemá osobní zkušenost s drogami a cigaretami. R3 uvedla: „*U nás doma nekouří nikdo. Neničíme si dobrovolně zdraví.*“

Muži respondenti **kouří**. R4 uvedl: „*Kouření, já kouřím, ale jen občas. Třeba celý týden si nedám. Ale pak vykouřím třeba 5,7 cigaret najednou, když mám nervy.*“ R5 řekl: „*A Vietnamci, ženy, teďka začínají kouřit, ale když moje maminka byla mladá, skoro vůbec, absolutně skoro vůbec ženy nekouřily. Ale teď ano. Ale chlapi taky, někdy moc, někdy míň, ale tady se kouří víc v Čechách. Chlapi kouřili u nás i bambus. Někdy ženy, když studovaly v Evropě, tak kouřily, pak se vrátily a učili to sousedy. Já kouřím tak 6 cigaret denně, jak kdy.*“

Alkohol pijí respondenti jen příležitostně.

II. Prevence

Vzhledem k časovému presu kvůli pracovní vytíženosti neprovádí respondenti žádnou aktivitu pravidelně. Respondentky 2 a 3 ale uvedly, že chodí občas plavat, nebo na jógu. Zdravý životní styl se snaží všichni dodržovat zejména zdravější stravou.

7. Výživa

V doméně Výživa se respondenti vyjadřovali k hlavním oblastem uvedeným v Tabulce 42.

Tabulka 41 Výživa „C“

Doména	7. Výživa
Kategorie	Subkategorie
I. Dietní režim	Stravovací návyky
	Národní kuchyně
II. Nemocniční strava	Nemocniční strava

I. Dietní režim

Jak již bylo řečeno, **zdravá strava** tvoří součást životního stylu Vietnamců. Vietnamská kuchyně je velmi pestrá a pracuje se převážně s čerstvou zeleninou a čerstvými bylinkami: „*Ve Vietnamu se vaří jen z čerstvého, nedají nic do mrazáku. Čerstvé je ideální*“ (R4). R5 uvedl: „*Vietnamci, kteří tady žijí dlouho, jsou zvyklí na české jídlo. Ale hodně Vietnamců mají rádi jen vietnamské jídlo, ale knedlíky, brambory, bůček, zelí, to je dobré, Vietnamci to mají rádi, ale jen ty co jsou zvyklí. Ale noví Vietnamci nemají.*“ R2 a R3 uvedly, že milují českou kuchyni stejně tak, jako vietnamskou.

Typickými surovinami pro vietnamskou kuchyni jsou nudle a rýže. K pití mají nejraději zelený čaj nebo čistou vodu. R1 uvedla: „*Teplota nápoje studené nebo teplé. U nás většinou teplé jídlo, ráno se pije čaj, zelený, potom k snídani taky teplé. Máme rádi teplé jídlo, ale tady u vás se jí hodně studené, i konzervy.*“ Mléčné výrobky zmínil R5: „*Před válkou s Francouzama, byla to chudá země a lidi neměli mléko, tak nebyli zvyklí ho užívat, ale teď pijeme mléko bez problému.*“

V této doméně, v oblasti výživy, je do určité míry vidět přizpůsobování se českému prostředí a české kuchyni a ne „pouze“ přijímání stravy, která je typická pro oblast Vietnamu.

II. Nemocniční strava

K **nemocničnímu stravování** v podstatě respondenti výhrady nemají, ale většina jich uvedla, že jsou rádi, když jim příbuzní nebo kamarádi nosí čerstvé jídlo z domu.

8. Rituály smrti

V doméně Rituály smrti se respondenti vyjadřovali k hlavním oblastem uvedeným v Tabulce 43.

Tabulka 42 Rituály smrti „C“

Doména	8. Rituály smrti
Kategorie	Subkategorie
I. Umírání	Umírající
II. Smrt	Pohřeb
	Truchlení
	Posmrtný život

I. Umírání

Vietnamci mají velkou úctu k **umírajícím**. Pokud je to možné, přejí si, aby člověk umíral doma obklopen rodinou. Ve Vietnamu existují domovy pro seniory, ale preferuje

se umírání doma. Respondent 4 řekl: „*Umírání a smrt je stejné jako u vás, ale zakopává se do země. Chodí se do kostela, to je stejné. Někdy umře v nemocnici někdo doma.*“

Tyto výpovědi souvisí i s tím, co bylo řečeno výše v odpovědích na rodinný život. Pro Vietnamce je charakteristické, že rodina drží pospolu v dobrém i zlém a je samozřejmé, že v období umírání a smrti nechtějí nechat rodinného příslušníka samotného.

II. Smrt

Tělo **po smrti** zůstává doma pouze jeden den a pak je člověk pochován do země. Za smuteční barvu je považována bílá barva.

Po smrti se truchlí, truchlí muži i ženy. Vietnamci věří na posmrtný život: „*Věřím, že se člověk vrátí na zem v podobě zvířete.*“

Tento způsob pohřbení, které je za jeden den je odlišný oproti způsobům prováděným v České republice. Také smuteční barva je odlišná. Víra v posmrtný život je úzce spjata s vyznáním, kdy všichni respondenti z našeho výzkumného šetření byli buddhisté.

9. Spiritualita

V doméně Spiritualita se respondenti vyjadřovali k hlavním oblastem uvedeným v Tabulce 44.

Tabulka 43 Spiritualita „C“

Doména	9. Spiritualita
Kategorie	Subkategorie
I. Víra	Modlení
	Hospitalizace

I. Víra

Ve vietnamské kultuře se můžeme setkat s několika **náboženskými směry**. Mezi ty základní patří buddhismus, taoismus, konfucianismus a křesťanství. Všichni respondenti vyznávají buddhismus, který ve Vietnamu převládá. Respondenti se modlí spíše nepravidelně, zejména pokud mají nějaké trápení nebo se něčeho bojí. Modlí se i za zdraví rodiny. Respondentka 2 uvedla, že se skoro nemodlí. Respondent 4 řekl: „*Pro ty, co jsou budhisti, není v nemocnici nic potřeba. Akorát my sami se modlíme k Buddhovi, aby pomohl.*“ Ostatní respondenti odpověděli totožně, že ve zdravotnickém zařízení k modlení nic nepotřebují.

Jsou-li hospitalizovaní, je jim v podstatě jedno, zda na jednolůžkovém či vícelůžkovém pokoji. Nejsou konfliktní.

10. Praktiky zdravotní péče

V doméně Praktiky zdravotní péče se respondenti vyjadřovali k hlavním oblastem uvedeným v Tabulce 45.

Tabulka 44 Praktiky zdravotní péče „C“

Doména	10. Praktiky zdravotní péče
Kategorie	Subkategorie
I. Bolest	Analgezie
II. Medicína	Tradiční/profesionální léčba
III. Dárcovství	Darování krve, orgánů
	Umělé ukončení těhotenství

I. Bolest

Vietnamci jsou známí tím, že **bolest** nedávají příliš najevo a trpí spíše sami v sobě, jelikož projevy bolesti mohou vnímat jako slabost: „*Mě když něco bolí, tak si to nechám pro sebe, nechci zbytečně zatěžovat moje blízké*“ (R1).

II. Medicína

K využívání **přírodní medicíny** se vyjádřil R4: „*Přírodní medicíny je u nás spousta, akorát ty, co to hodně uměli, tak už umřeli. Některý jejich příbuzný, mladé generace, když jejich dědeček, babička, rodiče nebo prarodiče nechali knížky, tak podle toho to studují a najdou v džungli nebo ve starém lese nebo ve vysokých horách, byliny. To je výborný pro zdraví. Ale teďka kvůli penězům, to je problém s Číňanama, oni to mají falešné a posílají to k nám. Ale naše léčiva, to je moc dobré.*“ Respondentka 1 a respondent 5 se snaží při obtížích nejprve léčit doma a až teprve pokud léčba nezabírá, jsou k lékaři. Lékařům v České republice věří a snaží se dodržovat jejich doporučení. Respondentky 2 a 3 jdou k lékaři při prvních obtížích, nesnaží se léčit doma.

III. Dárcovství

Žádný z respondentů není dárce krve. Krev a orgány by přijali v případě potřeby. S umělým ukončením těhotenství na vlastní žádost nesouhlasí žádný z respondentů. R3 uvedla, že pokud by šlo o ohrožení ženy nebo by byla objevena vada na dítěti, souhlasila by.

11. Poskytovatelé zdravotní péče

V doméně Poskytovatelé zdravotní péče se respondenti vyjadřovali k hlavním oblastem uvedeným v Tabulce 46.

Tabulka 45 Poskytovatelé zdravotní péče „C“

Doména	11. Poskytovatelé zdravotní péče
Kategorie	Subkategorie
I. Hospitalizace	Lékaři
	Sdělování

I. Hospitalizace

Respondenti navštěvují lékaře v případě, že jsou nemocní. Na **preventivní prohlídky** jsou důslednější ženy, které chodí na gynekologii: „*Já si hlídám, kdy jít na gynekologii, chodím si pro antikoncepci*“ (R2). Muži by měli chodit na preventivní prohlídky 1x za dva roky k obvodnímu lékaři, ale shodně uvedli, že se tak neděje: „*Když jdu k doktorovi s nějakým problémem, což je naštěstí málo, tak mi rovnou udělá preventivní vyšetření*“ (R5).

Během **hospitalizace** nejsou s Vietnamci zpravidla žádné problémy, dodržují léčebná doporučení a nevyžadují vyšetření od osoby stejného pohlaví: „*Je mi milejší vyšetření od ženy, ale muž lékař by mi také nevadil*“ (R1).

Ke **sdělování diagnózy** uvedl R4: „*Kdo má pevnou vůli, tak se může říct diagnóza jemu. Ale někdy rodina chce neříkat vážnou situaci.*“ Respondentka 3 uvedla: „*Když byla mamka moje v nemocnici, tak ona neumí skoro česky a já jsem překládala, tak se mě lékař ptal, jestli to říct mamce nebo mně. Mamka chtěla, abych to nejdřív věděla já. Naštěstí nešlo o nic závažného, tak jsem to mamce pak vše řekla.*“

Respondent 5 a respondentka 2 chtěli, aby se diagnóza sdělovala přímo jim.

Je-li hospitalizován Vietnamec, není z hlediska chování a dodržování léčebného režimu zpravidla žádný problém. Většina respondentů v našem výzkumném souboru uvedla, že chtějí, aby se diagnóza sdělila nejprve rodinným příslušníkům. Toto přání může plynout ze strachu ze sdělení vážné diagnózy, kdy nemocným může být lépe přijímáno slyšet špatné zprávy od milujících osob. Na druhé straně zde může hrát roli přání rodiny, která se snaží chránit svého nemocného člena. Zdravotníci by měli mít na paměti tuto skutečnost a při příjmu jedince k hospitalizaci by mělo být zjišťováno, komu diagnóza může být sdělena.

12. Těhotenství

V doméně Těhotenství se respondenti vyjadřovali k hlavním oblastem uvedeným v Tabulce 47.

Tabulka 46 Těhotenství „C“

Doména	12. Těhotenství
Kategorie	Subkategorie
I. Těhotenství a porod	Těhotenství
	Porod

I. Těhotenství a porod

Tato část otázek byla určena respondentkám, které mají vlastní zkušenost s těhotenstvím a porodem. Proto se k této problematice vyjadřovala pouze respondentka 1, která má dvě dcery, které rodila v Čechách.

Ve Vietnamu se **těhotenství** příkládá velký význam a těhotná žena je rodinou opečovávaná. Respondenti v našem výzkumném souboru se k této problematice nevyjadřovali.

Vietnamky mají velký strach z vaginálního vyšetření během těhotenství, bojí se potratu. Během **porodu** jsou spíše tiché, nekřičí a hlasitě se neprojevují. Respondentka 1 uvedla: *„Jsem moc šťastná, že jsem rodila v České republice. Péče byla moc dobrá a o děti i o mě bylo postaráno. To by ve Vietnamu takhle určitě nebylo.“*

Specifika týkající se novorozence neuvedla.

11.2.3.1 Shrnutí zjištěných specifík vietnamského etnika

Vietnamská minorita má mnoho odlišností od české majoritní společnosti. Chováním a komunikací v rodině počínaje, stravovacími preferencemi pokračujícíce, přes přístup k medicíně a léčení konče.

Rodina je založená na úctě a pomáhání si, děti jsou vedeny ke vzdělání, aby měly v budoucnu zajištěné dobré zaměstnání. Komunikace v rodině může být problémová zejména v situaci, kdy do České republiky přišli dospělí lidé a rodinu založili až zde. Rodiče tak nemusí český jazyk ovládat natolik dobře, jako jejich děti, pro které je čeština samozřejmostí. Pro Vietnamce je typická uzavřenost, tudíž lidé, kteří například nepracují, nemají příliš možností se českému jazyku naučit. Respondenti v našem šetření uváděli, že se v českém jazyce dorozumí dobře.

Pro Vietnamce je charakteristická píle a pracovitost. Někteří chodí do práce i o víkendech a státních svátcích, aby nepřišli o zisk. Všichni naši respondenti jsou zaměstnaní.

Zajímavé byly výpovědi, že vietnamské ženy kouří minimálně. V dnešní době sice ženy kouří více než v předešlých generacích, ale stále méně než ženy v české společnosti.

Péče o umírajícího a tradice spojené s pohřbem jsou odlišné s tradicemi v České republice. Zemřelý je pohřben za jeden den a preferuje se vždy pochování do země. Za smuteční barvu je považována barva bílá.

Ve Vietnamu je rozličné náboženství. Naši respondenti vyznávají buddhismus a k modlení se ve zdravotnickém zařízení nepotřebují od zdravotnického personálu nic.

Vietnamci hospitalizovaní ve zdravotnickém zařízení nemají vyhraněné požadavky na pokoj, ve kterém budou ležet, na počet lůžek a na skladbě pacientů jim nezáleží.

Jak již bylo zmíněno, Vietnamci jsou uzavřená minorita, neradi dávají své emoce a pocity najevo a proto, i když trpí bolestí, snaží se neprojevat se příliš hlasitě a bolest spíše drží v sobě.

Jsou-li vážně nemocní, je možné, že budou chtít, aby o jejich zdravotním stavu byla informována nejprve rodina, a ta následně rozhodne, zda se pravda dotyčným sdělí. Rodina tímto přístupem chce zajistit, aby se nemocný zbytečně neobával následků onemocnění. Toto by měl mít zdravotnický personál na zřeteli a situace by měla být předem vyjasněna.

11.2.4 Vyhodnocení rozhovorů - soubor D – Vyznavači islámu

V Tabulce 48 jsou zobrazeny hlavní kategorie, které jsou dále v textu podrobněji popisovány a jsou uvedeny i příklady přímých výpovědi respondentů.

Tabulka 47 Domény a kategorie Vyznavači islámu

Domény	Kategorie
1. Přehled/dědictví/topografie	I. Identifikace
2. Komunikace	I. Český jazyk
	II. Sounáležitost
3. Role a organizace v rodině	I. Gender
	II. Rodina
4. Problematika pracovních sil	I. Zaměstnání
5. Biokulturní ekologie	I. Anamnéza
	II. Genetika
6. Vysoce rizikové chování	I. Abúzus
	II. Prevence
7. Výživa	I. Dietní režim
	II. Ramadán
	III. Nemocniční strava
8. Rituály smrti	I. Umírání
	II. Smrt
9. Spiritualita	I. Víra
	II. Svátky
10. Praktiky zdravotní péče	I. Bolest
	II. Medicína
	III. Dárcovství
11. Poskytovatelé zdravotní péče	I. Hospitalizace
12. Těhotenství	I. Těhotenství a porod

1. Přehled/dědictví/topografie

V doméně Přehled/dědictví/topografie se respondenti vyjadřovali k hlavním oblastem uvedeným v Tabulce 49.

Tabulka 48 Přehled/dědictví/topografie „D“

Doména	1. Přehled/dědictví/topografie
Kategorie	Subkategorie
I. Identifikace	Důvod migrace
	Pojištění
	Dosažené vzdělání
	Zaměstnání

I. Identifikace

K **migraci** do České republiky vedly respondenty různé důvody. Mezi hlavní patřily důvody politické, a to zejména nepříznivá situace v Sýrii: „*Protože my teď v Sýrii máme velmi špatnou situaci. Když jsem se sem stěhoval, tak jsem tu nikoho neznal, ale pak jsem se pomalu seznamoval a teď někoho znám*“ (R1). Další důvody byly rodinné: „*Babička je Češka. A ona sem přišla za mamkou. Ony se dlouho neviděly. Ona žila nějakých 40 let v Iráku a ona sem přijela za mamkou a já se sestrami a bratrem jsme přijeli s ní. A jel i náš táta*“ (R4). Pro jednoho respondenta bylo důvodem studium vysoké školy.

Všichni respondenti jsou **pojištění**.

Co se týče **vzdělání**, jak je uvedeno v charakteristice výzkumného souboru, 2 respondenti mají vysokoškolské vzdělání. R1 pracuje jako vedoucí občerstvení. Vysokoškolské vzdělání získal v Sýrii, ale v České republice mu ho neuznali. R2 pracuje jako lékař. R3 má středoškolské vzdělání a nyní studuje vysokou školu. R4 má také středoškolské vzdělání a pracuje jako účetní. R5 má ukončené středoškolské vzdělání a pracuje jako prodavač.

2. Komunikace

V doméně Komunikace se respondenti vyjadřovali k hlavním oblastem uvedeným v Tabulce 50.

Tabulka 49 Komunikace „D“

Doména	2. Komunikace
Kategorie	Subkategorie
I. Český jazyk	Dorozumívání
II. Sounáležitost	Přivítání
	Sdílení myšlenek

I. Český jazyk

Všichni respondenti jsou **jazykově vybaveni** tak, že se domluví kromě českého jazyka i anglicky a arabsky. Anglický jazyk uvedli všichni respondenti, lišila se pouze úroveň. Respondentka 3 a 4 uvedly, že mluví i rozumí velmi dobře, respondenti muži uvedli, že úroveň není moc dobrá, ale že se domluví a rozumí v základních oblastech komunikace. Respondentka 4 uvedla, že jejím rodným jazykem je iráčtina, ale lze ji zahrnout pod arabštinu a dodala: „*Třeba se sestrou mluvím česky, nejlíc, ale s mamkou a tačkou hlavně arabsky.*“

Jazyk je sám o sobě kulturní specifikum. Je obdivuhodné, že naši respondenti se dorozumí v českém jazyce, jelikož arabština je od českého jazyka velmi odlišná.

II. Sounáležitost

Oslovení se u muslimů zpravidla neliší od zvyklostí v české společnosti. Respondenti uváděli, že chtějí být osloveni paní/pane, popřípadě respondentka 3 a 4 uvedly, že chtějí být osločovány slečno a jméno, popřípadě příjmení. R5 uvedl, že se při setkání v rodině objímají, ale u žen jsou výjimky a nemohou se objímat, ani si podávat ruku s cizími muži, pokud je jejich víra ortodoxní. To samé uvedl R1: „*V Sýrii se nedodržují pravidla tak striktně jako třeba v Afganistánu, ale někdy muži nechtějí, aby si ženy podávaly ruce nebo se zdravily s cizími muži. Mně to třeba u mojí ženy tolik nevadí.*“

Sdílení myšlenek a pocitů s přáteli a s rodinou není pro respondenty problém. Sdílení myšlenek a pocitů se zdravotníky není problém pro respondenta 2, jelikož pracuje jako lékař, tak je na hovory tohoto typu zvyklý. Pro respondentku 3 je to problém občas a R5 uvedl, že zdravotníkům nechce vždy svěřovat, co ho trápí: „*Já rozumím, že musím říct co mi je, ale někdy je mi to nepříjemný.*“

Vztahy mezi muslimskými muži a ženami na veřejnosti i v rodině se řídí přísnými pravidly, která by měla být striktně dodržována, aby nedošlo k nepříjemným situacím a faux pas. Komunikační etiketa by měla být zdravotníkům známa a měli by se snažit ji ctít.

3. Role a organizace v rodině

V doméně Role a organizace v rodině se respondenti vyjadřovali k hlavním oblastem uvedeným v Tabulce 51.

Tabulka 50 Role a organizace v rodině „D“

Doména	3. Role a organizace v rodině
Kategorie	Subkategorie
I. Gender	Rozhodování
	Povinnosti
II. Rodina	Příbuzenstvo
	Sňatky

I. Gender

Do jisté míry pro mě bylo překvapující, že většina **rozhodnutí** v domácnosti dělají ženy anebo manželé dohromady, jelikož muslimové věří, že muž a žena mají mít rozdílné postavení a s tím související práva a povinnosti vycházející z rozdílných psychických i fyziologických daností. V mnoha ohledech jsou muslimky jak v teoretické, tak v praktické rovině omezovány, avšak jindy jsou některá nařízení, například zákaz řízení automobilu či ženská obřízka nebo vraždy ze cti, odsuzovány i samotnými muslimy. R5 uvedl: „*Rozhodnutí děláme společně s manželkou, všechna rozhodnutí spolu diskutujeme.*“ Respondentka 3 uvedla, že nejvíce rozhodnutí dělá její mamka. Pouze respondentka 4 uvedla: „*V naší rodině rozhoduje většinou táta.*“

Na otázku, o čem **rozhodují výhradně ženy**, uváděli respondenti téměř shodné odpovědi, že ženy rozhodují zejména o tom, co nakoupit, o chodu domácnosti a o dětech: „*Co se nakoupí k jídlu, starost o rodinu*“ (R1). R2 uvedl: „*Co budeme jíst, v čem budou chodit děti, kdy a kam se pojedou na dovolenou, všechno co se týče kolem dětí a domácnosti.*“ A R3 uvedla: „*O tom co se nakoupí a bude vařit.*“

Muži v domácnosti rozhodují o větších výdajích a spíše technických věcech: „*Opravit auto, jestli postavíme barák nebo nepostavíme*“ (R5). R2 řekl: „*Co se nakoupí, ale většinou není striktně dáno, kdo co rozhoduje, snažíme se spolu navzájem domluvit.*“ Respondentky 3 a 4 nemají manžela, žijí v domácnosti s rodiči. Obě uvedly, že otec rozhoduje právě o větších výdajích.

Povinnosti žen a mužů úzce souvisí s rozhodováním žen a mužů. Respondenti shodně uváděli, že mezi povinnosti žen patří domácí práce obecně, uklízení, vaření, praní, a starání se o děti a mezi povinnosti mužů patří práce a vydělávání peněz.

Problematika rozhodování a povinnosti mužů a žen jde ruku v ruce s vírou a s oblastí, ze které muslimové pochází. Je rozdíl, zda jsou muslimové například ze Sýrie nebo z Afgánistánu, kde jsou rodinné role určovány striktněji.

II. Rodina

V arabských zemích je zvykem, že v jedné domácnosti spolu **bydlí i širší rodina**. Vzhledem k tomu, že v České republice většinou nežije i širší příbuzenstvo, nelze toto pravidlo často uplatnit: „*Tady bydlím jen s manželkou a dětmi. Ale v Sýrii jsme bydleli pohromadě s rodiči a prarodiči. Tam je běžné, že spolu žije více generací nebo širší rodina. Je tam i velmi běžné, že se každý den několikrát denně navštěvují sousedé, mají spolu často velmi blízký vztah. Když jsem bydlel v Sýrii a měl jsem nějaký problém, věděl jsem, že se můžu spolehnout na sousedy, kteří mi stoprocentně pomohou*“ (R5). Velmi podobná odpověď zazněla i od respondentky: „*Tady ne, ale jako v Iráku to jo, tam bydlí pohromadě širší rodina, je to zvykem*“ (R4). R2 uvedl, že s nimi bydlí matka manželky a ostatní respondenti uvedli, že v jedné domácnosti žije jen jejich rodina. Jak již řekl R5, hlavním přínosem spolubydlení příbuzných v jedné domácnosti je pomoc s výchovou dětí a chodem domácnosti.

Respondenti se také vyjadřovali k **sňatkům** a společnému soužití v páru. Muslimské manželství může být polygamní, kdy muž může mít až čtyři manželky za předpokladu, že je dokáže všechny stejně zabezpečit. Sňatek se uzavírá podpisem smlouvy mezi ženichem a zákonným zástupcem nevěsty, jímž je zpravidla otec. Muži respondenti mají pouze jednu manželku. R2 na otázku, zda je přijatelné, aby spolu v jedné domácnosti žili **lidé a nebyli oddáni** odpověděl: „*Je to možný, proč ne?*“ Opačný názor měli ostatní respondenti. Všichni uvedli, že to přijatelné není: „*Moc ne, v Iráku je to tak, že se lidé stydí, není to přijatelné*“ (R4). Ty samé názory zazněly na otázku **mimomanželských dětí**. Pouze R2 uvedl, že je to přijatelné, pro ostatní to přijatelné není: „*Ne, v naší tradiční společnosti to není přijatelné*“ (R3). R4 uvedla: „*V Iráku to rozhodně nepřipadá v úvahu. Pro mě to také není přijatelné.*“ Názor na homosexuální páry vyjádřil R2: „*Já s tím nesouhlasím, ale respektuji tyto lidi. Jestliže jsou gayové nebo ženy lesbičky, já je respektuji. My máme nějaké zákazy ohledně takových situací v Sýrii, ale já tyto lidi respektuji, ale nesouhlasím s tím.*“ Ostatní respondenti s homosexuálními páry nesouhlasí.

K **předem domluveným sňatkům** se vyjádřila R4: „*V minulosti to tak bylo dané, že bylo domluvené, kdo si koho vezme, ale teď už ne. I když pravda je, že v některých rodinách v Iráku jsou hodně přísní a tam se musí ženy vdát za toho, koho jim určí rodiče, i když nemuseli ženicha nikdy předtím vidět. Někteří spolu pak musí vydržet celý život, ale jsou i případy, že se mohli rozvést, ojediněle. Třeba moje sestřenka v Iráku se rozvedla, protože manžela vůbec nemilovala.*“

4. Problematika pracovních sil

V doméně Problematika pracovních sil se respondenti vyjadřovali k hlavním oblastem uvedeným v Tabulce 52.

Tabulka 51 Problematika pracovních sil „D“

Doména	4. Problematika pracovních sil
Kategorie	Subkategorie
I. Zaměstnání	Profese
	Rizika
	Český jazyk

I. Zaměstnání

Zaměstnání bylo již zmíněné v charakteristice výzkumného souboru. R1 pracuje v bistru a mezi rizika spojená se zaměstnáním uvedl: „*Já si myslím, že v každém zaměstnání hrozí nějaké riziko, myslím si, že doktoři mají rizikové povolání a v mé práci? Tak tam hrozí, samozřejmě. Protože často pracuji s ostrými noži a pracuji s automatickým nožem, elektrickým nožem. Někdy nosím velmi těžké balíky s masem a je to špatné pro moje záda. Někdy je v bistru velké vedro a venku může být chladno a když jdu ven, může to být nebezpečné pro mé zdraví.*“ R2 je lékař a k rizikům spojeným s prací uvedl: „*Kontaminace s kontaminovaným materiálem, krví, kontaminace s onemocněními, riziko infekce, psychický stres.*“ Respondentka 3 je zatím studentka vysoké školy. Respondentka 4 pracuje jako účetní a žádné riziko jí nehrozí. R5 pracuje jako prodavač a uvedl: „*Někdy na mě lidi koukaj divně, že jsem jinej, tak se trochu bojím. Ale zatím jsem problém žádnéj neměl.*“

Uvedení strachu kvůli odlišnosti od majoritní společnosti může být pochopitelné vzhledem k hrozbám, o kterých se v souvislosti s muslimy hovoří. I když se respondenti v našem šetření vyjadřovali, že rozhodně nesouhlasí s Islámským státem, česká společnost k nim může přistupovat rezervovaně.

Problém s českým jazykem zmínil pouze jeden respondent: „*Někdy, když nerozumím, co kdo v práci chce, tak se snažím se zákazníky mluvit, že nerozumím moc česky, jestli můžou ukázat. Ano, někdy mi čeština dělá problémy*“ (R1).

5. Biokulturní ekologie

V doméně Biokulturní ekologie se respondenti vyjadřovali k hlavním oblastem uvedeným v Tabulce 53.

Tabulka 52 Biokulturní ekologie „D“

Doména	5. Biokulturní ekologie
Kategorie	Subkategorie
I. Anamnéza	Léky
	Smyslové vnímání
II. Genetika	Dědičné nemoci

I. Anamnéza

Žádný respondent neuvedl, že by měl **alergii** na léky a nikdo neměl při užití volně prodejných léků obtíže.

Se **sluchem** problém nikdo nemá. Se **zrakem** má problémy respondentka 4, která uvedla, že nosí kontaktní čočky, protože jí brýle překáží. Na každém oku má mínus 2,5 dioptrie. Respondent 2 uvedl, že nosí brýle na dálku.

II. Genetika

Na otázky ohledně **dědičných nemocí** v rodině všichni respondenti shodně uvedli, že se žádné onemocnění v rodině nedědí a nevyskytuje.

V doméně biokulturní ekologie nebyla u vyznavačů islámu shledána žádná specifika související s jejich kulturou.

6. Vysoce rizikové chování

V doméně Vysoce rizikové chování se respondenti vyjadřovali k hlavním oblastem uvedeným v Tabulce 54.

Tabulka 53 Vysoce rizikové chování „D“

Doména	6. Vysoce rizikové chování
Kategorie	Subkategorie
I. Abúzus	Kouření
	Alkohol
II. Prevence	Sport

I. Abúzus

V této doméně bylo mimo jiné zjišťováno, zda respondenti **kouří a pijí alkohol** nebo zda neužívají jiné návykové látky. R5 uvedl, že kouří přibližně 5 cigaret denně. R1 uvedl: „*Ne, jestli já si dám jednu cigaretu za měsíc, spíše vůbec.*“ Ostatní odpověděli, že nekouří.

Muslimům víra ukládá, že by neměli pít alkohol. R5 uvedl: „*V minulosti jsem pil alkohol, asi 6 měsíců zpátky jsem měl jedno pivo, ale nemám rád pití alkoholu, kvůli srdci. I když piju velmi malé množství, nedělá mi to dobře na srdce.*“ R4 uvedla: „*Ne, nikdy jsem*

alkohol neměla. V našem náboženství to máme zakázané.“ Ostatní respondenti také uváděli, že alkohol nepijí.

Kouření korán nezakazuje, zatímco konzumaci alkoholu ano. Kromě jednoho respondenta z našeho výzkumného šetření ostatní uvedli, že alkohol nepijí. To, že někteří muslimové alkohol pijí, příkládám tomu, že nedodržují korán tak striktně.

II. Prevence

Sportovní aktivitu provádí všichni respondenti, což je velmi pozitivní zjištění: „*Ano, snažím se čtyřikrát týdně nebo pětkrát, chodím plavat.*“ R3 uvedla: „*Já hlavně chodím běhat ve volném čase a chodím, když mám čas, není to tak, že bych chodila každý den.*“ R1 uvedl: „*Chodím boxovat jednou za týden.*“ R2 uvedla, že tělocvik má na vysoké škole a mimo to chodí s kamarádkami do fit centra. R5 řekl: „*Když mám čas, tak spíš chodím na procházku s manželkou. Snažím se alespoň dvakrát do týdne.*“

7. Výživa

V doméně Výživa se respondenti vyjadřovali k hlavním oblastem uvedeným v Tabulce 55.

Tabulka 54 Výživa „D“

Doména	7. Výživa
Kategorie	Subkategorie
I. Dietní režim	Stravovací návyky
	Národní kuchyně
II. Ramadán	Půst
III. Nemocniční strava	Nemocniční strava

I. Dietní režim

Se svojí postavou jsou spokojeni všichni respondenti, vyjma jednoho: „*Hm, teď co žiji v České republice tak ne, ale předtím jsem spokojený byl. Počítal jsem si a dodržoval kolik gramů proteinu, kolik cukru a tuku můžu sníst, kolik gramů karbohydrátů můžu denně sníst.*“

Překvapivé bylo, že respondenti shodně uvedli, že **jedí** třikrát denně. Pro udržení zdraví jedí hodně ovoce a zeleniny. Vzhledem k náboženství jsou vymezena jídla, kterým se vyhýbají. Konkrétně se jedná o alkohol a vepřové maso: „*Vepřové nejím. Samozřejmě když mám možnost volby, tak si ho nevyberu, doma vepřové maso nevaříme, ale pokud bych měl vyhladovět, tak to samozřejmě sním. To samé říkám dětem, když jedou na tábor. Když se mě ptají, jestli můžou jíst vepřové, tak samozřejmě nečekám, že pro ně se bude extra vařit zvlášť, tak jim říkám, než abyste hladověli, tak to maso vepřové snězte.*“ (R2). R5 uvedl: „*Já a moje*

manželka nejíme vepřové maso, protože v našem náboženství to není povolené. Ale já respektuji ostatní, že toto vepřové maso jí. My v Sýrii máme sousedy, kteří jsou křesťané a ti jedí vepřové a navzájem se navštěvujeme. V Sýrii je mezi našimi sousedy poměrně mnoho křesťanů a takže jedí vepřové, nevadí mi to, ale pro nás my ho nejíme. Nikdy jsem to nezkoušel a nechci.“ R3 uvedla: „Vepřové maso, to nejím vůbec a alkohol. Nikdy jsem vepřové ani nezkusila a ani mě to neláká. Kdyby někde bylo jen vepřové, to bych byla o hladu nebo bych si vzala svačinu, kdybych to věděla. Ale kdyby někdo snědl vepřové maso omylem, nechť, tak to nevadí, ale záměrně by neměl.“

Mezi **tradiční jídla** respondenti řadili rýži a maso, nejčastěji hovězí: *„Je velmi mnoho tradičních jídel. My máme například kuskus, bulgur. Ten mám velmi rád a má manželka ho umí výborně vařit. Dále maso a rýže“ (R1). „Rýže s hovězím masem“ (R4). „Hlavně rýže, to jedí skoro všichni a téměř každý den. A k rýži nejčastěji kuře a nebo hovězí maso“ (R5).*

Povolená a zakázaná jídla jsou pro muslimy stanovena. Zdravotníci by toto měli mít na paměti a vždy by se s daným klientem měli domluvit, jaká jídla bude chtít konzumovat a zda preferuje domácí, či nemocniční stravu.

Stravování je pro vyznavače islámu typická kulturní odlišnost ve srovnání se stravováním v české společnosti.

II. Ramadán

Ramadán je devátý měsíc islámského lunárního kalendáře a v tomto období by měli muslimové od východu do západu slunce dodržovat jistá pravidla, která se týkají i stravování. Povinnost postit se platí pro všechny dospělé a duševně a tělesně zdravé věřící. Na nemocné, děti, staré lidi, těhotné a kojící ženy, lidi na cestách, lidi, kteří vykonávají náročnou fyzickou práci a lidi, jejichž oslabení by následkem půstu mohlo vést k veřejnému ohrožení, se povinnost nevztahuje. Děti se postí individuálně, s půstem začínají obvykle v rozmezí sedmi až deseti let. Respondenti se k Ramadánu vyjadřovali následovně: *„Zrovna tento měsíc máme Ramadán, začal před osmi dny, takže já a všichni muslimové nejím a nepiju od 2 hodin ráno do 9 hodin večera. Takže já jím v 9 hodin večer a to není úplně zdravé. Obvykle ale jím tak třikrát denně. Je to obtížné v letních dnech vydržet, ale já rád dodržuji Ramadán, je to pro mě důležité. Manželka by to také ráda držela, ale má miminko, tak to nedodrzuje, protože kojí. Já nechci, aby to držela, a naše náboženství povoluje kojícím ženám nedodržovat Ramadán“ (R1). R4 se vyjádřila: „Nejdůležitější je Ramadán, to trvá měsíc. Během něj se přes den nic nesmí jíst a pít. Je to kvůli tomu, že když jsou lidé chudí a nemají na jídlo, tak abychom se naučili s nimi soucítit, co prožívají, jak se trápí. My to v Čechách dodržujeme, ale je to*

náročné, protože vzhledem k času východu a západu slunce. Tady v Čechách to vychází na nějakých 19 hodin. V Iráku to vycházelo držet půst od 5 ráno do 7 do večera a tady je to od 2 hodin ráno do 21 hodin večer. To je hrozné, ale já to chci držet.“ Ostatní respondenti se vyjádřili, že také během Ramadánu nejedí a nepijí od východu do západu slunce.

III. Nemocniční strava

Na **nemocniční stravu** si nikdo nestěžoval, ale vyjádřili obavu, aby nedostali vepřové maso. R4 uvedla, že kdyby náhodou dostala k jídlu vepřové, že by jídlo nejedla. Z tohoto důvodu respondentka 4, respondent 1 a 5 uvedli, že preferují, aby jim mohlo být přineseno jídlo z domu, jelikož by věděli, co to opravdu je. S množstvím jídla, dobou podávání a způsobem podávání stravy byli respondenti spokojeni.

Ramadán je pro všechny respondenty zavazující a pokud nepatří do skupiny lidí, kteří mají výjimky, tak ho dodržují. Vzhledem k odlišnostem od majoritní společnosti je nutné u muslimů počítat s těmito aspekty i při poskytování zdravotní péče. Je nutné se vždy s klientem předem domluvit na jeho potřebách a uzpůsobit tomu i podmínky v průběhu hospitalizace.

8. Rituály smrti

V doméně Rituály smrti se respondenti vyjadřovali k hlavním oblastem uvedeným v Tabulce 56.

Tabulka 55 Rituály smrti „D“

Doména	8. Rituály smrti
Kategorie	Subkategorie
I. Umírání	Umírající
II. Smrt	Pohřeb
	Truchlení
	Posmrtný život

I. Umírání

Respondenti uváděli, že pro **umírajícího** se žádné rituály neprovádí. Spíše až **po smrti**, kdy se chodí příbuzní se zemřelým loučit. Zemřelý se **pohřbí** do země ještě týž den a pak následuje období smutku: „*My máme v naší tradici, že když někdo umře, měli bychom tři dny být smutní, truchlit, a do domu zemřelého chodí lidé, kteří umírajícího znali a vyjadřují soustrast, že tragédie, škoda, že umřel. Toto trvá tři dny a pro lidi, kteří přicházejí vyjádřit soustrast, připravujeme pro ně pohoštění. Například když moje babička umřela, lidé k nám tři*

dny chodili a my jsme nabízeli kávu, arabskou, bez cukru, také citron pro každého, pro každého jídlo a poslední den děláme sladké jídlo pro každého“ (R1).

„První den po smrti je zemřelý pohřben do země. Pokud ho nepohřbíme, musí se tělo mrazit, ale je lepší a preferujeme dát tělo do země. A poté nastávají tři dny smutku. Ale pokud se třeba provádí pitva a tělo je pohřbeno například za týden, období smutku nastává až po uložení těla do země“ (R5). R4 odpověděla: „Zpravidla první den se zemřelý pohřbí a pak se několik dní drží smutek.“

Respondenti shodně vypovídali, že pohřeb je vždy do země, nikdy se tělo nepálí: „V Sýrii jsou všichni lidé pohřbeni do země. Naše tradice je, že bychom měli navštívit hrob mrtvého minimálně třikrát až čtyřikrát do roka. Například když jsem v Sýrii, snažím se navštívit hrob mého dědy, babičky, strýce. Vždy o svátcích bychom měli k hrobu zajít. Dáváme na hrob speciální bylinky“ (R3).

Při **truchlení** nejsou rozdíly mezi muži a ženami. Vždy záleží na tom, jak blízké měli vztahy. Jeden respondent uvedl, že ženy a muži truchlí odděleně (R2).

V **posmrtný život** nevěří pouze respondentka 4. Ostatní uvedli, že po smrti nastane zúčtování u Alláha. R2 uvedl, že by se člověk měl snažit žít život na zemi dobře, aby se po smrti měl dobře.

Tradice s umírajícím a následně se zemřelým se od českých zvyklostí odlišují. Muslimové preferují pochování do země a pohřeb by měl nastat ještě týž den, nebo den následující.

9. Spiritualita

V doméně Spiritualita se respondenti vyjadřovali k hlavním oblastem uvedeným v Tabulce 57.

Tabulka 56 Spiritualita „D“

Doména	9. Spiritualita
Kategorie	Subkategorie
I. Víra	Modlení
II. Svátky	Ramadán
	Hospitalizace

I. Víra

Respondenti se hlásili k islámu dobrovolně a nezištně. Za ortodoxně věřící se nepovažují. Respondenti uváděli, že se snaží **modlit** pětkrát denně, ale vzhledem k pracovním povinnostem a studiu to někdy nelze: „Měli bychom se modlit každý den pětkrát,

ale někdy s tím mám problém, protože chodím do práce a ne vždy je to možné. Moje žena se modlí pětkrát denně“ (R1). Nejčastěji se modlí za zdraví sebe a své rodiny: „Děkuji našemu Bohu, že mi dal dítě, že jsme zdravý, za bezpečnost mě a mojí rodině, děkuju Bohu, že mi dal dobrou manželku, děkuju mu za všechno, protože si myslím, že tento život nemůže být samozřejmostí. Nějaká síla, speciální, dělá tento svět. Nemyslím si, že člověk, zvířata nebo hory. Myslím si, že speciální síla dělá tento svět“ (R5).

Víra a modlení je jednou z charakteristik, kterou se od české společnosti liší.

II. Svátky

Jeden z nejdůležitějších svátků je pro muslimy **Ramadán**. Respondenti odpovídali, že Ramadán se snaží striktně dodržovat a v českých podmínkách to není jednoduché. R3 uvedla: „A pak je další svátek, že děti dostávají peníze a za to si nakupují nové oblečení nebo něco, co chtějí nebo potřebují. Když jsou svátky, tak se celé rodiny schází a dělají cukroví, pohoštění. To se dodržuje striktně. To se mi líbí, že se rodina sejde. V ramadánu se dávají lidem peníze. V Iráku z důvodu války jsou na tom lidi často dost špatně. Třeba oni půjdou do města a zeptají se, kdo je nejchudší a oni to lidi řeknou. Ukážou, kdo je chudý a komu mají dát. Můžou mu dát i věcné věci, ne jen peníze.“

Dva respondenti měli potřebu vyjádřit se i k Islámskému státu v souvislosti s islámem: „V tomto období si lidé pomáhají ještě víc než obvykle. Například když jsem v Sýrii, tak otec mojí manželky má poměrně hodně peněz. Není vyloženě bohatý, ale peníze má a nějaké peníze dává chudým lidem. V Ramadánu já a moje žena bychom měli v období Ramadánu najít nějaké chudé lidi a pomoci jim. Toto je naše náboženství. Víím, že lidé v Česku nemají rádi muslimské lidi. Protože obvykle to ztotožňují s Islámským státem, který je špatný. To ale není islám, to je 100 jiných lidí, to není islám a já tyto lidi nemám rád, moje žena je nemá ráda, nemáme rádi lidi, kteří zabijí a nemám rád krev. Toto stoprocentně není islám. Islám říká, že lidé by se měli navzájem respektovat, mít se rádi, a lidé by měli být v míru. Co vidíme v televizi o Islámském státu, to není islám, když řezají lidem hlavy, když zabijí lidi. Já jsem muslim, moje žena, naše dítě a my nemáme rádi a nesouhlasíme s Islámským státem. My máme rádi různé lidi, kteří jsou například Židé, Křesťané, nemáme problém s nikým“ (R1). R2 řekl: „Chci jen říct, že samozřejmě každý může toto náboženství chápat jinak. Já a naše rodina se neřadíme mezi radikální. Korán je jen jeden, ale záleží na každém, jak ho pochopí, jak si ho vysvětlí a postaví se k němu.“

Hospitalizace během náboženských svátků je možná. Od zdravotnického personálu respondenti nic nevyžadují. Pouze R4 uvedla: „Hlavně nějakou látku, na kterou bych si

mohla kleknout a důležitý je směr modlení, protože to musí být směrem k Mekce.“ Ostatní respondenti uváděli, že mají svůj korán a že nic nepotřebují, ale nechtěli by být v době modlení rušeni.

Zdravotnický personál by se měl s klientem domluvit, v jakou denní dobu si přeje se modlit a je-li to vzhledem k léčebným a ošetrovatelským intervencím možné, mělo by být přání a soukromí klienta respektováno.

10. Praktiky zdravotní péče

V doméně Praktiky zdravotní péče se respondenti vyjadřovali k hlavním oblastem uvedeným v Tabulce 58.

Tabulka 57 Praktiky zdravotní péče „D“

Doména	10. Praktiky zdravotní péče
Kategorie	Subkategorie
I. Bolest	Analgezie
II. Medicína	Tradiční/profesionální léčba
III. Dárcovství	Darování krve, orgánů
	Umělé ukončení těhotenství

I. Bolest

Bolest respondenti zvládají dobře, snaží se bolest zvládat sami a příliš nezatěžovat okolí: *„Držím to v sobě, snažím se tím neobtěžovat okolí. I když někdy, když je to velká bolest, tak si pobřečím“* (R4). *„Jsem smutnější, ale nahlas nic neříkám“* (R5). Je-li to nutné, vezmou si prášky na tlášení bolesti.

Zdravotníci by proto měli klienta ztvrzovat v tom, že během hospitalizace je žádoucí, aby případnou bolest oznámil.

II. Medicína

Respondenti nikdy nevyzkoušeli **tradiční léčebné postupy** a vždy volili návštěvu lékaře.

III. Dárcovství

Na otázku ohledně dárcovství a přijímání krevní transfúze a orgánů shodně odpovídali, že nemají problém s **dárcovstvím a přijímáním krve a orgánů**: *„Pokud by to někoho mohlo zachránit, tak samozřejmě. Nezáleželo by mi na tom, jestli je to muslim, křesťan nebo bez vyznání, pokud je to dobrý člověk, dal bych mu orgán“* (R1).

S **umělým ukončením těhotenství** respondenti převážně souhlasili pouze v případě ohrožení matky, na vlastní žádost ne. R2 však uvedl: *„Když by to bylo potřeba. A když by to*

bylo dobrovolné rozhodnutí? To je potřeba, proto se to dělá. Samozřejmě pokud jsou podmínky k tomu, týden odpovídá, paní zdravotní stav to akceptuje, není nějaký problém.“ R1 uvedl: „Záleží to na situaci. Například kdyby nyní moje žena otěhotněla, my máme dvouměsíční dítě, bylo by složité vychovávat další dítě, já jsem stále v práci, vydělávám peníze, tak si myslím, že kdyby moje žena otěhotněla, myslím si, že bychom možná uvažovali o přerušení těhotenství, ale nevím, nedokážu říct.“

Takovéto výpovědi souvisí pravděpodobně s vírou v to, že člověk sám nerozhoduje, kdy přijde na zem a nerozhoduje ani o tom, kdy jeho život skončí. To dělá Alláh.

11. Poskytovatelé zdravotní péče

V doméně Poskytovatelé zdravotní péče se respondenti vyjadřovali k hlavním oblastem uvedeným v Tabulce 59.

Tabulka 58 Poskytovatelé zdravotní péče „D“

Doména	11. Poskytovatelé zdravotní péče
Kategorie	Subkategorie
I. Hospitalizace	Lékaři
	Sdělování
	Spolupacienti

I. Hospitalizace

Respondenti převážně udávali, že pokud mají nějaké obtíže, jdou k lékaři. Ale objevil se i názor, že raději se bude respondent léčit doma sám a k lékaři půjde, jen když mu bude hodně špatně.

Díky víře mohou být během **vyšetření a léčení** požadavky žen, aby byly vyšetřeny pouze ženou: „Naše víra říká, že ženy by měly být vyšetřovány hlavně ženami, Já osobně bych chtěla být vyšetřena pouze ženou. Pokud by byl v nemocnici lékař, musel by být u vyšetření přítomen například můj táta“ (R3). Tomuto tvrzení odporuje výrok R1: „Když by byla moje žena hospitalizovaná, staral se o ní lékař, muž, s tím není problém.“

Ke **sdělování informací** se respondenti vyjadřovali různě. Respondent 1, respondentka 3 a respondentka 4 chtěly, aby se informace o zdravotním stavu sdělovaly nejprve jim a poté rodině. Respondenti 2 a 5 chtěli, aby se informace o jejich zdravotním stavu řekly nejprve rodině a až následně jim.

Pokoj a skladba pacientů na nemocničním pokoji není pro respondenty důležitá. Mohou být s kýmkoli.

12. Těhotenství

V doméně Těhotenství se respondenti vyjadřovali k hlavním oblastem uvedeným v Tabulce 60.

Tabulka 59 Těhotenství „D“

Doména	12. Těhotenství
Kategorie	Subkategorie
I. Těhotenství a porod	Těhotenství
	Porod
	Novorozenec

I. Těhotenství a porod

V arabském světě platí všeobecná zásada, že je nutné vyhovět chuťovým přáním těhotné ženy, aby nedošlo k nežádoucím změnám plodu.

Narodí-li se dítě ženského pohlaví, nekonají se žádné oslavy. Pohlaví novorozence bývá v tomto případě dokonce zatajováno. Rozdílný přístup k dítěti mužského a ženského pohlaví vyplývá z pevně vžitých představ o tom, že syn je symbolem rodiny a nositelem jejího jména. Muži sice na otázky týkající se těhotenství neodpovídali, ale R1, který má již dvě děti, odpověděl: „*Po porodu obou dcer jsem byl nesmírně šťastný. Nevadilo mi, že to je dcera. Po porodu jsem jim šeptal do ucha speciální modlitbu.*“

R4 uvedla: „*Když je dítě staré 40 dnů, stříká se voňavkami. A když se narodí ženě dítě, dostávají se za to peníze.*“

Literární zdroje uvádí mnoho příkladů a specifík v souvislosti s těhotenstvím a porodem muslimské ženy. Naši respondenti se více k tradicím zaměřeným na toto období nevyjadřovali.

11.2.4.1 Shrnutí zjištěných specifík vyznavačů islámu

Vyznavači islámu, muslimové, patří mezi náboženskou minoritu, na kterou se občané České republiky, vzhledem k okolnostem spojeným s muslimy, mohou dívat negativně. Muslimové mají ve srovnání s českou společností mnoho odlišného, co se týče například stravy, chování, oblékání a samozřejmě náboženství.

Islám jde ruku v ruce s dodržováním různých zásad a pravidel. Jak respondenti shodně uváděli, islám zakazuje konzumovat vepřové maso a pít alkohol. Naši respondenti se vepřovému masu snaží vyhýbat, někteří respondenti ho nikdy nejedli, ale jsou i výjimky, kdy jeden respondent uvedl, že když není zbytí, tak by vepřové maso snědl. S tímto souvisí

i stravování ve zdravotnických zařízeních, kdy muslimové preferují vlastní přinesenou stravu, u které si jsou jistí, že neobsahuje vepřové maso.

Mezi další požadavky na zdravotnická zařízení patří soukromí na modlení. Nemocní muslimové jsou zproštěni modliteb 5 x denně, ale i tak se snaží modlit se, dovolí-li to jejich zdravotní stav. K modlení potřebují korán a kobereček, který si nosí sebou.

Pro muslimy je jedním z nejdůležitějších období roku Ramadán, 9. lunární měsíc. Od východu do západu slunce by muslimové neměli jíst a pít. Zde může nastat problém jednak s příjmem potravy, ale také s užíváním léků.

Ženy, muslimky, preferují a požadují vyšetření od žen lékařek. Je-li situace, kdy by ženu vyšetřoval lékař, měl by být přítomen muž z rodiny, například manžel či bratr. Naše respondenty nebyli ortodoxní, tudíž nemají povinnost chodit zahalené a respondenti to po svých manželkách rovněž nevyžadují.

Po porodu dítěte šeptají muslimové dětem do ucha modlitby.

Zajímavé bylo, že dva respondenti vyjádřili obavy ze srovnávání všech muslimů s příslušníky Islámského státu. Bylo jim líto, že Češi „hází všechny muslimy do jednoho pytle.“

Specifika, která byla zjištěna u všech čtyř minoritních skupin, byla diskutována v souvislostech s poskytováním ošetrovatelské péče a následně zakomponována do pilotního záznamu ošetrovatelské péče.

11.3 Výsledky - Tvorba záznamu ošetrovatelské péče

Na základě Modelu kulturních kompetencí, výsledků z předchozích fází výzkumného šetření (1. fáze a 2. fáze), stávající dokumentace využívané ve zdravotnických zařízeních a také vlastní zkušenosti výzkumníka, byl vytvořen pilotní záznam ošetrovatelské péče pro klienty z minoritních skupin. Na základě takto navržených záznamů probíhaly další fáze výzkumného šetření – zhodnocení pilotního záznamu pomocí focus groups 1 a focus group 2 a následné přepracování pilotního návrhu.

Pilotní záznam ošetrovatelské péče (viz Příloha 10 a Příloha 11) byl navržen tak, aby co nejvíce usnadnil sběr informací o klientech z minoritních skupin. V našem případě je minoritní skupinou myšlena minorita národnostní a náboženská ve vztahu k české populaci. **Cílem bylo navrhnout takový záznam**, po jehož vyplnění by nelékařský zdravotnický personál získal odpovědi na otázky, jaká **specifika se vyskytují u příslušníků minoritních skupin**, která by mohla mít vliv na péči, a jak může nelékařský zdravotnický personál poskytovat péči, která bude přínosná a akceptovatelná jak klienty, tak právě samotným personálem.

Pilotní záznam ošetrovatelské péče byl rozdělen do kategorií tak, jak jsou uspořádány domény v Modelu kulturních kompetencí a obsahují položky, které se zejména z rozhovorů s příslušníky námi vybraných minoritních skupin jeví jako podstatné pro poskytování kulturně kompetentní péče. Jedná se zejména o **problematiku komunikace, výživy, organizace v rodině, nepostradatelnou součástí jsou položky zaměřené na spiritualitu a náboženství a v neposlední řadě poskytovatelé a praktiky zdravotní péče**. Informace o anamnéze, aktuálním zdravotním stavu a sociálních podmínkách v pilotním záznamu zahrnuté nebyly, jelikož se vyskytují v jiné dokumentaci a jednalo by se o duplicitu dat.

V záznamu převažují předdefinované odpovědi. Varianty těchto odpovědí byly zvoleny tak, aby osoba, která záznam vyplňuje, nemusela vypisovat slovně odpovědi a mohla pouze jednoduše vybranou odpověď zakřížkovat. Nabízené varianty vycházely zejména ze studia odborných zdrojů, získaných výsledků z 1. a 2. fáze šetření a také ze zkušeností výzkumníka s péčí o klienty z minoritních skupin. Pro některé odpovědi je v záznamu vynecháno místo tak, aby se odpověď mohla dopsat. Tato varianta byla zvolena v případě, kdy se očekává, že by klienti mohli odpovědět jinak, než je v nabízené variantě, ale netýká se to mnoha klientů anebo byl prostor pro volnou odpověď nechán u odpovědí, které je nutné více specifikovat.

Byly vytvořeny **dvě genderově odlišné varianty** z důvodu, aby „zbytečně“ nebyly kladeny otázky, které jsou pro dané pohlaví bezpředmětné. Tyto otázky byly zejména

v kategorii *praktiky zdravotní péče*, kdy jsou u žen zjišťovány informace ohledně gynekologické prevence, mamografie, atd., které jsou u mužů vynechány. To samé platí pro kategorii *těhotenství*.

11.4 Výsledky 4. fáze výzkumného šetření – ověření uživatelské přívětivosti záznamu ošetřovatelské péče

Zpětná vazba na navržený pilotní záznam ošetřovatelské péče probíhala ve dvou focus group. Ohnisko zájmu a záměr focus group je podrobně vysvětlen v kapitole 9.4.

11.4.1 Výsledky focus group 1

Průběh sezení byl nahráván a následně byla provedena doslovná transkripce audionahrávky. V Tabulce 61 jsou uspořádány doslovné výpovědi jednotlivých účastnic dle kategorií tak, jak se vyskytovaly v navrženém ošetřovatelském záznamu a v každé kategorii jsou, dle subjektivního vnímání autorky práce, uvedeny plusy, mínusy a návrhy na změnu. Výpovědi zařazené do kategorie mínusy nutně neznamenají kritiku účastnic na danou oblast, ke které se vyjadřovaly, ale jsou zde zařazené i výpovědi, kdy účastnice například nechápaly určitou položku v navrženém záznamu, nebo si nebyly jisté, jak by řešily danou problematiku s klientem v praxi. Do mínusů byly také zařazeny výpovědi, kdy se navržené varianty účastnicím z jakéhokoli důvodu nelíbily nebo by doporučily jiné. Účastnice, které daný výrok uvedly, jsou anonymizovány a uvedeny pod označením Ú1- Ú7.

Tabulka 60 Výsledky focus group 1

VÝSLEDKY FOCUS GROUP 1
DOKUMENT
Plusy
Ú2: Silnou stránku vidím v té ošetřovatelské dokumentaci. Z mého pohledu je to poměrně unikátní nápad vytvořit záznam, který se zabývá ošetřovatelskou péčí pro minoritní skupiny. Je ojedinělý, ještě jsem za svoji praxi s podobným záznamem nesetkala.
Ú5: Je to ojedinělý dokument, ještě jsem se za svoji praxi s podobným záznamem nesetkala. Mohl by zaplnit takovou jakousi mezeru pro ošetřovatelskou praxi.
Ú1: Zjistí se spousta věcí, které by člověka nenapadla.
Ú3: Určitě hodnotím kladně, protože by to byla první nějaká taková dokumentace, první záznam, nikdy jsem se s tím ještě nesetkala nebo neslyšela, že by to v nějaké nemocnici měli.
Mínusy
Ú7: Chybí mi v celém záznamu samostatnost, jestli je pacient soběstačný nebo potřebuje pomoc a taky mi tam chybí takové základní údaje jako je anamnéza a alergie, že pokud bych něco potřebovala o tom pacientovi zjistit, tak musím vlastně hledat v druhém záznamu.
Ú6: Největší problém je v tom, že dokumentace je nepřehledná, je v ní málo prostoru a kolonek na vyplňování volných odpovědí.

<p>Ú2: Celkově když se podívám na ten záznam, jmenuje se ošetrovatelský záznam pro klienty, takže ve mně to evokuje to, že ten záznam bude skutečně sloužit těm klientům a budeme ho dávat těm klientům a není mi teda úplně jasné, jestli skutečně to dostanou ti pacienti anebo jestli je to spíš ošetrovatelský záznam pro péči o klienty z minoritních skupin. Takže možná bych i trochu pozměnila tu formulaci.</p>
<p>Ú3: Já nevím, jak poznám, s kým mám tu dokumentaci vyplnit, s černochem, s bělochem, když přijde a řekne mi, že je budhista, tak si vezmu tuhle dokumentaci?</p>
<p>Ú4: Hned v kolonce zdravotní pojištění mě zarazilo, že to tam vůbec je. Myslím si, že to tam být nemusí, protože toto řešíme a víme hned při příjmu. Proč by se mělo vyplňovat ano, ne, když to je jakoby duplikace.</p>
<p>Ú1: Já nechápu v kolonce oslovení, což je v rámci té první kolonky, jestli tím je myšleno jestli jí máme oslovovat jménem nebo paní, pane.</p>
<p>Ú4: Státní příslušnost je také v Medee, takže to bych taky vymazala, jelikož je to duplicita. Na druhou stranu nám to může zvýraznit, že se nejedná o Čecha a nemusím hledat v počítači.</p>
<p>Ú2: Co mě ještě napadá, jestli by nebylo vhodné vytvořit nějaký manuál o tom, v jaké situaci a kdy tuto dokumentaci použít. Nebo brožurka, která by shrnula základní specifika pro náboženství.</p>
<p>Návrhy na změnu</p>
<p>Ú1: Možná by bylo dobré hned v úvodu říct, komu je dokumentace určená, jestli gynekologické pacientce, tam může být spektrum široké od dětství po gerontologické pacienty a nebo je skutečně určená pro gravidní ženy, na oddělení rizikového těhotenství nebo na porodní sály nebo třeba i na šestinedělí, na chirurgii, stomatologii, protože v této oblasti se otázky budou lišit.</p>
<p>Ú2: Nebo to udělat tak, že by dokumentace měla dvě části, a jedna by byla ošetrovatelská a druhou část by vyplňoval lékař s pacientkou a že by to bylo prostě u sebe, že by to nebyly dva rozdílné dokumenty, ale bylo by to u sebe, takže by se ty věci doplňovaly.</p>
<p>Ú6: Možná co teď řeknu je asi v tuto chvíli méně podstatné, protože se jedná především o obsah dokumentu, ale možná bych i doplnila stejné mezery mezi čtvereček a odpověď, snažila bych se ty jednotlivé odpovědi seřadit, nebo čtverečky seřadit pod sebe, aby to bylo přehlednější, použít třeba tabulátor pro mezeru, aby byly mezery všude stejné.</p>
<p>Ú6: To samé i vyplňovací oblasti. Buď bych pro vyplnění dala celý řádek a nebo i vlastně kratší odpovědi aby měly stejně široký rozsah pro tu odpověď, ale to je spíš co se týče úpravy, ale myslím si, že kolikrát je ta úprava taky důležitá.</p>
<p>Ú7: Já si myslím, že by klidně mohlo být položek v té dokumentaci více. Nemyslím si, že je potřeba, aby byla ta dokumentace na jednu stránku, ale klidně by mohla být i na stran víc, aby byla vyčerpávající.</p>
<p>Ú4: Upřímně řečeno, když se na to podívám, tak je tam toho hodně, je to hodně natěsno ten text. Když se kouknete do ošetrovatelský dokumentace, jak je teď co nejvíce zjednodušená a co lze vynechat, tak se vynechalo, to bych taky tady vynechala. Prostě určit si, co tady asi být musí, co nemusí a tím by se to zmenšilo a vypadalo by to, že je tam více místa.</p>
<p>Ú3: Mě napadlo v souvislosti s těmi případnými riziky, patologiemi, nebo zkrátka z toho rozhovoru s pacientkou nám vyplynou nějaké zásadní údaje ať už třeba alergická anamnéza, ať už třeba to, že je pacientka nedoslýchavá nebo třeba to, že si nepřeje ošetřovat nebo léčit ze stran mužského pohlaví, možná jestli by nebylo dobré úplně na vrch formuláře dát kolonku, kam by se vypsaly nejdůležitější údaje jednou větou, jedním slovem, ale aby to opravdu takřikajíc bouchlo každého do očí.</p>

<p>Ú5: Když bude dokumentace dobře formulovaná, udělaná, tak ani manuál nemusí být, ale asi by bylo fajn ho udělat a definovat jednotlivé položky s vysvětlením proč se na něco ptáme.</p>
<p>Ú2: Skutečně té byrokracie narůstá a myslím si, že kdyby byla jedna dokumentace, kde budou veškeré informace uvedeny, včetně souhlasů, jestli můžou o pacienta pečovat studenti, tak že by to byrokracii ulehčilo. Neměli bychom 10 papírů, ale jednu plachtu se všemi informacemi.</p>
<p>Ú3: Na některých odděleních používají dokumentaci v podobě nevím jak to říct odborně správně, ale je to vlastně taková plachta, která je i barevně kategorizována, dá se otevřít na více listů. Ty domény jsou rozděleny v rámci dlouhého řádku a tím, že se používají barvy, tak se stává přehlednější. Tak mě napadlo, jestli by to nešlo udělat i v této podobě.</p>
<p>Ú7: Ta dokumentace je v mnoha hlediscích podobná ošetrovatelské dokumentaci, která se v praxi používá, tudíž se domnívám, že kdyby se rozšířila, byl z toho jeden obsáhlejší dokument, že by to přineslo více užitku.</p>
<p>Ú5: Dokumentace může být poplatná i pro Čecha, který se narodil v Česku, například pro vietnamského příslušníka, kteří převzali českou kulturu, ale ne ve všem a nám mnohdy ani nemusí dojít, že bychom jim takovou dokumentaci měli předložit nebo máme i skupiny Čechů, kteří převzali nějaké náboženství na základě sympatií, já nevím budhistické náboženství a tak dále, vizuálně bychom vůbec nemuseli říct, že ten člověk patří do takové skupiny, ale tím rozhovorem bychom mohli získat informace o specifikách péče, takže souhlasím s kolegyní, že by taková dokumentace</p>
<p>Ú1: Jestli by nebylo i třeba dobré jednotlivé některé ty domény rozdělit nějak vizuálně pro nás zdravotníky alespoň na otázky skutečně určené těm pacientům a na oblasti, které vycházejí z komunikace pro tu ošetrovatelskou péči.</p>
<p>Ú2: Já teda ještě jestli můžu navrhnout tak by bylo vhodné, kdyby byla ta dokumentace i ve více jazycích. Pokud vlastně nepříjdou pacienti s tlumočnickem, aby alespoň základní údaje dokázali vyplnit sami.</p>
<p>Ú3: Určitě bych to taky sloučila pro minoritní skupiny a udělala bych jednu dokumentaci, která se vyplní s tou ženou nebo mužem.</p>
<p>Ú6: Mě tady ještě napadá myšlenka k úvodu, kde se ptáme pacienta, jak dlouho žije v České republice, možná by taky bylo dobré to trochu přeformulovat, protože oni nemusí v České republice žít, oni tady mohou jen pobývat po nějaký čas, můžou sem jezdit za rodinnými příslušníky, můžou tu pracovat nebo zrovna jeli na dovolenou, ale neznamená to, že tu žijí. Ale můžou tu prostě pobývat nějaký čas, nějakou delší dobu.</p>
<p>Ú7: Možná jestli by nebylo dobré do hranaté závorky uvést výslovnost jména. Vyloženě na to dát kolonku „čti“. Nějakým způsobem to tam dát, abychom samozřejmě nekomolili jména cizinců, protože je to pro ně nepříjemné.</p>
VÝŽIVA
Plusy
<p>Ú6: Dietní omezení to je v pohodě, to rozumím všemu.</p>
Mínusy
<p>Ú1: Já bych možná i reagovala na tu položku zakázané potraviny. Já si úplně nemyslím, že je to vhodná formulace, protože může se jednat i o potraviny v rámci intolerance stravy, v rámci alergických anamnéz nebo například vyloženě až i fobie nebo nechutenství. A nejedná se pouze o zákaz v rámci etnika nebo nějaké té kultury, náboženství.</p>
Návrhy na změnu

Ú2: Jestli by nebylo dobré tam rovnou přidat kolonku spolupráce nutričního terapeuta.
Ú3: Když už se tady ptáme i na doménu výživy, jestli tam třeba rovnou nezahrnout jestli užívají nějaké výživové doplňky, nějaká farmaka, nebo to je možná spíš už medicínská část, ale jestli to pro nás není také podstatné a možná by nebylo špatné do budoucna ji sloučit i s lékařskou dokumentací. Do budoucna.
Ú2: Já jsem si všimla v sekci výživa, kde je zakázané potraviny, tak možná jestli by nebylo vhodné tam dát třeba i položku hovězího masa, protože Indové tuším mají krávu jako posvátní zvíře.
Ú5: Jak je tady to zakázané potraviny, tak by se mi tam třeba líbilo, kdyby tam bylo nevhodné potraviny nebo potraviny, které si nepřejí a volná kolonka. Asi bych tam vůbec nevypisovala. Nebo alergie na potraviny nebo něco takového. Ale asi spíš bych dala nevhodné potraviny a aby vypsali nebo případně alergie na potraviny.
Ú6: potravin bych nechala místo na vypsání potravin, které si nepřejí jíst, termín zakázané jídlo se mi nezdá vhodný.
Ú4: Jestli by třeba nebylo dobrý zformulovat jinak zakázané potraviny a nechat tam třeba volný řádek na vypsání potravin, že prostě každá národnost to má jinak a vybrat tři si myslím že nejde, nebo nevím který by byly důležitý, tak si myslím že by bylo fajn když už, tak tam nechat prostor pro vypsání.
KOMUNIKACE
Plusy
Mínusy
Ú7: Mně to diagnózu a léčebný postup sdělit přijde zvláštní. Přece ten člověk se přijímá s nějakým problémem, který se třeba zjišťuje, nemusí vědět rovnou diagnózu, ale jak se ho zeptáte? Až zjistíme co vám je, komu to říct? To je divné.
Ú1: Není mi jasné to, jestli by ta klientka jako chtěla diagnózu sdělit někomu jinému, u a léčebného postupu zase někomu jinému nebo stejně. Nejde to tam odlišit.
Ú2: Položka diagnózu sdělit, to už je zanesené v souhlase s hospitalizací a léčebný postup také. Takže mi to přijde zbytečné.
Ú6: Například tady máme i položky jestli pro komunikaci s daným klientem máme sjednávat tlumočníka nebo jestli máme zprostředkovávat piktogramy a to si myslím, že na to se nemusíme kolikrát pacienta ptát, ale vydedukujeme to už z komunikace.
Ú3: Třeba i u té neverbální komunikace, taky by se tam dalo vepsat spousta věcí než jen nedotýkat se hlavy.
Návrhy na změnu
Ú2: Myslím si, že pokud by bylo možné ze strany nemocnice zajistit tlumočníka pro první rozhovor a ten by proběhl vyčerpávajícím způsobem za použití například i tohoto návrhu, tak by se předešlo mnoha procesním problémům v rámci ošetrovatelské péče.
Ú1: Bylo by dobré dát kontakt na nějakou osobu blízkou, které budou ty informace sdělené. To je typické myslím třeba u Romů, když jich přijde velká skupina a je zvolen jeden člen, tak je prostředníkem mezi pacientem, zdravotníkem a zbytkem rodiny.
Ú5: Ono to je trošku odlišný ten léčebný postup a diagnóza, ale pravda je, že by se to mohlo sloučit.

<p>Ú6: Mě v této souvislosti napadá, jestli by nebylo vhodné i rovnou zakomponovat nějaký kód, například pro telefonickou komunikaci a opravdu vyloženě tam dát položku komu můžeme sdělovat informace.</p>
<p>Ú4: Komunikace, jazyk, kterým se dorozumí, tam mají být brány jako nejčastější? Protože já bych tam dala jen kolonku na vypsání. Volnou odpověď, protože jazyků je spousta a proč do dané dokumentace zvolit jen 4 a ostatní ne? Nechala bych jen tečky.</p>
<p>Ú1: U neverbální komunikace nevím, jestli bych taky nenechala třeba jen tečky.</p>
<p>RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ</p>
<p>Plusy</p>
<p>Mínusy</p>
<p>Ú2: Jak máme oblast nebo doménu rizikové chování a máme v tom vlastně zařazené kouření, alkohol a očkování. Já úplně si nemyslím, že by to bylo rizikové chování toho pacienta.</p>
<p>Ú4: U očkování si myslím, že se ho nikdo neptá. To mi přijde zbytečný.</p>
<p>Ú2: I třeba u toho kouření mi chybí například marihuana, někdo může kouřit anebo když už tam máte žvýkačí tabák, cizinci mohou žvýkat i koku, listy koky, takže bych tam taky uvedla položku jiné nebo nějaký širší rozsah.</p>
<p>Návrhy na změnu</p>
<p>Ú2: Co se týče toho očkování, možná bych to specifikovala, protože aspoň od jakého období nebo jestli se jedná o běžná dětská očkování nebo očkování proti rakovině děložního čípku. Trošku bych to specifikovala, abychom dostali jasnější odpověď, odpověď jakou skutečně chceme. Pokud je pro nás očkování důležitý, tak bych tam přesně vymezila onemocnění, na která chceme získat odpověď, ale podle mě toto je velmi široké.</p>
<p>Ú6: Já si ještě myslím, že zrovna to očkování by třeba nebylo úplně špatný mít v téhle doméně praktiky zdravotní péče, že vlastně tam zjišťujeme obvodního lékaře, tak tam by vlastně to očkování mohlo být také místo v tom rizikové chování.</p>
<p>PRAKTIKY ZDRAVOTNÍ PÉČE</p>
<p>Plusy</p>
<p>Ú6: Analgetika a transfuze, to je jasné</p>
<p>Mínusy</p>
<p>Ú7: Třeba i návštěva léčítele. Jo je to super vědět, že navštěvuje léčítele, určitě v jiných kulturách se to upřednostňuje více než odborná medicína, ale myslím si, že v nemocnici bychom s tou informací neuměli dál pracovat. Představa pozvat si léčítele do nemocnice? To nejde. A sami i doktoři, protože pochybuju, že vědí jak kombinovat přírodní medicínu s tou jejich, tak to stejně neskombinujou, takže to nám vlastně ty informace budou k ničemu. Takže léčítele a zdravotní pojištění tam je podle mě fakt zbytečný, protože to prostě se musí zjišťovat už při příjmu. Takže než se dostaneme k sesterský dokumentaci, tak už při úvodním psaní do počítače vím, zda je pojištěná či nikoli a musím to řešit.</p>
<p>Ú5: Nevím proč třeba zjišťovat návštěvu zubaře. To by pak bylo dobré mít pro obory tu dokumentaci trochu modifikovanou, aby se zbytečně nezjišťovaly nepodstatné informace ve chvíli, kdy se to netýká hospitalizace. Takže jasně, na zubním můžeš vynechat například mamograf a naopak.</p>

Ú1: Přírodní medicína. Myslím si, že je to fajn že se těch lidí někdo zeptá, ale v nemocnici to není ještě tak pokročilý, aby to někoho zajímalo. Ty naši doktoři si nasadí léčbu stejně jakou chtějí oni. Nevím, jak by se to využilo v praxi, když by ten člověk řekl, že chce používat přírodní léčbu. To si myslím, že ne.
Ú2: V kategorii Prevence chceme zjistit, jestli chodí k lékaři nebo jestli má praktika? Ale to bychom se správně měli ptát už při příjmu a zanášet do Medey koho má praktika, ale nezjistí se, jestli tam chodí.
Ú4: Přírodní medicína to taky nevím, jestli tam nechávat, to se mi zdá taky zbytečný.
Návrhy na změnu
ROLE A ORGANIZACE V RODINĚ
Plusy
Ú6: Role a organizace v rodině, to mi přijde jasný
Mínusy
Ú1: Hlava rodiny si neumím představit, že bych se ptala pacienta, nebo člena rodiny, kdo je u vás v rodině hlava, ale to je možná kvůli tomu, že jsem se nikdy nepotkala s člověkem, který by měl takové jiné potřeby, nebo jiné náboženství, abych to musela řešit. Možná pro ně to důležitý je, ale pro nás by to podle mě bylo zvláštní se o tom bavit.
Ú4: Nechápu, proč mě zajímá, když ten pacient je hospitalizovanej, kdo je u nich hlava rodiny. Vždyť ty se ho zeptáš na pár věcí. A proč by mě mělo zajímat kdo je hlava rodiny?
Návrhy na změnu
Ú2: Vlastně je tam doména role a organizace v rodině, hlava rodiny, rozhodování o léčbě, jestli by tam třeba taky ještě nebylo vhodné doplnit položku já nevím například tchyně nebo nechat to na takové té volnější bázi
Ú3: Já jsem právě myslela, že by bylo vhodné i třeba jak je ta role a organizace v rodině, že by se tam někam hodil kontakt na nejbližší osobu nebo komu volat, kdyby bylo potřeba.
Ú7: Jak je tady role a organizace v rodině, rozhodování o léčbě a ještě předtím v té komunikaci je tam léčebný postup sdělit a diagnózu sdělit, jestli by to nešlo nějak jako sloučit, protože mi přijdou tyto tři body tak jako dost podobné nebo jak to mám říct.
SPIRITUALITA
Plusy
Ú6: Spiritualita mi přijde v pohodě.
Mínusy
Ú4: No a požadavky na náboženství by se řešili jak? To my bychom jim domlouvali kněze kdyby chtěli? To pochybuju, že to máme na oddělení pro budhisty, já myslela jen pro křesťany.
Návrhy na změnu
TĚHOTENSTVÍ
Plusy
Mínusy

<p>Ú5: Jde o to, že pokud já budu mít gerontologickou pacientku, tak se jí nebudu ptát na oblast prenatalní prohlídky. Spíš takhle bych to vzala. Nebo by to mohlo být, aby nebyl další papír, dát kolonku nehodí se, nevyplňovat.</p>
<p>Ú2: Poskytovatelé zdravotní péče je mi jasný, těhotenství jasný. Myslím si ale, že prenatalní prohlídky a pro těhotné by měly být řešeny jen na gynekologii, ne například na ORL. Udělala bych specifické pro obory. A nebo vyplíte pouze v případě, že. ..</p>
<p>Ú3: Jak je ta doména těhotenství a prenatalní prohlídky. To tam z té průkazky, pokud bude žena těhotná a bude mít průkazku, musím vypsát všechny termíny prenatalní prohlídky, nebo co se chce právě v tomhle bodu? To moc nechápu.</p>
<p>Návrhy na změnu</p>
<p>Ú2: My se ptáme vlastně v doméně na graviditu a paritu a o dvě domény nad tím máme doménu praktiky zdravotní péče, kde hnedka vlastně jako první položku v této doméně začínáme otázkou, zda podstoupily klientky mamografii. Když se na to vizuálně podívám, tak možná bych uspořádala jinak ty jednotlivé otázky a zároveň aby třeba i ta doména navazovala na tu doménu těhotenství, aby skutečně jak když ta gynekologická anamnéza byla shrnutá u sebe a například tu doménu poskytovatelé zdravotní péče bych dala třeba až jako poslední.</p>
<p>Ú3: Jelikož pracuji na porodnicko-gynekologickém oddělení, tak vlastně s těhotnými ženami vyplňujeme trošku jinou příjmovou dokumentaci než s gynekologickými klientkami, tak jestli neudělat dokumentací více. Pro těhotné, pro gynekologické pacientky, na chirurgii, a tak dále.</p>

Diskuse ve focus group 1 byla konstruktivní a přinesla velké množství poznatků a zpětnou vazbu na pilotní záznam ošetrovatelské péče. Nejvíce diskutovanou oblastí byl **dokument** jako takový, jeho struktura, obsah a koncepce. Ohlasů, které byly zařazeny do kategorie mínusy, bylo více než těch pozitivních. Jednalo se však převážně o vyslovení nesrozumitelnosti, nejasností, nejednalo se o zcela negativní názory na předložený pilotní ošetrovatelský záznam. Účastnice se vyjadřovaly jak k formální, tak k obsahové stránce předloženého záznamu. Po formální stránce se účastnicím zdál dokument nepřehledný, málo strukturovaný a s nedostatkem prostoru pro vypsání odpovědí. Dále doporučovaly neuvádět tolik možností, kolik je uvedeno, ale u většiny položek nechat prostor na vypsání odpovědi vlastní. Základním kritériem pro ně bylo to, aby byl záznam přehlednější, méně naplněný textem.

Po obsahové stránce se opakovaně objevilo tvrzení účastnic, že se předtím s podobným záznamem, zaměřeným na zjišťování informací o kulturních specifikách, nesetkaly a účastnice kvitovaly vytvoření předloženého záznamu a obsah položek, díky nimž se mohou zaměřit při sběru informací o klientovi i na takové oblasti, které dříve opomíjely a nepovažovaly je za důležité pro poskytování adekvátní péče.

Účastnice focus group 1 dále také uváděly, že jim není zcela jasné, v jakém případě by tento pilotní záznam ošetrovatelské péče využily a uvítaly by tedy i uživatelský manuál, který by jim pomohl v nejasných situacích se zorientovat a přizpůsobit tomu sběr informací

od klienta. Nebylo jim jasné, zda je záznam určený pro Čechy, pro cizince, nebo jestli záleží na náboženství, které klienti vyznávají. Tato připomínka souvisí i s požadavkem vytvořit jeden záznam pro všechny klienty, který by se zaměřil na zjištění případných kulturních specifik.

V poslední řadě mezi mínusy patřilo také to, že některé položky jsou duplicitní s položkami v jiném dokumentu, který účastnice používají při sběru informací od klientů ve zdravotnickém zařízení.

Administrativní zátěž zdravotníků neustále narůstá, ošetrovatelská péče se musí pravidelně zaznamenávat, což je pochopitelné a odůvodněné pro evidenci poskytnuté péče, ale i zejména jako podklad pro případné soudní spory. Z výše uvedeného vyplývá, že účastnice focus group 1 se shodovaly v tom, že by pro všechny klienty byl vytvořen jeden dokument, který by obsahoval i položky pro získání informací o kultuře, náboženství, tradicích a komunikaci.

V doméně **výživa** byla nejvíce diskutována položka „zakázané potraviny“ a účastnice focus group navrhovaly jinou formulaci, která by dle jejich názoru zahrnovala i potraviny, které klienti nejedí ať už z důvodu alergie nebo například z náboženských důvodů nebo i z důvodu, že jim některé potraviny nechutnají nebo jim nedělají dobře. Další doporučení týkající se oblasti výživa bylo podnětem k přidání informace o nutričním terapeutovi, zda je potřeba a zda byl či nebyl kontaktován.

V doméně **komunikace** nebylo některým účastnicím focus group jasné, co je myšleno výrazy „diagnózu sdělit“ a „léčebný postup sdělit“. Účastnice vyjadřovaly obavy, že by si nevěděly rady, jak při vyplňování záznamu s klientem tyto informace zjišťovat. S touto problematikou souvisí i kontaktování osob blízkých a účastnicemi bylo doporučeno udělat v navrženém záznamu více prostoru pro vypsání kontaktu na osobu či osoby, kterým se mohou podávat informace a zároveň s tím i vytvoření prostoru pro heslo pro telefonickou komunikaci. Účastnice se v rámci domény komunikace dotkly i služeb tlumočnicka, kdy bylo navrženo, aby zdravotnické zařízení zajišťovalo tlumočnicka alespoň pro vstupní vyšetření, které může být klíčové pro navození důvěry mezi klientem a ošetřujícím personálem a také by se zároveň mohlo předejít procesním problémům v rámci ošetrovatelské péče.

V doméně **rizikové chování** byla dvě hlavní témata, ke kterým se účastnice vyjadřovaly. Prvním z nich bylo kouření a druhým tématem bylo očkování. Účastnice 2 uvedla, že k položce kouření je málo nabízených odpovědí a doporučila přidat další varianty. Druhým tématem, ke kterému se účastnice vyjadřovaly, bylo očkování. Zde se názory rozcházely. Účastnice 4 uvedla, že zjišťovat informace o očkování je zbytečné, protože ani

nyní se na to klientů při hospitalizaci nikdo neptá. Jiná účastnice (Ú2) měla odlišný názor, protože uvedla, že informace o očkování mohou být v souvislosti s jistým onemocněním klíčové. Mezi návrhy na změnu zazněl názor, že by problematika očkování mohla být přesunuta do domény praktiky zdravotní péče, jelikož očkování za rizikové chování v žádném případě nepovažují. Zjišťování informací o očkování považujeme za podstatné z důvodu, že se začínají opět objevovat nemoci, proti kterým bývaly dříve děti očkované a poté se již očkovat přestalo. Jedná se například o plošné očkování proti tuberkulóze, které bylo Vyhláškou č.299/2010 Sb s účinností od 1. 11. 2010 bylo zrušeno a nyní se očkují pouze rizikovní novorozenci (Vyhláška 299/2010). Otázka očkování proti vybraným onemocněním může být také podstatná v souvislosti s výskytem prekanceróz a karcinomů. Například v gynekologii, kdy je možné podstoupit očkování proti infekci lidským papilomavirem (HPV), je zjišťování informací o očkování na místě.

V kategorii **praktiky zdravotní péče** vyvolala největší diskusi u účastnic položka zaměřená na využití přírodní medicíny a léčitelství. Účastnice focus group 1 se vyjadřovaly spíše pesimisticky a tato položka se jim v pilotním záznamu ošetrovatelské péče zdála zbytečná, jelikož i když klienti uvedou, že přírodní medicínu využívají, důvěřují jí a navštěvují léčitele, tak v českém prostředí s tím lékaři a nelékaři pracovat dále neumí a neumí tyto prostředky začlenit do plánu péče o daného klienta. Právě tuto výpověď považují na jednu stranu za klíčovou při zjišťování názorů na poskytování multikulturní či transkulturní péče, aniž bych se na názory a postoje ptala přímo. Domnívám se, že neschopnost pracovat s informacemi a zkušenostmi klientů s léčitelstvím a přírodní medicínou není důvod se na tyto oblasti nedotazovat. Naopak, měla by to být výzva a motivace pro ošetřující personál a šance na poskytování kulturně kompetentní péče.

Další názor k této doméně se týkal zjišťování informací od klientů o tom, kdy byly naposledy na preventivních prohlídkách. Podle Účastnice je toto aktuální až dle oddělení a onemocnění, kvůli kterému se klienti přijímají a zdá se jí zbytečné zjišťovat například na ORL, zda žena byla na mamografii a naopak. Vzhledem k tomu, že je ale připravován jednotný záznam ošetrovatelské péče, domníváme se, že by tyto informace měly být jednotné pro všechny typy pracovišť.

V kategorii **role a organizace v rodině** nebyla některým účastnicím jasná položka hlava rodiny. Respektive neviděly důvod, proč tuto informaci zjišťovat a jakým způsobem se na to klientů ptát. Dvěma účastnicím (Ú1 a Ú4) se zdá zbytečné zjišťovat, kdo je hlava rodiny, ale pravděpodobně z důvodu, že nemají zkušenosti s péčí o klienty jiného etnika. Jiná účastnice (Ú2) se vyjadřovala spíše k formální stránce, kdy doporučila nechat volnou

odpověď u položky hlava rodiny, jelikož variant odpovědí může být více, než těch, které jsou předdefinované. Dále doporučila, aby zde byla doplněna položka kontaktní osoby a nebo informace ohledně hlavy rodiny zanést k informacím, kdy je zjišťováno, komu sdělit léčebný postup a diagnózu. Zjišťování hlavy rodiny může být podstatné v rozhovorech s lékaři o zdravotním stavu klienta, plánu péče, apod., zejména je-li rodina početnější. Zvolením hlavy rodiny se dá předcházet různým problémům, kdy například příslušníci romské minority chodí navštěvovat nemocného člena ve velkém počtu a tím mohou být hlučnější a rušit klid a chod oddělení. Zpravidla hlava rodiny následně komunikuje s celou rodinou a ta na jeho doporučení dá.

Spiritualita patřila do nejméně diskutovaných oblastí. Kladný názor účastnic byl vyjádřen tím, že tato položka je „v pohodě.“ Do mínusů byl zařazen výrok účastnice 4, která se vyjadřovala k zajišťování duchovních služeb. Nebylo jí jasné, jakým způsobem mohou být duchovní služby poskytnuty například budhistům.

Mezi negativní názory pro doménu **těhotenství** patřily informace týkající se prenatalních prohlídek. Některým účastnicím se jevilo zbytečné tuto informaci zjišťovat u netěhotných žen. Další účastnice (Ú2) vyjádřila shodný názor, že prenatalní prohlídky jsou záležitostí velmi specifickou a že není potřebné je zjišťovat na všech typech oddělení. Bylo zde dáno doporučení, aby byly dokumentace mírně modifikované právě dle oddělení. Položka prenatalní prohlídky nebyla pochopena také po stránce správného vyplňování. Účastnice 3 uvedla, že neví, zda by měla vyplnit všechny návštěvy, které klientka v prenatalní poradně absolvovala, nebo co má vlastně vypisovat. Jeden názor byl k formální stránce a uspořádání jednotlivých položek.

Celý průběh focus group 1 byl velmi podnětný a přínosný pro další úpravu pilotního záznamu tak, aby byl uživatelsky co nepřívětivější a aby zjištěné informace byly užitečné a využitelné v ošetrovatelské praxi. Přípomínky účastnic focus group 1, potažmo i focus group 2, byly autorkou práce opakovaně pročítány a brány v potaz při úpravě pilotního záznamu. Některé položky, které se v pilotním záznamu vyskytovaly, byly vymazány, některé byly rozšířeny a některé byly přeformulovány. Podrobně k úpravám viz kapitola 11.3.

11.4.2 Výsledky focus group 2

Průběh focus group 2 byl nahráván a následně byla provedena doslovná transkripce audionahrávky. V Tabulce 62 jsou uspořádány doslovné výpovědi jednotlivých účastnic dle kategorií tak, jak se vyskytovaly v navrženém ošetrovatelském záznamu a v každé kategorii

jsou, dle subjektivního vnímání autorky práce, uvedeny plusy, mínusy a návrhy na změnu, stejně jako u focus group 1.

Focus group 2 s manažerkami ošetrovatelské péče bylo kromě vyjádření názorů účastnic například na plusy a mínusy záznamu, přehlednost, výtěžnost získaných informací a srozumitelnost jednotlivých položek, zaměřené zejména na vhodnost záznamu pro začlenění do stávající dokumentace. I z tohoto důvodu jsou výpovědi jednotlivých účastnic směřované více na organizační zajištění v nemocničním prostředí, v ošetrovatelské praxi, nežli na samotné jednotlivé aspekty pilotního záznamu ošetrovatelské péče. Výpovědi jednotlivých účastnic focus group 2 jsou označeny I1 – I5 (Informant 1- Informant 5).

Tabulka 61 Výsledky Focus group 2

VÝSLEDKY FOCUS GROUP 2	
DOKUMENT	
Plusy	
I1:	Dle mého názoru je to dobrý nápad vytvořit záznam péče o cizince. Takový u nás na oddělení nemáme. Teď jak na to tak koukám, tak by bylo hezké mít přehled zvyků a takovýchto výjimek o u nás nejčastějších národností. Myslím, že hlavně sestřičky by to uvítaly.
I3:	No, jako já si myslím, že je to užitečné. Souhlasím s obsahem, i když ne vše je možné v běžném provozu zajistit.
I4:	Je to ostuda, ale já jsem vůbec nevěděla, že taková specifika mohou u lidí z jiné země být, to samé i u náboženství. Komu se nemá sahat na hlavu a ramena? Tím pádem toto velmi oceňuji. Líbí se mi, že jsou předpřipravené kolonky a možnosti odpovědí, člověk nemusí nic vypisovat nebo vymýšlet jak formulovat odpověď. Mohlo by to usnadnit prvotní zjišťování informací. Možná bych řádky trochu roztáhla, aby dokument působil vzdušněji a přehledněji, třeba i barevně bych ho upravila.
Mínusy	
I2:	Musím souhlasit s kolegyněmi, že je to dobrý nápad, ale naopak mi struktura přijde nepřehledná, text je „nahečmaný“. Nechala bych více místa pro psaní.
I5:	Pacienty z jiných zemí jsme samozřejmě měli a největší problém je jazyková bariéra. V tomto navrženém dokumentu se dá zjistit hodně informací, ale co když pacient nebude umět česky a nebude mít sebou tlumočnicka? Tak nám to vlastně žádný problém nevyřeší.
Návrhy na změnu	
I5:	Nápad hodnotím taky jako dobrý, ale mám problém, že je to další dokument navíc. Kdyby se informace z jednotlivých dokumentů sjednotily, bylo by to praktičtější. Ale zase proč zjišťovat u Čechů takové nějaké odlišnosti? Nevím no. Určitě bych toto ráda viděla na svém pracovišti.
I4:	Souhlasím s tím, že byrokracie narůstá a myslím si, že některé informace jsou shodné s informacemi v jiných dokumentech. Kdyby se ale dokument s jiným nesloučil, bylo by potřeba definovat, kdy ho vzít a použít, zda u cizinců či na základě náboženského vyznání. Jakože u koho.
I2:	Komunikační karty by měly být ve více jazycích, to si myslím, že by určitě pomohlo. To sice úplně nesouvisí s touto dokumentací, ale napadá mě, že by i tento příjmový záznam mohl být ve více jazycích. Hlavně vietnamština, mongolština jakoby tyhle dvě, protože tady jich je nejvíce a pak sem přijdou a chceme se zeptat na základní věci, například jak funguje zažívání, zda odchází větry, a není možné se s nimi domluvit. Například i jaký bude předoperační průběh, pooperační,

kdy bude pacientka vstávat po operaci, zeptat se jestli to bolí a mít někde shrnutý základní věci, který se pacientkám říkají. A pak když ta žena přijde, tak se to jen vytáhne, ukáže se jí to a ona bude vědět a trochu se na základních věcech bude dát domluvit. Protože pak je to třeba průšvih, oni neumějí ani slovo, dobře, volá se tlumočnick, ale kolikrát to je taky problém ho sehnat.
VÝŽIVA
Plusy
I1: Mně se to jeví jasné a srozumitelné, vím, co tím zjistím a jak s tím dál pracovat.
Mínusy
Návrhy na změnu
I2: V kategorii výživa si myslím, že je lepší místo slova nápoj používat slovo tekutiny a zde v teplotě nápoje bych místo studená napsala radši pokojová. Do zakázaných potravin bych doplnila hovězí maso.
I4: Jak je ve stravě možnost nemocniční a domácí stravy, dopsala bych ještě vlastní, protože některý lidi si nechávají nosit jídlo odkudkoliv.
I3: Chápu, že teplota nápoje je důležitá pro některé lidi, ale není moc v silách sestřiček kontrolovat teplotu nápoje. Samozřejmě když někdo požádá o ohřátí, není to většinou problém.
KOMUNIKACE
Plusy
I5: Líbí se mi, že se zjišťují informace o tom, komu sdělovat informace a kdo bude rozhodovat o léčbě. U českých pacientů je to dáno informovaným souhlasem, což u pacientů odjinud taky, ale ani jsem nikdy nepřemýšlela nad tím, že v souvislosti s jinou národností by tomu mohlo být jinak a pacient by si nepřál o sobě rozhodovat. Takže určitě super.
Mínusy
I3: Jak již bylo řečeno v úvodu, hlavní mínus vidím v tom, že pokud nebude pacient nebo pacientka a potažmo personál rozumět a mluvit v jiném, než v českém jazyce, bude to celé jeden velký problém. Když nad tím přemýšlím, měli bychom aktualizovat a možná i rozšířit seznam tlumočnicků. Ve všední den to ještě jde sehnat někoho, kdo by tlumočil, ale o nočních službách, o víkendech a o svátcích vím, že je to velmi problematické až troufám si říct, nemožné. Sestřičky mají v mobilech možnost v překladačích něco si namluvit nebo napsat a nechat přeložit, to je výhoda téhle generace, takže pro rychlé zjištění informací je to výhodné, ale chtělo by to i odborníky.
Návrhy na změnu
I3: V kolonce komunikace bych nechala na výběr pouze češtinu a angličtinu a prostor na vypsání dalších jazyků, protože v dnešní době chodí do nemocnice různý lidi a těch jazyků může být spousta.
I1: V Komunikaci souhlasím s tím, co tady bylo už nyní řečeno, že je zbytečné mít v jazycích, kterými se jedinec dorozumí tolik možností, protože ten jazyk může být jakýkoliv jiný a základ je angličtina. U neverbální komunikace mi přijde zbytečná možnost nedotýkat se hlavy a ramen, to si myslím, že není požadavek mnoha lidí. A to stejné nedívat se přímo do očí, to bych vymazala a nechala jen prostor na vypsání případných dalších přání.
I2: Taky bych přidala v té samé kategorii u diagnózu sdělit a léčebný postup sdělit variantu, že nikomu. U tabu témata u krvácení bych dopsala z rodidel, pokud je to u žen, to nás asi bude zajímat nejvíce.
I4: Ještě by bylo dobrý dopsat do kolonky komunikace smluvní tlumočnick a kontakt na něj. Nebo pokud je tlumočnick známý nebo rodinný příslušník tak taky.

RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ
Plusy
Mínusy
Návrhy na změnu
I2: Rizikové chování obsahuje alkohol, kouření, to je srozumitelný, akorát u očkování by mohla být ještě možnost ano a ne. A potřebujeme vůbec toto vědět v rámci ošetrovatelského vstupního zhodnocení sestrou?
I5: Já si myslím, že očkování je podstatná informace, zejména u některých onemocnění.
I3: Jestli to ale není věc lékaře, pro sestry to podle mě úplně důležité není.
PRAKTIKY ZDRAVOTNÍ PÉČE
Plusy
Mínusy
I4: Problematika využití léčitele, jak již bylo řečeno, myslím si, že v našich podmínkách s touto informací neumíme a asi ani nemůžeme pracovat. My to můžeme vědět, ano, návštěva léčitele, ale k čemu nám to jako bude?
Návrhy na změnu
I1: Spíše než zjišťovat, jestli se přírodní medicína využívá a kdy, tak by bylo lepší zjišťovat, jakou přírodní medicínu užívají.
I2: Kromě mamografie, pokud to jsou mladé ženy, se může uplatnit i ultrazvuk prsou, takže bych tam doplnila ještě ultrazvuk kromě mamografie.
I4: Přírodní medicína, využívá, nevyužívá, spíš jako, jestli potřebují přírodní léky a v jaké formě.
ROLE A ORGANIZACE V RODINĚ
Plusy
Mínusy
I1: Je sice fajn zjišťovat, kdo bude rozhodovat o léčbě, ale je to pro nás právně závazné?
I4: S tím musím souhlasit, protože pacientka třeba řekne, že o léčbě bude rozhodovat její manžel, ale my bychom měly řešit spíše ošetrovatelské věci. Nevím, jak by se lékaři tvářili na to, aby řešily léčebný postup ne přímo s pacientkou. A abych mluvila za svoje sestřičky, tak si také neumím představit, jak by plán ošetrovatelské péče řešily místo s pacientkou například s jejím rodinným příslušníkem. Tady by se asi striktně musely vymezit konkrétní situace.
Návrhy na změnu
I3: Jak to poslouchám, tak je pravda, že tato informace je asi dost zásadní pro některé národnosti, ale myslím si, že rozhodování o léčbě nesouvisí s péčí sestřiček. A nevím, k čemu jim bude informace o tom, kdo je hlava rodiny. Takže tuto kategorii bych zde ani nemusela mít.
I5: Také bych tuto kategorii vymazala.
I2: Souhlasím s tím, co říkají kolegyně.
SPIRITUALITA

Plusy
Mínusy
Návrhy na změnu
I1: Hospitalizace během náboženských svátků, tak celou tuto věc bych smazala, to mi přijde zbytečné, protože my těžko můžeme mít vliv na to, kdy bude pacient hospitalizovaný.
I2: Zde bych doplnila ještě kněz u lůžka, protože ne všichni jsou schopný někam dojít a ještě bych tam dopsala zájem o duchovní služby. Nejsem si jistá, zda jsme schopný všem vyhovět, ale určitě se o to můžeme pokusit.
I3: Ano, to je pravda, hospitalizace během svátků, které jsou pro daného jedince podstatné, to my prostě neovlivníme a ani skladbu pacientů, pokud nejsou volné pokoje. A i například představené jednotlivých náboženství, k tomu nemáme přístup sehnat například rabína. Nevidím problém v tom, když daný duchovní přijde do nemocnice, ale nevím, kde já jako staniční bych ho sháněla.
I5: Je zde výčet náboženství, které může pacientka vyznávat, ale co pak dál, když se dozvím, že je třeba buddhistka? Já si to sice poznamenám, ale co pak s tím dál? To by chtělo ještě podle náboženství pak dále specifikovat co k tomu potřebují a nebo co je pro ně a pro nás přijatelné či nepřijatelné, aby to nebylo v rozporu s chodem oddělení.
POSKYTOVATELÉ ZDRAVOTNÍ PÉČE
Plusy
I1: Souhlasím, to je podstatné i pro některé české pacienty.
Mínusy
Návrhy na změnu
TĚHOTENSTVÍ
Plusy
Mínusy
I3: Za mě je problematika těhotenství široké téma a myslím si, že tady se zjišťují věci, které by si zasloužily více prostoru.
Návrhy na změnu
I3: Celou problematiku těhotenství bych podrobněji rozebrala pouze u těhotných žen, u ostatních pacientů mi to přijde zbytečné zjišťovat.
I1: S tím souhlasím, co zde tvrdí kolegyně. Proč bychom měly zjišťovat u netěhotných žen takovéto informace ohledně prenatalních prohlídek a tak dále. Tudiž taky bych toto do dokumentace nedávala.
I2: Ano, myslím si totéž.
I4: Jo, to je fakt. Na druhou stranu když už pacientka těhotná bude, tak by bylo podle mě třeba to trochu předělat, jakože abychom měli víc prostoru pro vyplnění. Tady sice je dotaz na prenatalní prohlídky, ale není mi třeba jasné, co bych tam vypisovala. Kdy naposledy? Nebo vypsát všechny prohlídky? To si myslím, že důležitější jsou informace například ohledně týdne těhotenství, kontrakcí, odtoku plodové vody a tak dále.

I5: Já musím souhlasit s kolegyněmi, mnohem důležitější je pravděpodobně zjišťovat jak se těhotná cítí, zda cítí pohyby miminka, zda má nebo nemá kontrakce, než to, co je zde uvedené, i když chápu, že pro některé cizinky to důležité také je, aby byly splněny jejich přání na osobu u porodu a péči o dítě.

V pozitivních ohlasech na **záznam jako takový** zazněly názory, že je užitečné zjišťovat informace o pacientech z jiných zemí. Ne všechny manažerky ošetrovatelské péče a ne všichni nelékařský zdravotnický personál má přehled o kulturních specifikách lidí z jiných zemí a proto vytvoření takového záznamu kvitují. Informantka 1 navrhla vytvoření stručného přehledu zvyků a specifik u etnik, které se v České republice vyskytují nejvíce, jelikož by to mohlo usnadnit ošetrovatelskou péči o pacienty z jiného kulturního prostředí. Informantka 3 pozitivně hodnotila užitečnost dokumentu, ale není si jistá tím, zda je možné vyhovět všem přáním a požadavkům klientů vyplývajících z jejich kulturních specifik z provozních důvodů. K vizuální stránce se vyjadřovalo více účastnic focus group 2. Informantka 4 pozitivně hodnotila předpřipravené možnosti odpovědí, ale nechala by více místa i pro vypsání dalších variant odpovědí a navrhovala využití barevného rozlišení v záznamu pro lepší přehlednost. Informantka 2 uvedla, že text je příliš stísněný, písmo „nahečmané“ a taktéž by nechala více místa pro psaní volné odpovědi.

Co se týče mínusů, jedním z problémů, které spadají i do organizačních záležitostí, byl jazyk záznamu. Pilotní ošetrovatelský záznam je navržený v českém jazyce a účastnice ve focus group debatovaly o tom, jak by se záznam vyplňoval s pacientem, který nebude český jazyk ovládat a nebude sebou mít tlumočníka. Tohoto jsme si také vědomy a do budoucna by bylo výhodou a přínosem vytvořit záznam ve více jazycích.

Mezi další návrhy k úpravám zaznělo sloučení tohoto záznamu, dokumentu, s již používanou dokumentací. Informantka 5 uvedla, že by stávající dokumentace sloučila, ale že si myslí, že u českých pacientů tolik specifik v poskytování péče nebude. Informantka 4 byla také pro sloučení se stávající ošetrovatelskou dokumentací, ale zároveň uvedla, že kdyby ke sloučení nedošlo, bylo by nutné přesně definovat, u kterých pacientů a za jakých okolností tento dokument použít. Zda pouze u pacientů z jiných zemí, nebo i například u Čechů vyznávající nějaké náboženství. Tyto odpovědi se do jisté míry shodovaly s odpověďmi účastnic ve focus group 1. Celkově je toto hodnocení námi považováno za konstruktivní kritiku a pilotní záznam ošetrovatelské dokumentace byl shledán jako málo přehledný s minimálním prostorem pro vypsání dalších odpovědí a bylo zapracováno jak na vizuální stránce, tak na obsahové.

V kategorii **Výživa** bylo několik málo připomínek k obsahové stránce a dvě doporučení k úpravám po jazykové stránce, kdy Informantka 2 navrhovala změnit slovo „nápoj“ na „tekutiny“ a místo teploty nápoje „studená“ použít slovo „pokojová.“ Po obsahové stránce bylo navrženo doplnit do zakázaných potravin ještě na výběr hovězí maso a ke stravě doplnit možnost vlastní stravy. Informantka 3 vyjádřila názor, že není v silách nelékařského zdravotnického personálu hlídat teplotu nápoje, kterou pacienti preferují.

V kategorii **Komunikace** je pozitivně hodnocena problematika toho, komu se sdělí informace a kdo může rozhodovat o léčbě.

Mínusy v oblasti komunikace byly do jisté míry shodné s mínusy a návrhy na změnu pro celý pilotní záznam ošetrovatelské péče a týkaly se zejména jazyka a dorozumívání se. Informantka 3 uvedla, že pokud pacient a nebo i personál ve zdravotnickém zařízení nebude rozumět a mluvit v jiném než českém jazyce, bude to velký problém. Informantka 4 s ní v tomto souhlasila a doporučila doplnit do záznamu možnost kontaktu na tlumočníka.

Dvě účastnice focus group 2 shodně uvedly, že výčet jazyků, kterým se pacient dorozumí, je zbytečně velký a nechaly by buď pouze češtinu a angličtinu anebo prostor pro vypsání vlastní odpovědi, jelikož jazyků může být velké množství a předdefinované varianty by vše neobsáhly. Informantka 1 navíc ještě uvedla, že u neverbální komunikace by vynechala předdefinovanou variantu odpovědi nedotýkat se hlavy a ramen a nedívat se přímo do očí. Domnívá se, že toto požaduje minimum lidí. Další doporučení pro úpravu bylo doplnit navíc odpověď, že diagnóza a léčebný postup se nesdělí nikomu. Ve zdravotnických zařízeních jsou k dispozici seznamy tlumočnicků, kteří mohou v případě potřeby být kontaktováni. Problém ale nastává tehdy, je-li klient hospitalizován o víkendů či v nočních hodinách. Pak není téměř možné tyto tlumočnický kontaktovat. Další úskalí spočívá také v úhradě za služby tlumočníka. Každý klient si toto hradí sám a ne každý si to může finančně dovolit. Jako nejvíce vhodné se jeví, přivede-li si sebou klient někoho, kdo se dorozumí jak v českém jazyce, tak v jazyce klienta. Z hlediska etiky může nastat problém, tlumočí-li dítě pro rodiče informace ohledně zdravotního stavu. Je-li stav rodičů vážný, nemusí na tuto informaci být dítě zralé a připravené a lékaři by měli velmi dobře zvážit, zdali vůbec nechají takové informace tlumočit.

Výhodou dnešního světa plného moderních technologií, kdy téměř všechny osoby mají vždy u sebe mobilní telefon, může být využívání aplikací, které umí překládat slova nebo celé věty z různých jazyků do různých jazyků. Je tak možné se pomocí těchto aplikací dohodnout na základních věcech nebo zjistit informace nejvíce nutné pro danou péči.

Ministerstvo zdravotnictví, Odbor zdravotních služeb ministerstva zdravotnictví, připravil dvojjazyčné komunikační karty, které mají napomoci usnadnit komunikaci mezi českými zdravotníky a zahraničními klienty. Karty jsou v devíti jazykových mutacích a jsou tematicky rozděleny do pěti oblastí a to dětské lékařství, gynekologie a porodnictví, ošetrovatelství, vnitřní lékařství a seznam obtíží a strava. Každá karta obsahuje soubor otázek v českém jazyce, jejich překlad do cizího jazyka a také fonetický přepis výslovnosti v tomto jazyce (MZČR, 2016). Tyto karty jsou volně ke stažení a zdravotnická zařízení je tak mohou využívat.

Diskusi v rámci domény **Rizikové chování** vyvolala informace ohledně očkování, kdy některé účastnice uváděly, že toto není pro sestry stěžejní informace a pokud to důležité v danou chvíli je, měl by si tuto informaci zjišťovat lékař. Informantka 5 naopak uvedla, že v souvislosti s některým onemocněním by informace ohledně očkování měla být důležitá i pro nelékařský zdravotnický personál v rámci vstupního zhodnocení.

Otázka využívání přírodní medicíny a návštěva léčitele v kategorii **Praktiky zdravotní péče**, se účastnicím focus group zdála v našich podmínkách špatně uchopitelná. Uváděly, že nelékařští zdravotničtí pracovníci mohou zjišťovat, v jaké formě pacienti užívají přírodní medicínu, ale s informací, že navštěvují léčitele, nemají dále jak pracovat a tudíž jim to přijde zbytečné zjišťovat. Celá tato situace v našem zdravotnictví může být velmi problematická, může způsobit komplikace v plánu léčby konkrétních pacientů. Zdravotničtí pracovníci by jednoznačně měli brát v potaz návyky klientů související s jejich zdravím, stejně tak případná opatření a působení léčitele na jejich zdravotní stav.

Informantka 2 by doplnila k mamografii ještě ultrazvuk prsou, který se preferuje u mladších žen.

V kategorii **Role a organizace v rodině** se u účastnic opakoval názor, že o tom, kdo bude rozhodovat o léčbě, by mohlo být problematické jednak po stránce právní a také z hlediska zajištění odborné péče. Informantka 4 zastává názor, že léčebný postup by si měli řešit lékaři s pacientem, potažmo s rodinnými příslušníky a nelékařští zdravotničtí pracovníci by měli mít na starosti plány ošetrovatelské péče a jejich realizaci. Jak ale uvádí: „*Abych mluvila za svoje sestřičky, tak si také neumím představit, jak by plán ošetrovatelské péče řešily místo s pacientkou například s jejím rodinným příslušníkem. Tady by se asi striktně musely vymezit konkrétní situace.*“ Velmi podobný názor zastává i Informantka 3, která uvádí, že rozhodování o léčbě není v kompetenci nelékařského zdravotnického personálu a navrhuje toto ze záznamu vymazat. Tuto položku by ze záznamu vymazaly také dvě další účastnice focus group(I2 a I5). Informace o tom, kdo může rozhodovat o léčbě, se vyskytují

také v jiných dokumentech, které se ve zdravotnickém zařízení využívá a je součástí informovaného souhlasu s hospitalizací, který s klientem vyplňuje nelékařský zdravotnický personál při hospitalizaci. V tomto souhlasu je formulace ve smyslu, že pokud by klient nebyl ze zdravotních důvodů schopen vyslovit souhlas či nesouhlas s péčí, mohou za něho rozhodnout osoby, které klient uvede. I díky tomuto se domnívám, že vymazat položku o rozhodování v oblasti poskytované péče není správné.

Další diskutovanou oblastí byla kategorie **Spiritualita** a zejména položka hospitalizace během náboženských svátků. Informantka 1 uvedla, že není v silách sester ovlivnit termín hospitalizace a navrhuje vymazání ze záznamu ošetrovatelské péče. Informantka 3 s tímto výrokem souhlasí a dodává, že není mnohdy ani možné vyhovět se skladbou a pacientů na pokoji, pokud nejsou volná lůžka. Opět je nutné zdůraznit, že do hodnocení informantek vstupují zvyklosti pracovišť a je při nejmenším na zvážení, jaká opatření lze v budoucnu zavést, aby bylo možné některé oprávněné požadavky klientů akceptovat.

Mnohem více v této doméně však byla diskutována problematika zajišťování duchovních služeb a vyhovění dalším požadavkům, které by pacienti mohli mít v souvislosti s náboženstvím, které vyznávají. Informantka 5 uvedla, že je správné zjišťovat, jaké náboženství klienti vyznávají, ale neví, jak by se dál s touto informací pracovalo. Obává se, že některé požadavky by mohly zasahovat do chodu oddělení. Informantka 2 dodává, že by bylo dobré doplnit do záznamu k požadavkům ještě možnost kněz u lůžka a zájem o duchovní služby, jelikož ne vždy je pacient schopen někam dojít anebo se bohoslužba nekoná. Také dodala, že bohužel ne vždy jsou schopni požadavkům vyhovět, ale pakliže to jde, tak se snaží. Informantka 3 se vyjadřovala k danému tématu z organizačního hlediska, kdy uvedla, že rozumí potřebě duchovních služeb, ale neví, kde by sháněla například rabína, či jiné duchovní.

Ve zdravotnických zařízeních v zahraničí je již běžnou praxí, že zde mají prostory vymezené pro muslimy, pro křesťany, pro Židy a pro příslušníky dalších náboženství, ale v českých zdravotnických zařízeních je to spíše výjimkou. Z rozhovorů, které byly provedeny autorkou práce s příslušníky vybraných minoritních skupin, vyplynuly minimální požadavky v oblasti spirituality a pokud nějaké požadavky byly, pak si je klienti zabezpečovali sami (modlitební knížky, apod.) a chod oddělení narušen nebyl. Je možné, že zde se rodí obavy spíše z neznalosti a do jisté míry z předsudků, než ze samotné skutečnosti, že je hospitalizován vyznavač náboženství, které v České republice nepatří mezi časté.

Nejméně probíranou kategorií v rámci celé focus group 2 byla kategorie **Poskytovatelé zdravotní péče**. Pouze jedna účastnice (I1) vyslovila názor, že je podstatné i pro české

pacienty zjišťovat ke komu chodí, pokud jsou nemocní a od koho chtějí být ošetřováni, a proto je opodstatněné, aby tato otázka byla obsažena v pilotním ošetrovatelském záznamu.

V kategorii **Těhotenství** se názory jednotlivých účastnic téměř shodovaly v tom, že by problematika těhotenství měla být zjišťována pouze u těhotných žen a měla by být tedy ve zvláštním dokumentu a pokud by tomu tak bylo, měla by být více podrobná, aby zjistila vše potřebné. Například týden těhotenství, odtok plodové vody, děložní kontrakce, atd. V tomto předloženém dokumentu se zjišťují jen velmi obecné informace a Informantka 4 uvedla, že neví, co konkrétně by se mělo vypisovat například do položky prenatalní prohlídky. Informantka 5 uvedla, že je v danou chvíli mnohem důležitější zjišťovat aktuální zdravotní stav, jak se těhotná žena cítí, zda má děložní kontrakce, než informace, které jsou v navrženém záznamu zjišťovány nyní. Toto vše bylo vzato v potaz a v upraveném záznamu změněno. Informantkám bylo dáno za pravdu, že není důležité informace ohledně těhotenství zjišťovat u klientek, které nejsou těhotné a tudíž zjišťované informace byly v modifikovaném záznamu omezeny.

11.4.3 Shrnutí focus group 1 a focus group 2

Výpovědi všech účastnic focus group 1 a focus group 2 poskytly zpětnou vazbu na vytvořený pilotní záznam ošetrovatelské péče pro klienty z minoritních skupin. Na základě těchto výpovědí byl pilotní záznam upraven do podoby, která je nyní připravena pro ověření v praxi (viz Obrázek 8).

Po **formální stránce** byl dokument zcela přepracován. Pro lepší přehlednost a orientaci v textu je dokument barevný. Skládá se ze tří stran, kdy na první straně jsou domény tak, jako v Modelu (Purnell, 2005) plus kategorie vylučování a informace o léčivech v kategorii Praktiky zdravotní péče. Na druhé straně jsou kategorie, které se sice v Modelu nenachází, ale které se nacházely v dokumentaci využívané ve zdravotnických zařízeních a pro vstupní zhodnocení klientů jsou považovány za nezbytné. Jedná se o oblasti dýchání, bolest, spánek, a stav kůže. Na této straně je také záznam pro invazivní vstupy. Třetí strana je věnována škálám pro hodnocení rizik, konkrétně je zde škála pro hodnocení rizika vzniku dekubitů, rizika pádu, hodnocení soběstačnosti a riziko malnutrice.

Pro výběr odpovědí v přepracovaném záznamu zůstaly předdefinované varianty, ale i možnost dopsat odpověď vlastní, popřípadě předdefinovanou odpověď více specifikovat.

Po **obsahové stránce** byl dokument také upraven. Byl změněn název na *Záznam ošetrovatelské péče při příjmu*. Vzhledem k tomu, že častá připomínka účastnic focus group 1 i focus group 2 byla, že neví, v jakém případě záznam použít, byl záznam navržen tak, aby

nebylo třeba přemýšlet nad tím, zda ho využít či ne, ale aby byl použitelný u všech klientů bez ohledu na náboženství, které vyznávají a bez ohledu na národnost či etnickou příslušnost. Také z toho důvodu jsou zde navíc zjišťovány i informace, které byly zjišťovány i v jiných dokumentech, aby nevznikl záznam další, ale aby veškerá ošetřovatelská dokumentace byla sloučena do tohoto jednoho záznamu. Vyskytnou-li se specifika, která by mohla mít vliv na poskytovanou péči, měla by se po vyplnění tohoto záznamu ukázat.

V úvodu záznamu ošetřovatelské péče jsou zjišťovány informace o zemi původu, typu pobytu a jsou zde navíc oproti pilotnímu záznamu doplněny informace o alergii a typu příjmu k hospitalizaci.

Kategorie *Role a organizace* v rodině byla rozšířena o kontakt na osobu blízkou, možnost být informován o zdravotním stavu a o kontakt na osobu, která by rozhodla o léčbě v případě, kdy by klient nebyl schopen rozhodovat.

Kategorie *Komunikace* byla rovněž rozšířena. I přes vyjádření obav účastnic focus group 1 o zjišťování informací o hlavě rodiny u daného klienta a komu sdělit diagnózu a léčebný postup, nebylo toto z upraveného záznamu vymazáno, ale tyto položky byly zachovány. Z hlediska poskytování kulturně kompetentní péče je tato problematika nesmírně důležitá, zejména v některých kulturách a proto by nebylo správné ji nezahrnout. Dále byla kategorie komunikace rozšířena o vypsání kontaktní osoby, včetně hesla pro telefonickou komunikaci.

Kategorie *Výživa* byla přepracována poměrně zásadně a při provádění změn bylo vycházeno z doporučení, která účastnice focus group 1 i 2 uváděly a inspirací byla také stávající ošetřovatelská dokumentace. Oproti pilotnímu záznamu byl přidán způsob přijímání potravy, alergie na potraviny, trávicí a polykací obtíže. Formulace zakázané potraviny, která byla v pilotním záznamu, se účastnicím zdála nevhodná, a proto byla nahrazena termínem *potraviny, které klient nejí* a místo předdefinovaných variant je nechán prostor pro vypsání odpovědí. Dále byly přidány položky na zjištění informací ohledně vlastního chrupu či zubní náhrady a na doporučení z focus group přidána informace o tom, zda je využíván nutriční terapeut a jestli by či nebyl kontaktován.

Z kategorie *Rizikové chování* byla problematika očkování přesunuta do kategorie praktiky zdravotní péče. Ostatní položky zůstaly zachovány stejně, jako v pilotním záznamu.

I přes bohatou diskusi účastnic focus group 1 a 2 a náměty ke kategorii *Spiritualita*, kdy tato kategorie byla považována za mnohdy nerealizovatelnou ve zdravotnickém zařízení, zůstala tato kategorie zachována, jelikož je podstatná pro poskytování kulturně kompetentní péče. Byla vymazána informace na hospitalizaci během náboženských svátků, jelikož toto

závisí na zdravotním stavu klienta a není v silách nelékařského zdravotnického personálu o této volbě diskutovat a popřípadě vyhovět přání být propuštěn do domácího ošetřování.

V kategorii *Praktiky zdravotní péče* se účastnicím zdála zbytečná otázka na návštěvu léčitele a preferování přírodní medicíny před farmaky, zejména z důvodu, že s touto oblastí lékaři a nelékařský zdravotnický personál neumí dále pracovat a že lékaři dají ve většině případů přednost moderní medicíně před tradiční. I přes to byla položka v upraveném záznamu ponechána, jelikož to může být i odpověď na otázku, proč například někteří klienti odmítají podávanou léčbu. Do této kategorie byly přidány otázky ohledně léčiv vnesených a kontrola expirace. Na základě doporučení z focus group byla do této kategorie přemístěna problematika očkování.

Doporučení pro kategorii *Praktiky zdravotní péče* se týkala také toho, aby dotazy o konkrétních preventivních prohlídkách byly zařazeny pouze v dokumentaci na určitá pracoviště. S tím se ztotožňujeme, avšak v záznamu byla ponechána problematika gynekologická, jelikož u žen toto může mít souvislost s mnoha dalšími onemocněními.

Kategorie *Poskytovatelé zdravotní péče* zůstala stejná jako v pilotním záznamu.

Kategorie *Těhotenství* byla na základě doporučení, která vznikla z focus group 1 i 2, mírně upravena. Pokud by byla hospitalizovaná žena, která není těhotná anebo muž, je zde jako první uvedena varianta „nevyplňovat“. Dále byly zjednodušeny některé položky, aby osoba, která záznam vyplňuje, nemusela například zdlouhavě vyplňovat každou návštěvu v prenatalní poradně, ale pouze zvolí variantu, zda těhotná byla či nebyla sledována v prenatalní poradně.

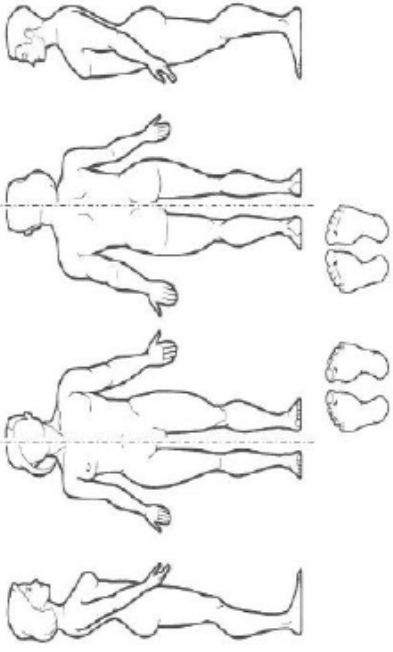
Autorka práce si je vědoma, že některé oblasti mohou být na určitých odděleních zdravotnických zařízení „zbytečné“ a některé oblasti naopak mohou v záznamu chybět. Předpokládá, že navržený Záznam lze modifikovat tak, aby byl plně funkční pro sběr dat a následné plánování a realizaci ošetrovatelské péče na konkrétním pracovišti. Záznam je zobrazen na Obrázku 8.

LOGO ODDĚLENÍ

ZÁZNAM OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE PŘI PŘÍJMU

ŠTÍTEK

Datum:	Čas:	Země původu:.....	Druh pobytu: <input type="checkbox"/> krátkodobý <input type="checkbox"/> dlouhodobý <input type="checkbox"/> trvalý	Zjištěné podstatné věci
<input type="checkbox"/> Příjem:.....	Výška: BMI:	Pohlaví:.....		
<input type="checkbox"/> Překlad z:.....	Hmotnost:	Alergie: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		
ROLE A ORGANIZACE V RODINĚ				
<input type="checkbox"/> Bydlí sám	ROLE A ORGANIZACE V RODINĚ	VÝŽIVA		
<input type="checkbox"/> S osobou blízkou, kontakt:.....		Výživa: <input type="checkbox"/> per os <input type="checkbox"/> jiné:.....		
		Dietní omezení: <input type="checkbox"/> ano, jaké?.....		
Přeji si být informován o zdravotním stavu		Alergie na potraviny:.....		
<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		Potraviny, které nejlí:.....		
V případě nemožnosti rozhodnutí o léčbě		Trávící obtíže:.....		
o mně rozhodne, kontakt:.....		Polykací potíže:.....		
		Jídlo z domu:.....		
KOMUNIKACE				
Jazyk, kterým se dorozumí:.....		Chrup vlastní: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		
Rozumí českému slovesu 1-2-3-4-5		Proteza: <input type="checkbox"/> horní <input type="checkbox"/> dolní		
jazyku: písmem 1-2-3-4-5		Nutriční terapeut <input type="checkbox"/> kontaktován <input type="checkbox"/> nekontaktován		
Tabu témata: <input type="checkbox"/> žádná <input type="checkbox"/> vylučování		PRAKTIKY ZDRAVOTNÍ PÉČE		
<input type="checkbox"/> krvácení <input type="checkbox"/> rodinný stav		Obvodní lékař: <input type="checkbox"/> má <input type="checkbox"/> nemá		
<input type="checkbox"/> jiné:.....		Jméno:..... Poslední kontrola:.....		
Specifika neverbální komunikace:.....		Obvodní gynekolog: <input type="checkbox"/> má <input type="checkbox"/> nemá		
		Jméno:..... Poslední kontrola:.....		
		Gynekologie:		
		Mamografie <input type="checkbox"/> nechodí <input type="checkbox"/> chodí, poslední kontrola:		
		Menstruace: <input type="checkbox"/> pravidelná <input type="checkbox"/> nepravidelná <input type="checkbox"/> PM:		
		Průběh menstruace:.....		
		Antikoncepce <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		
		Léčiva		
		Léčiva vnesena <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Léčiva odevdána <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		
		Kontrola expirace <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne SOS léky nechány <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		
		V nemoci preferuje <input type="checkbox"/> lékaře <input type="checkbox"/> léčitele		
		<input type="checkbox"/> léky <input type="checkbox"/> přírodní medicínu		
		Očkování: <input type="checkbox"/> možná <input type="checkbox"/> nemožné		
		Podání transfúze: <input type="checkbox"/> možná <input type="checkbox"/> nemožné		
		POSKYTOVATELÉ ZDRAVOTNÍ PÉČE		
		Vyšetření/Ošetření pouze osobou stejného pohlaví: <input type="checkbox"/> vyžaduje <input type="checkbox"/> nevyžaduje		
		Přítomnost rodinného příslušníka při vyšetření: <input type="checkbox"/> vyžaduje <input type="checkbox"/> nevyžaduje		
		Koho?		
		V jakém případě?		

TĚHOTENSTVÍ		SOBĚSTAČNOST		STAV KŮŽE		
Nevyplňovat: <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Soběstačný <input type="checkbox"/> Nesoběstačný <input type="checkbox"/> v jídle <input type="checkbox"/> hygieně <input type="checkbox"/> oblékání <input type="checkbox"/> vyprazdňování <input type="checkbox"/> pohyb <input type="checkbox"/> kompenzační pomůcky:.....		Defekt:..... lokalizace (zakresli ✕)		
Přání v těhotenství:.....		BOLEST <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> akutní <input type="checkbox"/> chronická <input type="checkbox"/> ne				
Potřeba zajištění sociálních služeb <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		Lokalizace:.....				
<input type="checkbox"/> ano, jaká? Specifická péče o novorozence:.....		SPÁNEK <input type="checkbox"/> Bez obtíží Obtíže <input type="checkbox"/> buď se <input type="checkbox"/> s usínáním Léky na spaní <input type="checkbox"/> užívá <input type="checkbox"/> neužívá				
DÝCHÁNÍ <input type="checkbox"/> Spontánní <input type="checkbox"/> UPV <input type="checkbox"/> O2 Dušnost <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne						
Invasivní vstupy		Zavedení	Dny	Odstranění	Převaz	Funkčnost
Arteriální katétr	dx					
CŽK	dx					
NGS/NJS/PEG						
Močový permanentní katétr						
Epidurální katétr						
Drén č. / č.						
Drén č. / č.						
Drén č. / č.						
Stomie						
		Zavedení	Dny	Převaz	Odstranění	
PŽK	dx					MADDON
PŽK	dx					MADDON

HODNOCENÍ RIZIK										
RIZIKO VZNIKU DEKUBITŮ										
Schnopnost spolupráce	úplná	4	4	4	Další nemoci	žádné	4	4	4	chodí
	částečně omezená	3	3	3		diabetes mellitus, vyšší TT	3	3	3	doprovod
	velmi omezená	2	2	2		anémie, kachexie, obezita	2	2	2	sestačka
	žádná	1	1	1		karcinom	1	1	1	upoután na lůžko
Věk	do 10	4	4	4		dobry	4	4	4	úplná
	do 30	3	3	3	Tělesný stav	zhoršený	3	3	3	částečně omezená
	do 60	2	2	2		špatný	2	2	2	velmi omezená
	nad 60	1	1	1		velmi špatný	1	1	1	žádná
Stav kůže	normální	4	4	4	Stav vědomí	bdělý	4	4	4	není
	alergie	3	3	3		apatický	3	3	3	občas
	vlhká	2	2	2		zmatený	2	2	2	převážně močová
	suchá	1	1	1		bezdědomí	1	1	1	stolice moč
Hodnocení: 25-24 bodů nízké riziko 23-19b. střední riziko 18-14b. vysoké riziko 13 a méně bodů velmi vysoké riziko										
RIZIKO PADU										
Anamnéza					Schnopnost spolupráce					SOBĚSTAČNOST
DDD (dezorientace, demence, deprese)		3	3	3	Spolupracující		0	0	0	Plně soběstačný
Věk 65 let a více		2	2	2	Částečně spolupracující		1	1	1	Potřebuje pomocné prostředky
Pád v anamnéze		1	1	1	Nespolupracující		2	2	2	Potřebuje pomoc od další osoby, asistenci, dohled, či edukaci
Pobyt 24 hodin po přijetí na odd.		1	1	1	Dotazem klienta / pacienta, doprovodu		3	3	3	Potřebuje pomoc od další osoby a pomocné prostředky
Zrakový, sluchový problém		1	1	1	Míváte někdy závratě		1	1	1	Je závislý, na ošetrovatelské
Užívání léků (diuretika, sedativa, lajancia, psychotropní léky, hypnotika, antihypertenziva)		1	1	1	Máte v noci nucení na močení		1	1	1	aktivitě se npodílí
Vyšetření, soběstačnost					Budíte se v noci a nemůžete usnout		1	1	1	Celkem
Úplná		0	0	0						Hodnocení: 0 soběstačný
Částečná		2	2	2						1 lehce závislý
Nesoběstačnost		3	3	3						2-3 středně závislý
										4 zcela nesoběstačný
RIZIKO MALNUTRICE										
Zhubl jste nechtěně					Hodnocení:					
více než 6kg v posledních 6 měsících		2	2	2	0-4 body bez rizika					
více než 3kg v posledním měsíci		1	1	1	5-13 bodů střední riziko					
ne		0	0	0	14-19 bodů vysoké riziko					
Celkem										

Obrázek 8 Záznam ošetrovatelské péče, zdroj: autorka disertační práce

12 Diskuse

Pro poskytování kulturně kompetentní péče je nezbytné získat co nejvíce kvalitních informací o dané kultuře. S rostoucím počtem mezinárodních a multikulturních výzkumných projektů roste potřeba přizpůsobovat výzkumné nástroje populaci a jazyku, ve kterém budou použity (Beaton et al., 2000). I v České republice, jakožto cílové destinaci migrantů, se zdravotníci budou stále více setkávat s lidmi z různých zemí, s odlišnými tradicemi, zvyky a způsoby komunikace. Sestry, porodní asistentky a další nelékařský zdravotnický personál jsou spolu s lékaři v prvním a bezprostředním kontaktu s lidmi, přicházejícími do zdravotnického zařízení. Z tohoto důvodu je nezbytné, aby měli povědomí o tom, jak s lidmi z různých zemí komunikovat a jak k nim přistupovat. Zdravotnická dokumentace, která zohledňuje zemi původu, náboženství a další specifika vycházející z kultury, může být výborný nástroj pro sběr dat o jedinci a usnadní plánování a realizaci poskytované péče.

Výzkumný design disertační práce se skládal z několika fází, které na sebe navazovaly. Výzkumný design byl navržen tak, aby jednotlivé metody pomohly odpovědět na stanovené cíle a výzkumné otázky.

12.1 Česká jazyková verze modelu kulturních kompetencí

První cíl empirické části zněl: „*Vytvořit českou jazykovou verzi Modelu kulturních kompetencí L. D. Purnella.*“ Tento Model byl zvolen záměrně pro jeho širokou oblast využití. Všichni poskytovatelé zdravotní péče v jakémkoli odvětví mohou model používat, což je zvláště žádoucí v dnešním zdravotnickém prostředí. Model je využíván sestrami, lékaři, fyzioterapeuty a psychology v praxi, dále je využíván ve vědě a vzdělávání (Purnell, 2002).

Tento Model nebyl před psaním disertační práce přeložen do českého jazyka dle standardizované metodiky, byl „pouze“ volně přeložen dle autorů, kteří ho používali pro své účely. Model byl již přeložen do arabštiny, vlámštiny, francouzštiny, němčiny, korejštiny, portugalštiny, španělštiny a turečtiny (Purnell, 2013). V disertační práci byla pro tvorbu české jazykové verze využita **metoda opakovaného zpětného překladu** Modelu z původní verze v anglickém jazyce.

Existuje mnoho faktorů, které mohou ovlivnit kvalitu překladu v ošetrovatelských výzkumech. Mezi ně patří například překladatel, respektive překladatelé a jejich jazykové znalosti a dovednosti, samotný zpětný překlad, kultura a jazyk (Birbili, 2000). Zpětný překlad je metoda, která slouží k zachování významu mezi originální verzí a jazykovým překladem. Brislinův klasický model zpětného překladu je široce užíván právě pro překlad výzkumných

nástrojů a Brislin (1970) doporučuje opakované provedení překladu několika nezávislými bilingválními překladateli. Jeden tlumočník přeloží výzkumný nástroj z původního jazyka do cílového a druhý tlumočník přeloží tuto verzi z cílového jazyka zpět do jazyka původního. Obě verze se následně porovnají a zjistí se rozdíly. Je-li objeven významný rozdíl, provede překlad další nezávislý tlumočník. Tento proces se opakuje, dokud nenastane shoda mezi jednotlivými členy překladatelského týmu. Beaton et al. (2000) doporučují, aby byl odborný text z původního jazyka do cílového překládán minimálně dvěma tlumočnickými pro případ komparace. V našem případě byli překladatelé čtyři a byli to odborníci z oboru ošetrovatelství, lingvistiky a anglického jazyka. Je důležité, aby překladatel provádějící zpětný překlad hovořil plyně jak v jazyce, ve kterém je původní text, tak v jazyce, do kterého je překládáno (Hsiao-Yu, Boore, 2009). Je nezbytné, aby jednotliví překladatelé byli i odborníci z daného oboru a oboru lingvistiky. Během samotného překladu vznikají různé verze, které se více či méně mohou lišit. Je třeba dát pozor na to, zda se jedná o odlišnosti na úrovni synonym, nebo zdali se mění význam slov. Nedokonalé překlady mohou způsobit neakceptování u cílové skupiny uživatelů a mohou změnit záměr překládaného nástroje (Švec a kol., 2009). Poměrně velké množství neshod na úrovni synonym v našem opakovaném zpětném překladu přikládáme rozdílnosti v aktivní zásobě jednotlivých překladatelů, vzdělání a jejich odborném zaměření.

Námi vytvořená česká jazyková verze Modelu kulturních kompetencí může sloužit pracovníkům ve zdravotnictví, vědě a výzkumu, vzdělávání a může být využita jak laickou, tak odbornou veřejností.

12.2 Kulturní specifika vybraných minoritních skupin

Druhý cíl empirické části disertační práce zněl: *„Zjistit a určit kulturní specifika vybraných minoritních skupin v Pardubickém kraji se zaměřením na ošetrovatelskou péči.“* K tomuto cíli se vztahovaly dvě výzkumné otázky: *„Jaká kulturní specifika se objevují u příslušníků sledovaných minoritních skupin?“* A druhá výzkumná otázka zněla: *„Jaká specifika u příslušníků sledovaných minoritních skupin mohou ovlivňovat poskytovanou péči v průběhu hospitalizace?“* Tyto otázky jsou vzájemně ve velmi blízkém vztahu, a proto na ně bude odpovídáno souběžně.

Ke zjištění kulturních specifík příslušníků minoritních skupin byly využity polostrukturované rozhovory s vybranými jedinci. Identifikace jedince k dané minoritní skupině byla otázkou velmi diskutovanou, jelikož bez spontánního přihlášení jedince k dané etnické menšině není možné jej identifikovat. V našem výzkumu byla využita

sebeidentifikace, kdy respondent se dobrovolně přihlásil a nezištně se účastnil výzkumného šetření (Davidová a kol., 2010).

12.2.1 Diskuse k výsledkům výzkumného souboru A – Ukrajinci

Ukrajinská menšina patří mezi nejpočetnější národnostní minority v České republice. Důvody k migraci bývají velmi rozmanité a zpravidla se jedná o souhrn okolností, motivací a nutnosti. Jedním z hlavních impulsů k rozhodnutí emigrovat bývá rodina a rodinná situace (Pavlíková, Sládek a kol., 2009). Za hlavní motivy, proč lidé migrují, uvádí Drbohlav a kol. (2001) nepříznivou ekonomickou a politickou situaci, přelidnění a přírodní či válečné katastrofy. Lidé hledají sociální jistoty a větší bezpečí, kterých v jejich původní zemi nelze dosáhnout. Většina Ukrajinců přišla do České republiky v polovině 90. let, v době, kdy na Ukrajině vrcholila ekonomická krize (Pavlíková, Sládek a kol., 2009). Toto potvrzují i respondenti v našem šetření, kteří uváděli, že do České republiky přišli zejména za prací a díky nevhodným podmínkám, které na Ukrajině panovaly. Kromě jedné respondentky jsou všichni naši respondenti zaměstnaní. Pracovní nasazení Ukrajinců je velké, mnohdy pracují 7 dní v týdnu a snaží se finančně podporovat i rodinné příslušníky, kteří zůstali na Ukrajině. Toto potvrzují i výsledky šetření Hnilicové a Dobiášové (2009), které zjistily, že v oblasti pracovní zátěže Ukrajinci oproti českým občanům denně pracovali více hodin a více dní v týdnu, včetně víkendů. Polovina respondentů udávala, že pracují 11–12 hodin denně. Téměř 7 % respondentů z celého souboru nemělo ani jeden volný den v týdnu (Hnilicová, Dobiášová, 2009). Hudáčková a Brabcová (in Tóthová, 2012), které prováděly výzkumné šetření s příslušníky ukrajinské minority, zjistily, že 7–8 hodin denně v práci trávilo 38 % respondentů, 8–10 hodin 35 % respondentů a více než 10 hodin denně 10 % respondentů (in Tóthová, 2012).

Rizika spojená se zaměstnáním považují respondenti v našem šetření za běžná, vyplývající z vykonávané profese. Ve výzkumném šetření, které provedly Křečková-Tůmová a kol. (2003) týkající se pracovního zaměření příslušníků ukrajinské menšiny, téměř všichni respondenti pracovali v oblastech se zvýšeným rizikem pracovních úrazů (stavebnictví, zemědělství) a byli často vystaveni neúměrné pracovní zátěži a mnohdy zde nebyly ani dodržovány běžné předpisy týkající se bezpečnosti a ochrany zdraví při práci.

Hodnotový systém Ukrajinců, přístup ke zdraví a nemoci může být ovlivněn především vírou, kterou vyznávají. Převládajícím náboženstvím na Ukrajině je pravoslavné křesťanství, které se dělí na několik větví. Největší je Ukrajinská pravoslavná církev Moskevského patriarchátu, nejvíce je zastoupena v rusky hovořících oblastech východu a Krymu. Druhá

větev je Ukrajinská pravoslavná církev Kyjevského patriarchátu a třetí je Ukrajinská autokefální pravoslavná církev, která se vyskytuje především na západě země. Ukrajinské pravoslaví je považováno za největší pravoslavnou církev na světě (Evans, 2007). Pavlíková (2009) také uvádí, že Ukrajinci jsou vyznavači především Řeckokatolické církve a církve Pravoslavné. Toto je v souladu s tím, co vypovídaly naše respondentky, které uváděly příslušnost k pravoslavné církvi a církvi katolické. Vzhledem k pracovním povinnostem nenavštěvují kostel tak často, jak by chtěly, ale víru v Boha v sobě nosí a modlí se několikrát během dne. Hudáčková a Brabcová uvedly, že v jejich šetření 38 % respondentů nenavštěvuje modlitebnu vůbec a každý den pouze 1 % respondentů (in Tóthová, 2012). Ve zdravotnickém zařízení od personálu nic zvláštního nepotřebují.

Náboženství se promítá jak do stravování, kdy Ukrajinci drží během roku postní období, tak do prožívání církevních svátků, především Velikonoc a Vánoc. Na Ukrajině se dodržují čtyři základní kalendářní půsty. Velký půst trvá 7 týdnů před Velikonocemi, v létě se postí 3–6 týdnů od svátku sv. Trojice do svátku sv. Petra, Spasovský půst trvá 2 týdny, Filipovský půst 6 podzimních a 6 zimních týdnů (Evans, 2007). V našem výzkumném šetření se respondentky k půstu ve zdravotnickém zařízení nevyjadřovaly. Uváděly však, že hospitalizace během náboženských svátků by nebyl problém. V připomínkách ke stravování ve zdravotnickém zařízení zazněly výtky k stále stejným pokrmům, malé pestrosti potravin a čistotě tácu, na kterých se strava podává.

K otázkám kouření a pití alkoholu se respondentky vyjadřovaly tak, že 5 z nich nekouří a 2 ano. V šetření, které provedla Hudáčková a Brabcová (in Tóthová, 2012) s příslušníky ukrajinské minority bylo zjištěno, že 38 % kuřáků kouří 1–5 cigaret, 32 % kouří 6–10 cigaret denně a 6 % respondentů vykouřilo více jak 20 cigaret denně (in Tóthová, 2012). Alkohol všechny respondentky v našem šetření pijí příležitostně. Ke stejným výsledkům dospěl také Urban (2005) ve svém výzkumu, kterého se zúčastnilo 237 respondentů ukrajinské národnosti žijících na území České republiky. Z jeho výsledků vyplývá, že 88,2 % respondentů udává pouze mírnou konzumaci alkoholu, 4,6 % vyšší konzumaci alkoholu a 0,8 % vysokou konzumaci alkoholu.

Ukrajinci jako pacienti nemají zpravidla problém s komunikací a dorozuměním se se zdravotníky. Ukrajínští klienti nemají specifické požadavky a chovají se při hospitalizaci velmi ukázněně. Jsou ochotni pochopit režim oddělení a přizpůsobit se mu. Rodinní příslušníci většinou do zdravotnického zařízení na návštěvy nedocházejí (Špirudová a kol., 2004). S tímto výrokem Špirudové a kol. se výsledky našeho šetření rozcházejí. Dle mého názoru osoba, které se sdělí diagnóza a plánový postup léčby a péče, je velké specifikum.

Čtyři respondentky uvedly, že by se diagnóza měla sdělit přímo jim. Dvě respondentky vyjádřily názor, že nejdřív by se měla diagnóza sdělit rodině a klientce až následně. V našem výzkumném šetření respondentky pravidelně dochází na preventivní prohlídky a dodržují doporučení lékaře. S hospitalizací v českých zdravotnických zařízeních byly velmi spokojeny a uváděly, že na Ukrajině by se jim jistě taková péče nedostala.

Mezi kulturní specifika příslušníků ukrajinské minority, která mohou mít zásadní vliv na ošetrovatelskou péči, patří zejména víra a náboženské přesvědčení, stravování a rodinná situace.

12.2.2 Diskuse k výsledkům výzkumného souboru B – Romové

Druhou minoritou, se kterou byly provedeny rozhovory, byli Romové. Dle Davidové (2010) jsou v České republice a na Slovensku nejpočetnější skupinou Romové slovenští a částečně Maďarští. Respondenti v našem šetření prožili celý život v České republice, respondent 1 uvedl, že jeho otec pochází ze Slovenska a respondentka 3 uvedla, že její matka byla ze Slovenska a otec z Maďarska a celá rodina se považuje za maďarské Romy.

Vzhledem k tomu, že Romové používají češtinu dennodenně, nedělá jim problémy se domluvit, ale v komunikaci s rodinou a přáteli používají raději romštinu. Respondentka 3 uvedla: „*My se doma romsky bavíme, ale myslím si, že už to není pravá romština, máme v ní hodně jiných slov než dřív. Ani Romové odjinud si nemusej rozumět.*“ Hübschmannová (in Romové v České republice, 1999) provedla studii, která ukázala, že děti, které již romsky neumí a jejichž mateřštinou je romský etnoлект češtiny, dělají v českém jazyce stejné chyby, jako děti, jejichž mateřštinou je romština. Vzhledem k tomu, že všichni respondenti z našeho výzkumného souboru uvedli, že v České republice prožili celý život a že češtinu používají, nemají problém v českém jazyce komunikovat.

Romská rodina se od české rodiny může lišit. V romských rodinách je běžné, že v jedné domácnosti žije více generací anebo i širší příbuzenstvo. Respondenti spatřují výhody tohoto soužití zejména ve finanční pomoci a v pomoci s výchovou dětí. Rodina klade větší význam na tělesný kontakt s dětmi než na verbální komunikaci. Romové dokáží zpravovat více než 95% neverbální komunikace a své city dávají jasně najevo. I proto se nám jejich komunikační styl může jevit jako temperamentní a hlasitý (Nováková in Tóthová, 2012). Způsob života v romské rodině vede u jednotlivce ke ztrátě pocitu zodpovědnosti za svůj život, což je v rozporu s pocitem tíhy zodpovědnosti za sebe sama, který je nosným principem kultury evropské. Velmi často se tak stává, že když jedinec přestane žít v komunitě, přestává být Romem (Hübschmannová, 1999).

Urban a Kajanová (2011) ve svém výzkumu uvedly, že v současné době v souvislosti se zdravotním stavem Romů vystupuje do popředí jejich sociální exkluze a to zejména špatné bytové podmínky a ekonomické faktory. Uvádí také vliv rodiny na děti a jejich zdraví. U sociálně vyloučených se setkaly s vyšším výskytem sociálně patologického chování a to zejména s nikotinismem, kdy kouřily děti již před 15. rokem života. V souboru respondentů převládali kuřáci v 62,5 % a většina z nich kouří před dětmi. Ženy kouřily i v těhotenství a nijak se neomezovaly. V našem výzkumném souboru kromě jedné respondentky kouřily všichni dotazovaní a to minimálně 20 cigaret za den. Respondenti neprovádí žádnou sportovní aktivitu pravidelně. Může to být do jisté míry dáno i tím, že Romové žijí budoucností, nedělají si obavy z toho, co bude zítra či v budoucnosti, žijí přítomností. Jak uvádí Davidová et al. (2010), Romové všeobecně prevenci a zdravý způsob života podceňují. To je také důvodem toho, proč se zdraví věnují až ve chvíli, kdy se projeví nějaké potíže či nedostatky.

Příprava jídel a stravování se řídí jistými rituály a řadou pravidel. Například na vaření by se mělo používat jen nádobí k tomu určené, hospodyňka by měla mít vždy dobrou náladu a jídlo by měly připravovat výhradně ženy (Šišková, 2001). Respondentka v našem výzkumu toto potvrdila: „*Je zvykem, že vaří pouze ženy a během vaření by muži neměli do kuchyně chodit, ani by neměli ochutnávat, když se vaří, dostanou až hotové jídlo. I chleba s máslem jim má udělat žena.*“ Nováková (2012) mezi výsledky ze svého šetření s Romy uvedla, že v 80 % Romové preferují v potravě maso, zejména kuřecí a vepřové a v přípravě preferují pečení, vaření, grilování a smažení.

Výhrady k nemocničnímu stravování se objevily v souvislosti s malým množstvím jídla a tím, že jídlo není chutné.

Respondenti jsou převážně křesťané, ale jak uvedli, do kostela téměř nechodí a ani se pravidelně nemodlí. Ve výzkumu Novákové (2012) vyšly podobné výsledky, kdy 73 % respondentů nenavštěvovalo modlitebnu, 76 % dotazovaných věnuje modlení méně než 15 minut denně.

Typické pro romskou minoritu během hospitalizace rodinného příslušníka, je doprovázení ho ve zdravotnickém zařízení. Tím, že rodina může být mnohdy početná, způsobuje to hluk na oddělení a nelibost ostatních pacientů a zdravotníků. Diagnózu chtěli respondenti sdělit přímo jim a ne rodině. Jedním ze specifik romské minority během hospitalizace je vyjadřování bolesti. Způsob tišení bolesti je do jisté míry závislý i na příslušnosti jedince k minoritní skupině, kultuře a náboženství (Kozierová, 1995). V našem výzkumném šetření respondenti bolest analgetiky často netlumí a spíše bolest vyjadřují verbálně. Protichůdné výsledky vyšly Novákové (2012), kdy při bolesti si 30 % respondentů

vzali analgetika, navštíví lékaře (28 %), bolest se snaží překonat 10 % respondentů a alternativní medicínu využilo 6 % dotazovaných.

Plodnost a těhotenství ženy má vysokou hodnotu v romské společnosti a narození dítěte je významným životním obdobím pro rodiče i pro celou rodinu (Kaleja, Knejp, 2009). Respondentky v našem šetření uváděly, že nemít dítě je velké neštěstí.

Výsledky z rozhovorů s respondenty v našem výzkumném šetření potvrdily fakta z literatury v oblasti komunikace, rodinné sounáležitosti, těhotenství ženy a vyjadřování bolesti. Nepřekvapily nás ani zjištěné údaje o kouření.

12.2.3 Diskuse k výsledkům výzkumného souboru C – Vietnamci

Vietnamská menšina je 3. nejpočetnější náboženskou minoritou v České republice a je tak pravděpodobné, že její příslušníci budou i klienty zdravotnických zařízení. I z tohoto důvodu byly v našem výzkumném šetření provedeny polostrukturované rozhovory právě s vietnamskými klienty.

Během posledních 50 let se hlavní důvody vietnamské migrace do České republiky změnilly. Od nedobrovolného uprchlictví z politických důvodů a organizované migrace řízené vládami, po dnešní migraci za účelem rodinného sloučení, studiem či pracovními příležitostmi (Freidingerová, 2014). Respondenti v našem výzkumném šetření do České republiky imigrovali zejména za prací a lepšími životními podmínkami.

Freidingerová (2014) dělí vietnamskou komunitu na základě délky pobytu, historicko-spoločenského kontextu příchodu, věku v době příchodu a typu sociální sítě využitě ke zprostředkování cesty do tří skupin na základě jejího subjektivního vyhodnocení dat z terénního šetření a to: skupina starousedlíků; potomci vietnamských imigrantů – vietnamští Češi a čeští Vietnamci; nově příchozí dospělí (ekonomičtí) migranti. Pechová (2010) dělí vietnamskou komunitu na starousedlíky, kteří přišli do České republiky mezi prvními, dále střední třídu, kterou tvoří samostatní obchodníci a podnikatelé a jejíž potomci studují na českých školách a nejnižší vrstvu tvoří nově příchozí, kteří se ještě nestihli integrovat. Dříve se o vietnamské komunitě hovořilo jako o uzavřené a o komunitě, která si k sobě nikoho nepustí. Toto se ale postupem času mění, jelikož Vietnamci začínají žít i mimo uzavřená obchodní centra a jsou nuceni stýkat se s českými sousedy, navštěvovat rodičovské schůzky na školách svých dětí a bavit se například i se spolužáky svých dětí.

Co se týče vietnamštiny jako rodného jazyka, Müllerová (2004) uvádí, že vietnamštinu řadíme mezi polysyntetické jazyky, tedy že gramatické funkce jsou vyjadřovány slovosledem, který je tvořen plnovýznamovými slovy. Typickým rysem je tónový charakter jazyka.

Purnell (2008) uvádí, že výraz „ano“ nemusí vyjadřovat pouze souhlas, ale může znamenat vyhýbání se konfrontaci nebo touhu potěšit jinou osobu. Tóthová (2010) uvádí, že vietnamština rozlišuje 6 tónů, které se zapisují latinkovým písmem a je využíváno množství diakritických znamének a tónovaných značek. Tvorba vietnamských jmen je odlišná od jmen českých. Vietnamská jména se uvádí v pořadí příjmení, prostřední jméno a nakonec křestní jméno. V některých situacích je jméno pro muže shodné se jménem pro ženu a pak je rozhodující prostřední jméno, kdy pro muže se používá označení „Van“ a pro ženy „Thi“ (Giger, Davidhizar, 2008). Naši respondenti uváděli, že komunikace v českém jazyce není problém pro Vietnamce, kteří se v České republice narodili nebo vyrůstali od útlého dětství. Pro ostatní je čeština jazyk náročný, zejména kvůli složité gramatice.

Ve Vietnamu je preferovaná patriarchální struktura rodiny a celkově se k sobě v rodině jednotliví členové chovají slušně a s úctou. Toto potvrdili i respondenti v našem výzkumném šetření.

Komunikace s vietnamskými příslušníky může být odlišná jak ve verbálním, tak v neverbálním projevu. Rösslerová (2002) hovoří o Vietnamcích jako o národu dotykovém, kdy se blízcí přátelé mohou obejmout a neznačí to sexuální náklonnost. Purnell (2008) uvádí, že muži a ženy mohou chodit ruku v ruce. Muži se mezi sebou zdraví podáním ruky. Podáním ruky se pozdraví i se ženou, ale vietnamská žena by neměla nabízet ruku jako první. Kocourek (in Šišková, 2001) uvádí, že nepřipustné jsou polibky na veřejnosti, hlazení dítěte po hlavě, pokud není blízký rodinný člen. Dále uvádí rozdílný význam úsměvu, který může mnohdy značit nepochopení mluvčího. Do pravidel slušného chování patří být čistě a slušně oděný a nestěžování si na své problémy. Bylo překvapivé, že respondenti v našem výzkumném šetření se ke konkrétním verbálním a neverbálním zvykům nevyjadřovali.

Vietnamci jsou v přístupu ke zdraví ovlivněni náboženstvím, zejména buddhismem a taoismem a upřednostňují rovnováhu a harmonii zdraví, vycházející z filozofie jin a jang. Všichni naši respondenti jsou vyznavači buddhismu a modlí se k Buddhovi s přáním, aby jim v případě potřeby pomohl. Buddhismus je náboženství a filosofický směr, jehož zakladatelem je Siddhártha Gautama, zvaný Buddha, který žil v 5.- 6. století před naším letopočtem. Hlavní ideou buddhismu je myšlenka o neustálém převtělování duší a koloběhu života. Na základě tohoto náboženství je veškerá existence strastná a celý tento kruh je plný utrpení. Hlavním cílem lidské bytosti je uvědomit si to a dostat se z tohoto koloběhu ven (Vavroušková a kol., 2005). Dle buddhismu řídí svět zákon odplaty a utrpení a cílem života je dosáhnout nirvány, což znamená ukončit koloběh převtělování a tím i utrpení. Toho lze dosáhnout příkladným jednáním (Obuchová, 1999). Respondent v našem výzkumném souboru uvedl, že věří, že po

smrti na zem vrátí v podobě nějakého zvířete. Z našeho šetření vyplynulo, že ve zdravotnickém zařízení není k modlení potřebné nic, co by zdravotníci měli pro klienty zajišťovat.

Vietnamci jsou zodpovědní za své zdraví a dodržují doporučení, která jim lékaři dají a neodmítají ani žádné vyšetření. Na preventivní prohlídky se dostaví v případě, že je jim zdůrazněno, že je to důležité (Kelnarová, Matějková, 2008). Z našich respondentů na pravidelné preventivní prohlídky dochází spíše ženy, muži takto důslední v prevenci nejsou. Z výzkumného šetření, které provedly Michálková, Šedová a Tothová (2009) vyplývá, že na pravidelné preventivní prohlídky k lékaři dochází 66 % dospělých Vietnamců a 69 % respondentů z dětských řad.

Jsou-li příslušníci vietnamské minority hospitalizovaná, nebývá s nimi problém, nejsou konfliktní a chovají se slušně. Michálková, Šedová a Tóthová (2009) v rámci výzkumného šetření zjistily, že v případě hospitalizace klienta vietnamského etnika v českých nemocnicích jimi není výrazně vyžadováno poskytování kulturně diferencované ošetrovatelské péče. Podobného zjištění bylo dosaženo i v našem výzkumném šetření. Výjimkou může být sdělování diagnózy a léčebného režimu, kdy někteří respondenti uváděli, že někdy by měla být diagnóza sdělována nejprve rodině, která rozhodne, zda se pravda řekne hospitalizovanému rodinnému příslušníkovi. S tímto se ztotožňují i Michálková, Šedová a Tóthová (2009), které uvedly, že je nutné léčebný postup nejprve konzultovat s hlavou rodiny a poté s nemocným. Vietnamci totiž nechtějí nemocného ještě více stresovat. Mají-li příznaky nemoci, snaží se nejprve doma léčit tradiční medicínou, přírodní a k lékaři zajdou teprve, až když domácí léčba nepomůže. Ve Vietnamu zaujala první místo západní medicína, zatímco tradiční čínská medicína obsadila až druhé místo. Vietnamci se k ní uchylují pouze v případě, jedná-li se o nápravu lehkých zdravotních problémů (Rolantová, Tóthová, 2008). Díky svému vychování a zvykům nezatěžovat okolí svými problémy, si často nechávají pro sebe informace, že je něco bolí: „*Mě když něco bolí, tak si to nechám pro sebe, nechci zbytečně zatěžovat moje blízké*“. Tiché snášení bolesti je typické i například při porodu. Mocková (2006) uvedla, že Vietnamky své těhotenství berou velmi zodpovědně, dbají zejména na odpočinek a zdravé stravování. Namáhavá činnost, zejména v posledním trimestru, je nepřijatelná. O těhotnou ženu se stará celá rodina. V případě problému během gravidity se přizve jiný člen rodiny, zejména muž, který rozhodne, kdo a jakým způsobem ženě sdělí, že s ní něco není v pořádku. Toto se částečně potvrdilo i v našem výzkumném šetření.

Rozdílů oproti zvykům v české společnosti jsou spojeny s umíráním, kdy Vietnamci preferují umírání doma v rodinném kruhu. Tělo po smrti zůstává doma pouze jeden den a pak

je člověk pochován do země. Za smuteční barvu je považována bílá barva. Nováková (2005) uvádí, že by potomci zesnulých rodičů měli držet tři roky smutek, což znamená vynechání účasti na společenských a zábavných akcích (oslavy, svatby). Hrabáková (2011) uvádí, že součástí každé vietnamské domácnosti je oltář předků, u kterého se schází celá rodina, aby uctívala památku zesnulých. Jedná se o vitrínu, ve které se nacházejí fotografie zemřelých a kolem nich se zapalují vonné tyčinky.

Stravovat se Vietnamci snaží zdravě a ve svém jídelníčku mají zařazenou převážně čerstvou zeleninu a obecně čerstvé potraviny. Ve výzkumu Tóthové a kol. (2010) bylo zjištěno, že 78 % jedinců z vietnamské minority dbá na pravidelné stravování, 71 % respondentů má zdravě sestavený jídelníček a více než polovina vietnamské minority preferuje ve stravě zeleninu. Stravu skládající se z masa a zeleniny preferuje celkem 80 % dotázaných Vietnamců. V našem výzkumném šetření respondenti uváděli, že nemocniční stravu snědí, ale jsou raději, když mají jídlo přinesené z domu.

12.2.4 Diskuse k výsledkům výzkumného souboru D – Vyznavači islámu

Vyznavači islámu byli do vzorku respondentů zařazeni z důvodu, že islám je druhé nejrozšířenější náboženství na světě a vzhledem k okolnostem, které v současné době panují v souvislosti s muslimy, je více než pravděpodobné, že jich v České republice bude přibývat a budou vyhledávat zdravotnická zařízení. Základní myšlenkou islámu je přísný monoteismus, víra v jediného boha, kterým je Alláh (Hrbek, 2000). Mezi hlavní motivy migrace našich respondentů do České republiky patřily zejména důvody politické a rodinné. Mezi politické patřila nepříznivá situace v Sýrii. Jeden z důvodů bylo studium vysoké školy.

Každodenní činnosti v životě muslimů jsou ovlivněny vírou, Koránem a sunnou a islámským právem šaría (Müller, 1997). Muslimové by se měli během dne modlit v přesně stanovených časech (Self, 2008). Respondenti v našem výzkumném šetření uváděli, že se snaží modlit se během dne pětkrát, ale mnohdy to kvůli pracovní vytíženosti nezvládají. Sonn (2010) uvádí, že by se muži a ženy měli modlit odděleně. K tomuto se naši respondenti nevyjadřovali. Self (2008) také uvádí, že mezi další pilíře islámu patří, dobročinnost, půst a pouť do Mekky, kterou by měl absolvovat každý muslim během svého života. K dobrovolnosti a půstu se vyjádřili všichni naši respondenti, kteří uváděli, že pro ně je velmi významné dodržovat Ramadán a zvyky, které se v tomto období provádí, i když v českých podmínkách to je náročné, vzhledem k délce dne. Respondenti o sobě mluvili jako o neortodoxních věřících a překvapivé bylo, že ženy respondentky neměly během rozhovoru zahalené vlasy a muži o zahalování žen nehovořili. Ve výzkumu, který provedla

Rolantová (in Tóthová, 2012) muslimové vyzdvihovali u žen nošení šátků z důvodu zahalování vlasů a krku, které je nejen v České republice povinné. Dále se ve výpovědích objevilo, že oblečení by mělo být volné a nemělo by obepínat postavu. V domácím prostředí není oděv určený, ale podmínkou je zahalení od podpaždí po kolena. Překvapivé bylo, že respondenti v našem šetření se k otázkám oblékání a zahalování nevyjádřili. Je tedy možné, že ženy být zahaleny nemusí a tudíž toto nepovažují za problematiku, o které by měli hovořit.

Víra se promítá i do stravování, kdy Korán zakazuje konzumaci vepřového masa, vepřového sádla, alkoholu a masa uhynulých zvířat. K této problematice se vyjádřili všichni respondenti, kteří uváděli, že vepřové maso nejedí. Pouze jeden respondent uvedl, že pokud není zbytí, snědl by vepřové maso. Je-li muslim hospitalizován ve zdravotnickém zařízení, je pravděpodobné, že bude požadovat buď vegetariánskou stravu, nebo stravu vlastní, u které si bude stoprocentně jistý, že neobsahuje vepřové maso a že jídlo nebylo chystané na vepřovém sádle. V kategorii strava se respondenti opět vyjadřovali k půstu v období ramadánu, kdy se nesmí od východu do západu slunce konzumovat žádné potraviny a nápoje. Toto může být v letních měsících velmi náročné.

Manželství a rodina mají v islámském systému ústřední postavení a jsou jednou z nejdůležitějších věcí celkově. Janda (2010) charakterizuje manželství jako velmi významný závazek v plném smyslu těchto slov a mimomanželský styk nepřipadá v úvahu. S tímto se ztotožňují i výpovědi našich respondentů, kteří uváděli, že mimomanželské soužití není přípustné, stejně tak, jako homosexuální páry.

Zdraví má pro muslimy velký význam a kladou a na něj důraz a náboženství jim ukládá povinnost udržovat tělo v čistotě, to znamená omývání se před modlením, před a po pohlavním styku, v období menstruace a po šestinedělí (Abd-Al-Átí, 2010). Ve výzkumu Rolantové (in Tóthová, 2012) 98 % muslimů uvedlo, že o své zdraví pečují a to především dodržováním pitného režimu a pravidelným stravováním. Respondenti v našem výzkumném šetření uváděli, že nezkouší tradiční medicínu a při problémech navštěvují lékaře, kterému důvěřují. Respondenti v našem výzkumném šetření také uváděli, že nemají problém darovat a přijímat krev a orgány, ale nesouhlasí s umělým ukončením těhotenství na vlastní žádost. Islám povoluje brát antikoncepci, ale striktně zakazuje ukončit těhotenství. Výjimkou je ohrožení života matky (Cichá, Nováková, 2007).

Odlišnosti se objevily také v problematice umírání, kdy respondenti uváděli, že zemřelý je ještě týž den pochován do země. K těmto výsledkům dospěla i Rolantová (in Tóthová, 2012). Pochování těla do 24 hodin od úmrtí by požadovalo 95 % respondentů. Rodina nebo duchovní předčítají verše z Koránu a umírající by měl ležet s tváří obrácenou k Mekce

(Černá, Hlaváčová, 2005). V posmrtný život věří kromě jednoho respondenta v našem šetření všichni dotazovaní a uvedli, že po smrti nastane zúčtování u Alláha a že člověk musí během pozemského života žít dobře, aby se i po smrti měl dobře.

Během hospitalizace respondenti neuváděli nic, s čím by byli nespokojeni. Vyjádřili přání, aby ženy byly ošetřeny pokud možno ženou lékařkou a v případě nemožnosti toto zajistit, by měl být u vyšetření přítomen muž z rodiny. Diagnózu si někteří přejít sdělit přímo jim, někteří uvedli, aby rodina byla ta, kdo se diagnózu a léčebný postup dozví od lékaře jako první.

Těhotenství ženy a porod dítěte je v islámských zemích velmi kladně přijímáno. Těhotná žena by měla být rodinou opečovávaná a chráněna a měla by jí být plněna přání a chutě. Ve výsledcích z našeho výzkumného šetření vyplynulo, že dítě je velká radost daného páru a na pohlaví nezáleží.

12.3 Záznam ošetrovatelské péče

Na základě odborných zdrojů a zjištěných specifík ve druhé fázi výzkumu, která se mohou vyskytovat u příslušníků minoritních skupin, byl navržen pilotní „Ošetrovatelský záznam pro klienty z minoritní skupiny (viz Příloha 10 a Příloha 11), který byl předložen nelékařskému zdravotnickému personálu a manažerkám ošetrovatelské péče v rámci focus group 1 a 2. Moderní ošetrovatelství si klade za cíl poskytovat takovou ošetrovatelskou péči, která vychází z individuálních potřeb a problémů každého klienta a měli bychom mít na paměti, že ošetrovatelství je ovlivňováno náboženskými, kulturními, sociálními a politickými faktory, které se mohou odrážet v přístupech klientů a jejich rodin ke zdraví a nemoci (Tóthová, 2014).

Ošetrovatelský záznam pro klienty z minoritní skupiny vycházel z koncepčního Modelu kulturních kompetencí Larryho D. Purnella a zároveň byla snaha záznam navrhnout tak, aby se snadno vyplňoval a postihl oblasti podstatné pro plánování a realizaci multikulturní ošetrovatelské péče, splnitelné v podmínkách českých zdravotnických zařízení. Model kulturních kompetencí vznikl z předpokladu, že kultura je velmi silným faktorem schopným ovlivnit nejen poskytování péče, ale také její přijímání a každý jedinec má právo na respektování jedinečnosti kulturního dědictví (Sagar, 2011). V současné pluralitní společnosti je žádoucí, aby poskytovatelé péče dokázali využít a začlenit znalosti o kulturách svých klientů do plánování a realizace ošetrovatelské péče. S tím také souvisí znalost zdravotníků o své vlastní kultuře, komunitách a minoritách v zemi (Purnell, 2005). Klient by měl být

aktivní účastník v ošetrovatelském procesu a respektování holismu a demokratičnosti je v tomto případě podmínkou (Fišerová, 1998).

V průběhu focus group 1 s nelékařským zdravotnickým personálem a focus group 2 s manažerkami ošetrovatelské péče byla hledána odpověď na třetí výzkumnou otázku: „**Jaká je uživatelská přívětivost navrženého záznamu ošetrovatelské péče?**“ Poznatky z obou focus group přinesly kvalitní zpětnou vazbu, na jejímž základě byl původní záznam přepracován. Účastníci se vyjadřovali jak k formální, tak k obsahové stránce dokumentu. Pozitivně byl hodnocen záznam jako takový, jelikož účastnice focus group se dosud s takto zaměřenou dokumentací ve své praxi nesetkaly. Toto je, dle mého názoru, velmi překvapivé zjištění, jelikož v dnešní době, kdy je apelováno na holistické posuzování klientů, by měl být při poskytování péče brán zřetel na faktory z oblasti kulturní, sociální a náboženské. Z tohoto pravděpodobně pramení i zjištění, že účastnicím focus group 1 a 2 nebylo jasné, v jaké situaci dokument použít. Na tuto připomínku jsem se zaměřila a došla k závěru, že občané České republiky jsou v celosvětovém kontextu a v kontextu využití Modelu kulturních kompetencí dle Purnella taktéž považováni za příjemce multikulturní/transkulturní péče, protože jak Purnell (2013) uvádí, Model je využitelný u všech národností a ve všech oborech poskytujících péči. Tudíž finální verze je vypracována tak, aby byl záznam využit při vstupním zhodnocení klientů, kteří nastupují k hospitalizaci do zdravotnického zařízení bez ohledu na zemi původu, náboženství anebo příslušnost k určité minoritní či etnické skupině. Dokument byl přejmenován z původního názvu „Ošetrovatelský záznam péče o klienty z minoritní skupiny“ na „Záznam ošetrovatelské péče při příjmu“.

Velká změna také nastala v obsahu dokumentu. V připomínkách od účastníků focus group 1 i 2 se opakovaly názory, že některé položky jsou duplicitní s položkami ve zdravotnické dokumentaci, která se na odděleních používá. Tím, že byl záznam přepracován tak, aby se využíval u všech klientů, byly do dokumentu zavzaty i oblasti, které se vyskytovaly v dokumentaci používané ve zdravotnických zařízeních a které v původním Ošetrovatelském záznamu péče o klienty z minoritní skupiny nebyly. Jedná se o oblasti Spánek, Vylučování, Dýchání, Bolest, Soběstačnost, Stav kůže a Invazivní vstupy. Navíc je také přidána stránka se škálami. V případě potřeby si mohou konkrétní zdravotnická pracoviště dokument upravit tak, aby přesně vyhovoval dalším specifickým požadavkům jejich klientů. Dokument byl celkově hodnocen účastnicemi focus group jako málo přehledný s minimem prostoru pro vypsání volné odpovědi. Toto bylo považováno za podstatné a proto upravený návrh má více prostoru pro volné odpovědi a grafická úprava je podstatně odlišná, přehlednější.

Takto vytvořený Záznam ošetrovatelské péče je nyní připraven pro další ověřování ve zdravotnických zařízeních v přímé péči (viz Obrázek 8).

Limitace výzkumu

Mezi limity výzkumu patří vzorek respondentů ve druhé fázi šetření. V našem vzorku respondentů byli příslušníci ukrajinské minority, vietnamské a romské minority a vyznavači islámu. Limitem výzkumu je právě omezení vzorku respondentů na tyto čtyři minority, jelikož jiné minority by pravděpodobně přinesly další informace o kulturních tradicích a specifikách, které by mohly mít vliv na ošetrovatelskou péči. Domníváme se však, že jako vzorek respondentů v našem šetření byly zvoleny takové minoritní skupiny, které mají specifika ovlivňující poskytovanou péči a zároveň jsou početně v České republice výrazně zastoupeny.

V empirické části jsou pro šetření používány výrazy výzkumné šetření, výzkumné otázky, výzkumný soubor. Uvědomuji si, že v této disertační práci není využit reprezentativní vzorek vztahující se na celou populaci, a tudíž by bylo vhodnější používat výraz průzkum, průzkumné šetření. Cílem disertační práce bylo mimo jiné vytvořit součást zdravotnické dokumentace, která může přispět ke kvalitě poskytované péče. Pro tento cíl se domníváme, že výzkumný soubor byl dostačující.

13 Závěr

Předkládaná disertační práce v teoretické rovině představila současnou situaci majoritní společnosti a národnostních menšin v kontextu péče poskytované ve zdravotnických zařízeních nejen v České republice. Pro účely disertační práce byly vybrány čtyři minoritní skupiny. Jednalo se o tři minoritní skupiny národnostní a jednu náboženskou. Z národnostních skupin byly vybrány minorita ukrajinská, romská a vietnamská, jelikož jsou na našem území nejpočetnější. Náboženskou minoritu reprezentovali vyznavači islámu, muslimové, jakožto zástupci druhého nejrozšířenějšího náboženství na světě a rovněž příslušníci minority na našem území poměrně početné.

V teoretické části práce jsou popsány historické spojitosti vybraných minorit s příchodem na české území, dále kulturní tradice a zvyky a společenské události týkající se jejich každodenního života. Nemalá část je věnována také specifikům, která se mohou u příslušníků minorit objevit v běžném životě a také při poskytování a přijímání ošetrovatelské péče.

V dnešní době, ve světě, kdy se různé kultury překrývají, doplňují a ovlivňují, je nezbytné, aby ošetrovatelská péče byla kulturně uzpůsobená jak poskytovatelům, tak příjemcům péče. Za zakladatelku transkulturního ošetrovatelství je považována Madeleine Leininger, na kterou navazovali a jejíž teorii se nechali inspirovat i různí další autoři.

Pro účely disertační práce byl jak v teoretické rovině, tak v rovině empirické využit Model kulturních kompetencí Larryho D. Purnella (Purnell, 2002).

Prvním cílem výzkumné části bylo vytvořit českou jazykovou verzi Modelu kulturních kompetencí L. D. Purnella. Pomocí opakovaného zpětného překladu bylo tohoto cíle dosaženo.

Druhým cílem bylo zjistit a určit kulturní specifika vybraných minoritních skupin v Pardubickém kraji se zaměřením na ošetrovatelskou péči. K dosažení tohoto cíle byly provedeny polostrukturované rozhovory s příslušníky ukrajinské, romské a vietnamské minority a s vyznavači islámu. Za oblasti, ve kterých se specifika promítají u respondentů nejvíce, lze považovat rodinné vazby, stravování, rituály spojené s umíráním, komunikace a také přístup ke zdraví. Velký vliv má také náboženství a víra, kterou jedinci vyznávají.

Třetím cílem bylo vytvořit záznam ošetrovatelské péče pro zhodnocení kulturních specifik u hospitalizovaných klientů. Na základě výsledků z polostrukturovaných rozhovorů s příslušníky minoritních skupin byl navržen Ošetrovatelský záznam pro klienty z minoritní skupiny. Účelem bylo, aby obsahoval takové položky, které po vyplnění nelékařským

zdravotnickým personálem s klientem zodpoví na otázky, jaká specifika se mohou u příslušníků minoritních skupin objevit a jak by mohla být dále plánována a realizována ošetrovatelská péče tak, aby se jednalo o péči kulturně kompetentní a byla zjištěná specifika respektována.

Takto navržený Ošetrovatelský záznam byl podroben zpětné vazbě tak, aby mohl být splněn čtvrtý cíl výzkumné části, a to zjistit uživatelskou přívětivost navrženého záznamu ošetrovatelské péče. K tomuto dokumentu se vyjadřoval nelékařský zdravotnický personál a manažeři ošetrovatelské péče pomocí focus group. Velký přínos byl v dokumentu jako takovém, jelikož dotazovaní uváděli, že se s podobným záznamem nesetkali a nejsou zvyklí se specifiky ovlivňujícími poskytovanou péči u příslušníků minorit zabývat. Mezi doporučeními zaznívalo, že je dokument málo přehledný, bylo v něm málo prostoru pro vypsání volné odpovědi. Jednou ze zásadních připomínek bylo, aby zjišťování specifík bylo součástí již stávající ošetrovatelské dokumentace a aby nevznikal další dokument. Důvodem, který účastnice focus group uváděly, byl také fakt, že lze velmi těžko rozhodnout u kterého klienta dokument využít a u kterého ne. Některé položky a otázky, které byly v předloženém dokumentu obsaženy, byly duplicitní s jinými dokumenty, které se ve zdravotnických zařízeních používaly. Na základě zpětné vazby byl dokument zcela přepracován, byl upraven i název a nyní je takto připraven pro další výzkumná šetření v přímé péči s klienty. Zároveň předpokládáme v dohledné době začlenění vytvořené dokumentace do zdravotnické dokumentace ve spolupracujícím zdravotnickém zařízení.

Z disertační práce plyne několik zásadních výstupů, konkrétně tedy: **vytvoření české jazykové verze Modelu kulturních kompetencí dle Purnella** pomocí standardizované metodiky a dále **vytvoření Záznamu ošetrovatelské péče**, který by mohl být využíván ve zdravotnických zařízeních v rámci vstupního zhodnocení klientů s ohledem na kulturní specifika a potřeby. V práci jsou také **definována kulturní specifika** ukrajinské, romské, vietnamské minority a vyznavačů islámu a autorka práce věří, že tyto informace mohou být nápomocné při vzdělávání zdravotníků.

Doporučení pro praxi

Na základě postřehů a výsledků, které vznikaly během jednotlivých fází výzkumného šetření, bych doporučila, aby se zdravotníci více vzdělávali a zajímali o problematiku multikulturního a transkulturního ošetrovatelství. Kromě konferencí, které jsou na toto téma pořádané, je možnost číst denní tisk, odborné časopisy a odbornou literaturu.

Velkým mínusem je jazyková vybavenost jak klientů z jiných zemí, tak zdravotnických pracovníků. Komunikace je jedním ze základních předpokladů sociálního kontaktu a o to více je důležitá, když se jedná o zdraví. Je-li situace, kdy na oddělení není možné se dorozumět s klientem, měly by zde být k dispozici kontakty na osoby a jazykové agentury, které jsou schopné tlumočení zařídit. Určitou pomůckou pro zvládnání základní komunikace s klientem neovládajícím český jazyk mohou být již zmíněné komunikační karty, či mobilní aplikace sloužící k překladům základních frází. Obecně je potřebné ve zdravotnickém zařízení nastavit jednoznačná pravidla a systém, který napomůže k řešení nastalých situací při komunikaci s klienty, kteří neovládají český jazyk.

Další doporučení se týká chování zdravotnického personálu, které by mělo být bez předsudků vůči občanům z jiných zemí. Právě znalost kulturních specifíků a vědomí toho, že existují faktory v životě každého z nás, které mohou ovlivňovat naše vnímání zdraví, postoje k nemoci a k poskytované péči, je základním předpokladem poskytování kulturně kompetentní péče. I zde spatřujeme velký potenciál ve vzdělávání zdravotnických pracovníků.

Předpokládáme využití vytvořené zdravotnické dokumentace v přímé péči o klienty. Doporučením pro praxi je jednoznačně vědomí toho, že je nutné specifika péče u klientů sledovat a počítat s nimi v reálném rozsahu při poskytování péče. Námi vytvořená zdravotnická dokumentace tomu může napomoci.

14 Seznam bibliografických citací

- ABD-AL-ÁTÍ, H. *Zaostřeno na islám*. 2. vyd. Praha: Islámská nadace v Praze, 2010. ISBN 978-80-904373-6-4.
- AL-AKILI, M. *Natural healing with the medicine of the propet*. Philadelphia: Pearl Publishing House, 1993. ISBN 1-879405-07-05.
- ANDREWS M., BOYLE, JS. *Transcultural concepts in nursing care*. 7th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2016. ISBN 978-1-4511-9397-8.
- ARMSTRONG, K. *Islám*. Praha: Slovart, 2008. ISBN 978-80-7391-155-3.
- BAREŠOVÁ, I. *Současná problematika východoasijských menšin v České republice*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. ISBN 978-80-244-2645-7.
- BEATON, DE., GUILLEMIN, F. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. *Spine*. 2000, 25(24), 3186–3191. ISSN 1528-1159.
- BEČKA, J., MENDEL, M. *Islám a české země*. Olomouc: Votobia, 1998. ISBN 80-7220-034-8.
- BEHLING, O., LAW, K. *Translating questionnaires and other research instruments: problems and solutions*. Thousand Oaks: Sage Publications, 2000. ISBN 0-7619-1824-8.
- BIRBILI, M. Translating from one language to another. *Social Research Update*, 2004. Available from: <http://www.soc.surrey.ac.uk/sru/html>.
- BITTNEROVÁ, D., MORAVCOVÁ, M. *Etnické komunity. Romové*. Praha: FHS UK, 2013. ISBN 978-80-87398-45-6.
- BLACK, J., PURNELL, L. Cultural competence for the physical therapy professional. *Journal Of Physical Therapy Education*. 2002, 16(1), 3-10. ISSN 1938-3533.
- BLÁHA, J., ŠEMBEROVÁ, J. *Anglický výkladový slovník vybraných odborných termínů z psychologie, sociologie, etiky a sociální práce*. Praha: Triton, 2011. ISBN 978-80-7254-467-5.
- BLANAŘ, V., MEJZLÍK, J., PELLANT, A., BÁRTOVÁ, I., KRČMÁŘ, P., LOVAS, M. Česká verze dotazníku Hearing Handicap Inventory for Adults. *Otorinolaryngologie a foniatrie: časopis České společnosti pro otorinolaryngologii a chirurgii hlavy a krku*. 2014, 1(63), 50-56. ISSN 1210-8767.
- BRISLIN, R. Back-translation for cross-cultural research. *Journal of Cross-Cultural psychology*. 1970, 1(3), 185–216. ISSN 1552-5422.
- BROUČEK, S. *Aktuální problémy adaptace vietnamského etnika v ČR*. Praha: Etnologický ústav AV ČR, 2003.
- BURIÁNEK, Jan. *Lékařské tajemství, zdravotnická dokumentace a související právní otázky*. Praha: Linde, 2005. ISBN 80-7201-544-3.
- BUDILOVÁ, L., JAKOUBEK, M. *Cikánská rodina a příbuzenství*. Ústí nad Labem: Dryada, 2007. ISBN 978-80-87025-11-6.
- CAMPINHA-BACOTE, J. The Process of Cultural Competence: A culturally Competent Model of Care. *Journal of Transcultural Nursing*. 2002, 13(3), 181-4. ISSN 1043-6596.
- CICHÁ, M., NOVÁKOVÁ, I. Spirituální potřeby nemocných muslimského vyznání. *Sestra*. 2007, 17(3), 22-23. ISSN 1210-0404.

- CROFTER, W. *Velká kniha islámu*. Čechtice: BVD, 2006. ISBN 80-903-754-0-5.
- ČENĚK, J., a kol. *Interkulturní psychologie: vybrané kapitoly*. Praha: Grada. 2016. ISBN 978-80-247-5414-7.
- ČERMÁK, I., LINDÉNOVÁ, J. *Povolání-herce. Kritické momenty v pracovním životě herců*. Brno: Větrné mlýny, 2000. ISBN 80-86151-42-5.
- ČERNÁ, E., HLAVÁČOVÁ, M. Zvyky muslimů. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2005, 1(4). 192-194. ISSN 1801-1349.
- ČESKÁ ASOCIACE SESTER. *ICN - Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester* [online]. 2000. [cit. 2019-01-03]. Dostupné z: <https://www.cna.cz/icn-eticky-kodex/>.
- ČESKÁ KOMORA PORODNÍCH ASISTENTEK. *Mezinárodní etický kodex porodních asistentek* [online]. 2014. [cit. 2019-01-03]. Dostupné z: <https://www.ckpa.cz/porodni-asistentky/pracovni-uplatneni/eticky-kodex.html>.
- ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA. *Poskytování zdravotní péče občanům evropské unie* [online]. 2005. [cit. 2018-11-20]. Dostupné z: http://www.clk.cz/oldweb/poradna/Cizinci/leceni_cizincu_EU.html.
- ČESKO. *Věstník MZČR 7/ 2004: Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů*. Částka 8. Praha: Ministerstvo zdravotnictví, 20. 6. 2004. [cit. 2018-06-05]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3646_1778_11.html.
- ČESKO^a. *Věstník MZ ČR 9/2004: Koncepce ošetrovatelství*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví, 20. 6. 2004. [cit. 2018-06-05]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/Legislativa/obsah/2004_1778_11.html
- ČESKO. Vyhláška č. 385/2006 Sb. o zdravotnické dokumentaci [online]. [cit. 2018-07-06]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-385>.
- ČESKO. *Vyhláška č. 299/2010 Sb., o očkování proti infekčním nemocem, ve znění pozdějších předpisů* [online]. [cit. 2018-07-06]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2010-299>.
- ČESKO. *Zákon č. 89/2012 Občanský zákoník* [online]. [cit. 2018-07-06]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-89>.
- ČESKO. *Zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů* [online]. [cit. 2018-08-11]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1992-160>.
- ČESKO. *Zákon č. 186/2013 Sb. o státním občanství České republiky a o změně některých zákonů (zákon o státním občanství České republiky)* [online]. [cit. 2018-08-11]. Dostupné z: <https://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=80137&nr=186~2F2013&rpp=15#local-content>.
- ČESKO. *Zákon č 256/1992 Sb., o ochraně osobních údajů v informačních systémech ve znění pozdějších předpisů* [online]. [cit. 2018-08-13]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1992-256>.
- ČESKO. *Zákon č. 260/2001 Sb., kterým se mění zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů* [online]. [cit. 2018-08-12]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2001-260>.
- ČESKO. *Zákon č. 273/2001 Sb., o právech příslušníků národnostních menšin a o změně některých zákonů*. In: [zakonyprolidi.cz](http://www.zakonyprolidi.cz) [cit. 2017-05-10]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2001-273>.

- ČESKO. *Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů* [online]. [cit. 2018-10-13]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>.
- ČESKÝ ROZHLAS. *Romové v České republice* [online]. ©1997-2019. [cit. 2018-12-12]. Dostupné z: <http://romove.radio.cz/cz/clanek/18394>.
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Data-počet cizinců* [online]. 2019. [cit. 2016-08-10]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/cizinci/4-ciz_pocet_cizincu#cr.
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD^a. *Obyvatelstvo* [online]. 2019. [cit. 2016-08-10]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/obyvatelstvo_lide.
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD^b. *Data-zdravotní péče* [online]. 2019. [cit. 2016-08-10]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/cizinci/data-zdravotni-pecce#cr>.
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD^c. *Náboženská víra obyvatel podle výsledků sčítání lidu* [online]. 2019. [cit. 2016-08-10]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/nabozenska-vira-obyvatel-podle-vysledku-scitani-lidu-2011-61wegp46fl>.
- DAVIDOVÁ E., a kol. *Kvalita života a sociální determinanty zdraví u Romů v České a Slovenské republice*. Praha: Triton, 2010. ISBN 978-80-7387-428-5.
- DAVIDOVÁ, E., UHEREK, Z. *Romové v československé a české společnosti v letech 1945-2012, národnostní struktura, specifika romské rodiny a migrací*. Praha: Národohospodářský ústav Josefa Hlávky, 2014. ISBN 978-80-86729-98-5.
- DAYER-BERENSON, L. *Cultural competencies for nurses. impact on health and illness*. 2nd ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning, 2014. ISBN 978-1-4496-8807-3.
- DENNY, F. M. *Islám a muslimská obec*. 2. vyd. Praha: Prostor, 1999. ISBN 80-85190-96-6.
- DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2011. ISBN 978-80-246-1966-8.
- DRBOHLAV, D., LUPTÁK, M., JANSKÁ, E., ŠELEPOVÁ, P. *Ukrajinská komunita v České republice*. In Šišková, T. (ed.). *Menšiny a migranti v České republice; My a oni v multikulturní společnosti 21. století*. Praha: Portál, 2001, s. 81–88. ISBN 80-7178-648-9.
- EBRAHIM, A. *Abortion, birth control and surrogate parenting. An islamic perspective*. Indianapolis: American Trust Publication, 1989. ISBN: 978-0-8925-9081-0.
- ERIKSEN, T. H. *Sociální a kulturní antropologie. Příbuzenství, národnostní příslušnost, rituál*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-465-6.
- EUROSTAT. *Asylum and first time asylum applicants by citizenship, age and sex. Annual aggregated data* [online]. 2017. [cit. 2017-07-26]. Available from: http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=migr_asyappctza&lang=EN.
- EUROPEAN TRANSCULTURAL NURSING ASSOCIATION. *About Etna* [online]. (c) 2010-2019 [cit. 2018-12-20]. Available from: <http://europeantransculturalnurses.eu/about-etna/>.
- EVANS, A. *Ukrajina*. Brno: JOTA, 2007. ISBN 978-80-7217-509-3.
- FARKAŠOVÁ D., a kol. *Ošetřovatelství - teorie*. 1. čes. vyd. Martin: Osveta, 2006. ISBN 80-8063-182-4.
- FILIPI, P. *Křesťanstvo: historie, statistika, charakteristika křesťanských církví*. 2. vyd. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury, 1998. ISBN 80-885959-35-2.

- FÍŠEROVÁ, J. *Etika v ošetrovatelství: pomocný učební text*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1994.
- FLEISSING, J., BAHBOUH, CH. *Malá encyklopedie islámu*. Praha: Dar Ibn Rushd, 1993. ISBN 80-900767-3-4.
- FRASER, A., MIKULÁŠKOVÁ, M. *Cikáni*. Praha: Lidové noviny, 1998. ISBN 80-7106-212-X.
- FREIDINGEROVÁ, T. *Vietnamci v česku a ve světě. Migrační a adaptační tendence*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON) v koedici s Přírodovědeckou fakultou Univerzity Karlovy, 2014. ISBN 978-80-7419-174-9.
- GIGER, J., et al. American Academy of Nursing Expert Panel report: Developing cultural competence to eliminate health disparities in ethnic minorities and other vulnerable populations. *Journal of Transcultural nursing*. 2007, 18(2), 95-102. ISSN 1043-6596.
- GLASER, BG. *Theoretical sensitivity: advances in the methodology of grounded theory*. Mill Valley, CA: Sociology Press, 1978. ISBN 978-06-862-4892-7.
- GOODY, J. *Islam in Europe*. Cambridge: Polity Press, 2004. ISBN 0-7456-3193-2.
- HAIŠMAN, T. *Romové v Československu v letech 1945-1967, vývoj institucionálního zájmu a jeho dopady*. Praha: Socioklub, 1999. ISBN 80-902260-7-8.
- HÁJEK, M., BAHBOUH, CH. *Muslimský pacient*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5631-8.
- HENDL, J., REMR, J. *Metody výzkumu a evaluace*. Praha: Portál, 2017. ISBN 978-80-262-1192-1.
- HENDL, J. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
- HLADÍKOVÁ, A. *Tolerance a multikulturalismus – vztah dvou konceptů*. Výchova, vzdělávání a kultura ve vztahu k národnostním menšinám: Mezinárodní konference. Sest. a redig. Balvín, Jaroslav. 2004, s. 55-58.
- HLAVATÁ, L., a kol. *Dějiny Vietnamu*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 2008. ISBN 978-80-7106-965-2.
- HNILICOVÁ, H., DOBIÁŠOVÁ, K. *Zpráva o stavu zdraví a zdravotní péči pro migranty v ČR*. Praha: Ústav veřejného zdravotnictví a medicínského práva 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, 2009.
- HORVÁTHOVÁ, J. *Kapitoly z dějin Romů*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 2002. ISBN 80-7106-615-X.
- HRABÁKOVÁ, L. *Kultura Vietnamu* [online]. 2011. [cit. 2017-09-12]. Dostupné z: <http://kfl.fp.tul.cz/en/by-lecturers/category/vtn>.
- HRBEK, I. *Korán*. 4. vyd. Praha: Academica, 2000. ISBN 80-7309-922-6.
- HSIAO-YU, Ch., BOORE, J. Translation and back-translation in qualitative nursing research: methodological review. *Journal of Clinical Nursing*. 2009, 19, 234-239. ISSN 1365-2702.
- CHAJRÍ, ŠF. *Islám*. Praha: Ikar, 2001. ISBN 80-7202-922-3.
- CHARMAZ, K. *Constructing Grounded Theory. A practical Guide Through Qualitative Analysis*. London: Sage Publications, 2006. ISBN 978-0761973539.

- IVANOVÁ, K., ŠPIRUDOVÁ, L. a KUTNOHORSKÁ, J. *Multikulturní ošetrovatelství I*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1212-1.
- JAKOUBEK, M., a kol. *Cikáni a etnicita*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-105-5.
- JANDA, R. *Islám a náboženství, historie a budoucnost*. Brno: Jota, 2010. ISBN 978-80-7217-628-1.
- JAROŠOVÁ, D., ZELENÍKOVÁ, R. *Ošetrovatelství založené na důkazech: Evidence Based Nursing*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5345-4.
- JIŘIČKA, J. *Česko má nové oficiální národnostní menšiny. Vietnamce a Bělorusy* [online]. 2013. [cit. 2016-12-31]. Dostupné z: http://zpravy.idnes.cz/vietnamci-oficialni-narodnostni-mensinou-fiq-/domaci.aspx?c=A130703_133019_domaci_jj.
- KADLECOVÁ, H. Jednotlivá náboženství a jejich vztah k výživě. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2014, 10(1), 3-7. ISSN 1801-1349.
- KALEJA, M., KNEJP, J. *Mluvme o Romech. Aven vakeras pal o Roma*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2009. ISBN 978-80-7368-708-3.
- KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty 4. ročník*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2831-5.
- KIRSTE, R., SCHULTZE, H., TWORUSCHKA, U. *Svátky světových náboženství*. Praha: Vyšehrad, 2002. ISBN 80-7021-588-7.
- KLÍMOVÁ, M., ROSKOVÁ, L. Ekonomické dopady současné migrační krize v Evropě na Českou republiku. *Kontakt*. 2017, 19(4), 274-284. ISSN 1804-7122.
- KOBER, L., KOVALČÍKOVÁ, K., SISKÁ, V. *Ošetrovatel'stvo a rómska komunita. Ošetrovatelství bez hranic*. 2011, 7-13. ISBN 978-83-60942-99-4
- KOCOUREK, J. *Vietnamci v České republice*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-648-9.
- KOZIER, B., ERB, G.L., OLIVIERI, R. *Ošetrovatel'stvo: koncepcia, ošetrovatel'ský proces a prax 2*. Martin: Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0.
- KRÁLÍKOVÁ, L. Zdravotní péče o muslimské pacienty. *Ošetrovatelství*. Hradec Králové: UO v Brně, Fakulta vojenského zdravotnictví. 2008, 10 (1-2), 38-41. ISSN 1212-723X.
- KROPÁČEK, L. *Duchovní cesty islámu*, 3. dopl. vyd. Praha: Vyšehrad, 2003. ISBN 80-702-1613-1.
- KŘEČKOVÁ-TŮMOVÁ, N., DOBIÁŠOVÁ, K., NESVADBOVÁ, L., HÁVA, P., ŠEBEK, P. Potřeba a spotřeba zdravotní péče Ukrajinci žijícími dlouhodobě nebo trvale v ČR. *Zdravotní politika a ekonomika*. 2003, 81-161. ISSN 1213-8096.
- KŘÍKAVOVÁ, A., a kol. *Islám: ideál a skutečnost*. 2. vyd. Praha: Baset, 2002. ISBN 80-86223-71-X.
- KUČEROVÁ, A. *Postavení a perspektivy integrace ukrajinské menšiny v České republice*. Praha, 2010. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze. Vedoucí práce: Příhoda Marek.
- KUDLOVÁ, P. *Ošetrovatelský proces a jeho dokumentace*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2016. ISBN 978-80-7454-600-6.
- KULWICKI, A. *Health issues among Arab Muslim families*. In: Aswad BC, Blige, B, eds. *Family and gender among American muslim: Issues facing Middle Eastern immigrants and their descendants*. Philadelphia: Temple University Press, 1996. 187-207.

- KUTNOHORSKÁ, J. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4413-1.
- LANDMANN, R. *Encyklopedie zeměpisu světa*. Ostrava: Knižní expres, 2009. ISBN 978-80-7347-054-8.
- LAW, K., JOHN, W. Homelessness as culture: How transcultural nursing theory can assist caring for the homeless. *Nurse Education in Practice*. 2012, 12(6), 371-374.
- LAWRENCE, P., ROZMUS, C. Culturally sensitive care of the Muslim patient. *Journal of Transcultural Nursing*. 2001, 12(3), 228-233. ISSN 1043-6596.
- LEININGER, M. Culture Care Theory, research, and practice. *Nurs Sci Q*. 1996, 9(2), 71-8.
- LEININGER, M., MCFARLAND, M. R. *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research and Practice*. 3rd ed. New York: McGraw-Hill, Medical Publishing Division, 2002. ISBN 978-0071353977.
- LEONTIYEVA, Y. *SOCIOweb* [online]. 2005. [cit. 2018-07-06]. Available from: http://socioweb.cz/upl/editorial/download/124_socioweb_5.pdf.
- LEONTIYEVA, Y., a kol. *Menšinová problematika v ČR: komunitní život a reprezentace kolektivních zájmů (Slováci, Ukrajinci, Vietnamci, Romové)*. Praha: Sociologický ústav AV ČR, 2006. ISBN 80-7330-098-2.
- LHOTKA, P., a kol. *Romové v první Československé republice: Tradice a současnost*. Brno: Moravské zemské muzeum/SVAN; Muzeum romské kultury, 1999. ISBN 80-902476-1-X.
- LHOŤAN, L. *Islám a islamismus v České republice*. Pstruží: Lhoťan Lukáš, 2011. ISBN 978-80-904932-1-6.
- LIVINSKÝ, O. *Ukrajinské Vánoce ctí tradice, víru i pověry* [online]. 2008. [cit 2018-12-19]. Dostupné z: <http://www.ukrajinci.cz/vyhledavani/aktuality+c19/ukrajinske-vanoce-cti-tradice-viru-i-povery+a5957.htm>.
- LOVERING, S. Cultural attitudes and beliefs about pain. *Journal of transcultural nursing*. 2006, 17 (4), 389-395. ISSN 1043-6596.
- LUNDE, P. *Islám: víra, kultura, dějiny*. Praha: Knižní klub, 2004. ISBN 80-242-1093-2.
- MACH, J., a kol. *Univerzita medicínského práva*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-5113-9.
- MAIER-LORENTZ, M. M. *Transcultural nursing: It is importance in nursing practice*. National University in San Diego, California, USA: Journal of Cultural Diversity, 2008. ISSN 1071-5568.
- MANDYSOVÁ, P., EHLER, E., TREJBALOVÁ, L. The Czech version of the Braden Scale: the translation method and inter-rater reliability. *Ošetrovatelstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online]. 2012, 2(4), 137–142. Available from: <http://www.osetrovatelstvo.eu/archiv/2012-rocnik-2/cislo-4/ceska-verze-skaly-bradenove-metodika-prekladu-a-shodamezi-posuzovateli>.
- MANN, A. B. *Vzťah Rómov k viere. In Pastorácia Rómov*. Bratislava: Ústav pre vzťahy štátu a cirkví, 2009. ISBN 978-80-89096-39-8.
- MAŇHALOVÁ J., TÓTHOVÁ, V. The potential use of conceptual models of cultural competence in the nursing profession. *Kontakt*. 2016, 18(2), 69-74.
- MARTÍNKOVÁ, Š. *Chrástavské děti. Klub Hanoi* [Online]. 2006. [cit. 2016-10-20]. Dostupné z: <http://klubhanoi.cz/view.php?cislocianku=2006071101>.

- MARTÍNKOVÁ, Š. *Sociabilita vietnamského etnika v Praze*. Praha: Etnologický ústav AV ČR, 2008. ISBN 978-80-8712-12-0.
- MATĚJČEK, Z. *Škola rodičů*. Praha: Maxdorf, 2000. ISBN 80-85912-29-5.
- MELICHÁREK, T. *Islám v Brně: muslimská komunita očima médií a Brňanů*. Pstruží: Lukáš Lhořan, 2011. ISBN 9788090493209.
- MENDEL, M., OSTŘANSKÝ, B., RATAJ, T. *Islám v srdci Evropy: vlivy islámské civilizace na dějiny a současnost českých zemí*. Praha: Academia, 2007. ISBN 9788020015549.
- MICHÁLKOVÁ, H., ŠEDOVI, L., TÓTHOVÁ, V. Specifika ošetrovateľskej péče u vietnamskej minority. *Sestra* [online]. 2009, 15(12) [cit. 2017-05-20]. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/specifika-osevrotatelske-pece-u-vietnamske-minority-448616>.
- MINISTERSTVO ZAHRANIČNÍCH VĚCÍ UKRAJINY. *Ukrajinci v českých zemích* [online]. 2012. [cit. 2018-10-10]. Dostupné z: <https://czechia.mfa.gov.ua/cs/ukraine-czechia/ukrainians-in-czechia>.
- MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.
- MOCKOVÁ, J. Specifika ošetrovateľskej péče u vietnamských žien v souvislosti s těhotenstím, porodem a šestinedělím. *Moderní babičtví* [online]. 2006, 10. [cit. 2017-05-20]. Dostupné z: <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2006-10/clanek.php?c=5>.
- MOREE, D., JANSKÁ, I. *Než začneme s multikulturní výchovou: od skupinových konceptů k osobnostnímu přístupu*. Praha: Člověk v tísní, 2008. ISBN 978-80-86961-61-3.
- MORGAN, D., KRCHOVÁ, J. *Ohniskové skupiny jako metoda kvalitativního výzkumu*. Boskovice: Albert, 2001. ISBN 80-85834-77-4.
- MÜLLER, Z. *Islám - historie a současnost*. Praha: Svoboda, 1997. ISBN 80-205-0534-2.
- MÜLLEROVÁ, P. *Stručná historie státu: Vietnam*. Praha: Libri, 2004. ISBN 978-80-7277-255-1.
- MUSÁLKOVÁ, Z. *Banánové děti již nechtějí jít ve šlépějích svých rodičů* [online]. 2013. [cit. 2016-12-30]. Dostupné z: <https://www.novinky.cz/zena/styl/294382-bananove-deti-jiz-nechteji-jit-ve-slepejich-svych-rodicu.html>.
- MVČR. *Migrace* [online]. 2018. [cit. 2018-11-20]. Dostupné z: <https://www.mvcr.cz/clanek/migrace-novy-clanek-890951.aspx>.
- MVČR^a. *Strategie migrační politiky České republiky* [online]. 2019. [cit. 2018-11-20]. Dostupné z: <http://www.mvcr.cz/migrace/clanek/strategie-migracni-politiky-ceske-republiky.aspx>.
- MZČR. *Komunikační karty pro pacienty cizince a zdravotníky* [online]. 2016. [cit. 2017-10-20]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/dokumenty/komunikacni-karty-pro-pacienty-cizince-a-zdravotniky_11725_1.html.
- NAVRÁTIL, P., a kol. *Romové v české společnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 0-7178-741-8.
- NEČAS, C. *Holocaust českých Romů*. Praha: Prostor, 1999. ISBN 80-7260-022-2.
- NIETO-VÁZQUEZ, M., TEJEDA, MJ., COLIN, J., MATOS, A. Results of an osteoporosis educational intervention randomized trial in a sample of Puerto-Rican women. *Journal of Cultural Diversity*. 2009, 16(4), 171 – 177.

- NOVÁKOVÁ, K. *Vietnamská rodina - synovská oddanost* [online]. 2005. [cit. 2018-10-10]. Dostupné z: <http://www.klubhanoi.cz/view.php?cislocclanku=2005011301>.
- OBUCHOVÁ, L. *Čičané 21. století: dějiny – tradice – obchod*. Praha: Academia, 1999. ISBN 80-200-0641-9.
- OSN. *Guterres: Migranti jsou ekonomickým, sociálním i kulturním přínosem* [online]. 2017. [cit. 2018-11-10]. Dostupné z: <http://www.osn.cz/guterres-migranti-jsou-ekonomickym-socialnim-i-kulturnim-prinosem/>.
- OSN^a. *Nová zpráva OSN: Počet mezinárodních migrantů se dál zvyšuje* [online]. 2017. [cit. 2018-07-16]. Dostupné z <http://www.osn.cz/nova-zprava-osn-pocet-mezinarodnich-migrantu-se-dal-zvysuje/>.
- OSTŘANSKÝ, B. *Malá encyklopedie islámu a muslimské společnosti*. Praha: Libri, 2009. ISBN 978-80-7277-404-3.
- OSTŘANSKÝ, B. *Atlas muslimských strašáků aneb Vybrané kapitoly z mediálního islámu*. Praha: Academia, 2014. ISBN 978-80-0200-2428-2.
- PATTON, M. Q. *Qualitative Research and Evaluation Methods*. London: Sage, 2002. ISBN 0761919716.
- PAVELČÍKOVÁ, N. *Romové v českých zemích v letech 1945-1989*. Praha: Úřad dokumentace a vyšetřování zločinů komunismu PČR, 2004. ISBN 80-86621-07-3.
- PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetřovatelství v kostce*. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1211-6.
- PAVLÍKOVÁ, E., SLÁDEK, K. *Sociální situace a religiozita ukrajinských migrantů v ČR: kolektivní monografie*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2009. ISBN 978-80-86818-95-5.
- PECHOVÁ, E. *Vietnamský lunární nový rok*. Praha: Muzeum hlavního města Prahy, 2010. ISBN 978-80-85394-70-2.
- PHELPS, L., JOHNSON, K. Developing local public health capacity in cultural competency: a case study with Haitians in a rural community. *Journal Of Community Health Nursing*. 2004, 21(4), 203-215.
- PLEVOVÁ, I., BUŽGOVÁ, R., JANÍKOVÁ, E., a kol. *Ošetřovatelství I*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3557-3.
- PODRAZILOVÁ, P., a kol. *Teorie ošetřovatelství: skripta pro bakalářské studijní obory*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2016. ISBN 8-80-7494-297-6.
- POLIČAR, R. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2358-7.
- PRŮCHA, J. *Multikulturní výchova: teorie - praxe - výzkum*. Praha: ISV, 2001. ISBN 80-85866-72-2.
- PURNELL, L. The Purnell Model for Cultural Competence. *Journal of Transcultural Nursing*, 2002, 13(3), 193-196. ISSN 1043-6596.
- PURNELL, L. The Purnell Model for Cultural Competence. *The Journal of Multicultural Nursing and Health*. Michigan University: Riley Publications. 2005, 11(2), 7-15.

- PURNELL, L. *Transcultural Health Care. A culturally Competent Approach*. 4th ed. Philadelphia: FA Davis, 2013. ISBN 978-0-8036-3705-4.
- PURNELL, L., PAULANKA, B. J. et al. *Transcultural health care: A culturally competent approach*. 3rd ed. Philadelphia: FA Davis, 2008. ISBN 978-08-036-1865-7.
- PURNELL, L., PAULANKA, B. J. *Guide to culturally competent health care*. Philadelphia: FA. Davis, 2005. ISBN 978-08-036-2064-3.
- REEBER, M. *Islám*. Brno: KMa s.r.o., 2008. ISBN 9788073094997.
- RODRÍGUEZ, G., MUÑOZ, A., KOMURA HOGA, L. Cultural experiences of immigrant nurses at two hospitals in Chile. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*. 2014, 22(2), 187-196.
- ROLANTOVÁ, L. *Ústředí muslimských obcí*. Praha: TRITON, 2012. ISBN 978-80-7387-645-6.
- ROLANTOVÁ, L., TÓTHOVÁ, V. Vybrané výsledky z výzkumné práce „Tradiční čínská medicína a současné ošetrovatelství. *Kontakt*. 2008, 10(2), 294. ISSN 1212-4117.
- ROMANIUK, A., GLADUN, O. Demographic Trends in Ukraine: Past, Present, and Future. *Population and Development Review*. 2015, 41(2), 315-337. ISSN 1728-4457.
- RÖSSLEROVÁ, I. Národnostní menšiny a jak s nimi lépe komunikovat. *IKAROS* [online]. 2002, 6(11). [cit. 28. 9. 2012]. ISSN 1212-5075. Dostupné z: <http://www.ikaros.cz/node/1209>.
- RYAN, M. A celebration of a life of commitment to transcultural nursing: Opening of the Madeleine M. Leininger Collection on Human Caring and Transcultural Nursing. *Journal of Transcultural Nursing*. 2011, 22 (1). ISSN 1043-6596
- ŘÍČAN, P. *S Romy žít budeme – jde o to jak*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-250-5.
- SAGAR, PL. *Transcultural nursing theory and models: application in nursing education, practice, and administration*. New York: Springer Publishing Company, 2012. ISBN 978-0-8261-0748-0.
- SEKYT, V. *Romské tradice a jejich konfrontace se současností (Romství jako znevýhodňující faktor)*. Praha: Socioklub, 2005. ISBN 80-86473-83-X.
- SELF, D. *The lion Encyclopedia of World Religions*. Oxford: Lion Hudson plc, 2008. ISBN 978-0-7459-4983-3.
- SONN, T. *Islam: A brief history*. 2nd ed. New Jersey: Wiley-Blackwell, 2010. ISBN 978-1-4051-8093-1.
- STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 4: Jak provádět ošetrovatelský proces*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2005. ISBN 80-7013-283-3.
- STOLÍNOVÁ, J., MACH, J. *Právní odpovědnost v medicíně*. Praha: Galén, 2010. ISBN 978-80-7262-686-1.
- STRAUSS, A., CORBINOVÁ, J. *Základy kvalitativního výzkumu. Postupy a techniky zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce Albert, 1999. ISBN 80-85834-60-X.
- STUDÍK, P., TEPLÍK, T. *Vietnam: země rozmachu, země příležitostí*. Praha: Společnost Longa Praha, 2006. ISBN 80-86391-20-5.
- ŠÍŠKOVÁ, T. *Menšiny a migranti v České republice: my a oni v multikulturní společnosti 21. století*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-648-9.

- ŠÍŠKOVÁ, T. *Výchova k toleranci a proti rasismu*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-182-2.
- ŠLECHTOVÁ, D., BÜRGEROVÁ, O. Specifika romského etnika ve vztahu k poskytování zdravotní a ošetrovatelské péče. *Kontakt*. 2009, 11(1), 187-198. ISSN 1212-4117.
- ŠPIRUDOVÁ, L., IVANOVÁ, K., HALMO, R., TOMANOVÁ, D., BURSOVÁ, I. Pečujeme o klienty odlišných etnik a kultur. Transkulturní péče v praxi aneb jak překonávat komunikační a kulturní bariéry při péči o pacienty odlišných etnik a kultur. Uživatelův manuál pro lůžková zdravotnická zařízení v ČR. (výstup dvouleté práce na projektu „Překonávání komunikačních a kulturních bariér při péči o pacienty odlišných etnik a kultur“ pro MZ ČR). Olomouc: [s.n.], 2004.
- ŠTĚPAŘOVÁ, E. *Organizovaný volný čas romských dětí v Brně*. 2. vyd. Brno: MSD, 2007. ISBN 978-80-86633-97-8.
- ŠTĚTKA, J. Vietnam: 40 let od sjednocení. *DOTYK* [online]. 2016. [cit. 2016-12-25]. Dostupné z: <http://www.dotyk.cz/publicistika/vietnam-40-let-od-sjednoceni-20160702.html>.
- ŠTOLOVÁ, E. *Příchod Romů do Evropy*. Praha: SOFIS, 1997. ISBN 80-902439-0-8.
- ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
- ŠVEC, J., LEJSKA, M., FROSTOVÁ, J., ZÁBRODSKÝ, M., DRŠATA, J., KRÁL, P. Česká verze dotazníku Voice Handicap Index pro kvantitativní hodnocení hlasových potíží vnímaných pacientem. *Otorinolaringologie a foniatrie*, Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně. 2009, 58(3), 132-139. ISSN 1210-7867.
- TEAL, CR, STREET, RL. Critical elements of culturally competent communication in the medical encounter: A review and model. *Social Science & Medicine*. 2009, 68(3), 533-43. ISSN: 0277-9536
- TÓTHOVÁ, V. *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin*. Praha: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-645-6.
- TÓTHOVÁ, V., a kol. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2. aktual. vyd. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-785-9.
- TÓTHOVÁ, V., a kol. *Zabezpečení efektivní ošetrovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu*. Praha: Triton, 2010. ISBN 978-80-7387-414-8.
- TÓTHOVÁ, V., SEDLÁKOVÁ, G. K problematice vyšších potřeb v ošetrovatelské péči o vietnamskou minoritu. *Kontakt*. 2006, 8(1), 36-43. ISSN 1212-4117.
- UHEREK, P. *Povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2658-8.
- UHEREK, Z. Cizinecké komunity a městský prostor v České republice. *Sociologický časopis / Czech Sociological Review*. 2003, 39(2), 193-216. ISSN 2336-128X.
- UHROVÁ, Z. *Život v České republice očima brněnských muslimek – imigrantek*. Brno, 2012. Bakalářská práce. Masarykova univerzita v Brně. Vedoucí práce: Ema Štěpařová.
- UNUCKOVÁ, M. *Žijí mezi námi*. Karviná: Občanské sdružení „Sdružení Romů severní Moravy“, 2007. ISBN 978-80-239-9286-1.
- URBAN, D. Alcohol use, smoking and gambling in relation to immigrants of Ukrainian nationality in the Czech Republic. *Kontakt*. 2015, 17(4), 223-227. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2015.09.01>

- URBAN D., KAJANOVÁ A. Kouření a konzumace alkoholu u romských komunit v České a Slovenské republice. *Kontakt*. 2011, 13(3), 328-335. ISSN 1212-4117.
- ÚZIS. *Čerpání zdravotní péče cizinci* [online]. (c) 2010-2019. [cit. 2018-12-16]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/ekonomika-financni-analyzy/cerpani-zdravotni-pece-cizinci>.
- VACKOVÁ, J., ZÁLESKÁ, V. *Vietnamci a sociální determinanty zdraví*. Praha: NLN, 2016. ISBN 978-80-7422-544-4.
- VASILJEV, I. *Dynamika národních tradic a vlivů nového prostředí v životě vietnamské komunity v České republice*. Jinočany: H & H, 2006. ISBN 80-7319-055-9.
- VAVROUŠKOVÁ, S., a kol. *Náboženství a společnost v jižní a jihovýchodní Asii – tradice a současnost*. Praha: Orientální ústav Akademie věd České republiky, 2005. ISBN 80-85425-57-2.
- VITNEROVÁ, M. *Nelegální migrace do zemí EU včetně ČR v roce 2017 poklesla* [online]. 2018. [cit. 2018-05-20]. Dostupné z: <http://www.mvcr.cz/clanek/nelegalni-migrace-do-zemi-eu-vcetne-cr-v-roce-2017-poklesla.aspx>.
- VLÁDA ČR. *Rada vlády pro národnostní menšiny* [online]. (c) 2009-2019. [cit. 2018-08-15]. Dostupné z: <https://www.vlada.cz/cz/ppov/rnm/historie-a-soucasnost-rady-15074/>.
- VLÁDA ČR^a. *Statut rady vlády pro národnostní menšiny* [online]. (c) 2009-2019. [cit. 2018-08-15]. Dostupné z: <https://www.vlada.cz/cz/ppov/rnm/statut-rady-vlady-pro-narodnostni-mensiny-1362>.
- VLÁDA ČR^b. *Vietnamská národnostní menšina* [online]. (c) 2009-2019. [cit. 2017-04-12.] Dostupné z: <https://www.vlada.cz/cz/ppov/rnm/mensiny/vietnamska-mensina-108870/>.
- WARREN, B. The interlocking paradigm of cultural competence: A best practice approach. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 2002, 8(6), 209-213. ISSN 1532-5725.
- WHO (World Health Organization). *Health Systems in Transition: ukraine* [online]. 2017. [cit. 2017-11-04]. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/280701/UkraineHiT.pdf.
- ZELÉNÍKOVÁ, R. *Transkulturní ošetřovatelství: studijní opora*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2014. ISBN 978-80-7464-549-5.

15 Přílohy

Seznam příloh

Příloha 1: Počet cizinců v ČR v období 06/2004 – 03/2018.....	205
Příloha 2: Obyvatelstvo podle náboženské víry	206
Příloha 3: Náboženství dle národnostního složení.....	207
Příloha 4: Kvalitativní a kvantitativní studie	208
Příloha 5: Model kulturních kompetencí Larryho D. Purnella	210
Příloha 6: Souhlas Larryho D. Purnella s překladem anglické verze do českého jazyka	211
Příloha 7: Soubor otázek pro polostrukturované rozhovory	212
Příloha 8: Stanovisko etické komise	223
Příloha 9: Informovaný souhlas s účastí na výzkumu (polostrukturované rozhovory)	225
Příloha 10: Ošetřovatelský záznam péče pro ženy	227
Příloha 11: Ošetřovatelský záznam péče pro muže	228
Příloha 12: Informovaný souhlas pro focus group 1 a focus group 2.....	229
Příloha 13: Česká jazyková verze Modelu kulturních kompetencí L. D. Purnella.....	231

Příloha 1: Počet cizinců v ČR v období 06/2004 – 03/2018

Tabulka 62 Počet cizinců v ČR 06/2004-03/2018

R02 Počet cizinců v ČR - předběžné čtvrtletní údaje; 2004/06 - 2018/03													
Foreigners in the CR - provisional data - quarterly; 2004/06 - 2018/03													
Pramen: Ředitelství služby cizinecké policie											Source: Directorate of the Alien Police Service		
Datum Date	Celkem Total	Muži Males	Ženy Females	Nezjištěno (pohlaví) Not identified (sex)	Trvalý pobyt Permanent stay	Ostatní typy pobytu Other types of stay	Ukrajina Ukraine	Slovensko Slovakia	Vietnam Viet Nam	Rusko Russian Federation	Německo Germany	Polsko Poland	Ostatní Other
31.3.2018	535 970	303 165	232 805	-	285 106	250 864	120 431	113 177	60 296	37 201	21 315	20 831	162 719
31.12.2017	526 811	297 594	229 217	-	282 732	244 079	117 480	111 804	59 808	36 840	21 261	20 669	158 949
30.9.2017	516 983	292 150	224 833	-	280 408	236 575	115 019	110 672	59 534	36 502	21 190	20 547	153 519
30.6.2017	509 963	287 526	222 437	-	278 280	231 683	112 956	109 610	59 163	36 298	21 116	20 411	150 409
31.3.2017	503 464	283 828	219 636	-	275 825	227 639	111 722	108 371	58 716	36 174	21 281	20 331	146 869
31.12.2016	496 413	279 662	216 751	-	273 399	223 014	110 245	107 251	58 080	35 987	21 216	20 305	143 329
30.9.2016	487 751	274 816	212 935	-	270 492	217 259	108 533	105 905	57 841	35 512	21 095	20 216	138 649
30.6.2016	480 191	270 683	209 508	-	268 323	211 868	107 614	104 627	57 680	35 386	20 957	20 072	133 855
31.3.2016	473 516	266 956	206 560	-	265 371	208 145	106 788	103 072	57 389	35 214	20 632	19 971	130 450
31.12.2015	467 562	263 882	203 680	-	261 553	206 009	106 019	101 589	56 958	34 972	20 464	19 840	127 720
30.9.2015	461 880	260 847	201 033	-	258 813	203 067	105 153	100 241	56 659	34 757	20 315	19 738	125 017
30.6.2015	458 229	258 912	199 317	-	255 556	202 673	104 438	98 969	56 623	34 870	20 197	19 684	123 448
31.3.2015	455 570	257 424	198 146	-	253 333	202 327	104 433	97 703	56 559	34 939	19 896	19 654	122 386
31.12.2014	451 923	255 534	196 389	-	251 342	200 581	104 388	96 222	56 666	34 685	19 687	19 626	120 649
30.9.2014	448 727	253 824	194 903	-	249 472	199 255	104 272	95 049	56 855	34 438	19 500	19 571	119 042
30.6.2014	446 503	252 599	193 904	-	246 853	199 650	104 290	93 752	57 289	34 473	19 316	19 499	117 884
31.3.2014	445 565	251 979	193 586	-	244 283	201 282	105 167	92 367	57 544	34 112	19 907	19 459	118 009
31.12.2013	441 536	249 915	191 621	-	238 904	202 632	105 239	90 948	57 406	33 415	18 507	19 452	116 569
30.9.2013	437 581	247 616	189 965	-	230 309	207 272	106 714	89 273	57 177	32 827	18 099	19 378	114 113
30.6.2013	438 636	248 440	190 196	-	224 287	214 349	109 316	88 162	57 187	33 387	17 979	19 325	113 280
31.3.2013	437 269	248 017	189 252	-	219 807	217 462	110 075	87 056	57 159	32 986	17 404	19 284	113 305
31.12.2012	438 213	249 170	189 043	-	214 027	224 186	112 647	85 807	57 360	33 281	17 149	19 235	112 734
30.9.2012	438 870	250 222	188 648	-	208 396	230 474	115 153	84 607	57 762	33 355	16 895	19 156	111 942
30.6.2012	437 858	250 224	187 634	-	204 318	233 540	116 371	83 481	57 914	33 197	16 532	19 089	111 274
31.3.2012	436 578	250 048	186 530	-	200 972	235 606	117 330	82 434	58 068	32 764	16 170	19 045	110 767
31.12.2011	436 389	250 285	186 104	-	198 051	238 338	119 025	81 253	58 265	32 709	15 763	19 058	110 316
30.9.2011	408 036	234 875	173 161	-	195 865	212 171	109 012	80 235	56 055	28 143	15 418	18 989	100 184
30.6.2011	417 424	240 301	177 123	-	193 708	223 716	114 014	79 315	57 552	29 801	15 246	18 890	102 606
31.3.2011	425 167	245 473	179 694	-	191 337	233 830	118 986	78 289	58 660	31 015	15 079	18 843	104 295
31.12.2010	425 301	244 810	180 491	-	189 962	235 339	124 339	71 780	60 301	31 941	13 871	18 242	104 827
30.9.2010	425 568	246 148	179 420	-	187 840	237 728	126 521	71 676	60 605	31 297	13 577	18 328	103 564
30.6.2010	426 498	247 609	178 889	-	185 437	241 061	128 085	71 394	60 962	31 162	13 228	18 487	103 180
31.3.2010	430 310	251 298	179 012	-	183 674	246 636	130 561	71 950	61 067	30 860	13 386	18 857	103 629
31.12.2009	433 305	254 889	178 416	-	181 161	252 144	131 977	73 446	61 126	30 395	13 792	19 273	103 296
30.9.2009	437 251	259 566	177 685	-	177 769	259 482	133 033	75 915	60 996	29 479	15 087	20 155	102 586
30.6.2009	442 506	264 818	177 688	-	175 882	266 624	134 456	77 432	61 063	29 044	16 123	21 378	103 010
31.3.2009	443 268	266 303	176 965	-	174 837	268 431	133 570	77 614	60 892	27 779	16 456	21 936	105 021
31.12.2008	438 301	264 424	173 877	-	172 927	265 374	131 965	76 034	60 258	27 178	17 496	21 710	103 660
30.9.2008	424 212	255 915	168 297	-	169 402	254 810	128 051	74 188	58 359	25 780	16 953	21 463	99 418
30.6.2008	413 794	250 150	163 644	-	166 474	247 320	126 588	72 326	56 659	24 883	17 659	21 205	94 474
31.3.2008	402 320	243 157	159 163	-	162 332	239 988	125 453	70 394	54 550	23 722	16 732	20 909	90 560
31.12.2007	392 087	236 813	155 274	-	158 018	234 069	126 526	67 880	50 955	23 303	15 701	20 607	87 115
30.9.2007	376 210	227 056	149 154	-	153 511	222 699	122 778	65 729	47 131	22 093	14 496	20 287	83 696
30.6.2007	356 014	214 846	141 168	-	148 560	207 454	114 980	63 317	45 023	20 776	13 094	19 803	79 021
31.3.2007	339 589	204 045	135 544	-	144 350	195 239	108 684	60 842	43 261	19 797	11 549	19 369	76 087
31.12.2006	321 456	192 803	128 653	-	139 185	182 271	102 594	58 384	40 779	18 564	10 109	18 894	72 132
30.9.2006	308 096	184 546	123 550	-	131 884	176 212	98 438	56 036	39 418	17 724	8 806	18 557	69 117
30.6.2006	295 955	176 854	119 062	39	125 849	170 106	93 466	54 201	38 566	16 906	8 116	18 386	66 314
31.3.2006	287 371	171 303	116 043	25	116 058	171 313	90 221	51 970	37 947	16 565	7 549	18 126	64 993
31.12.2005	278 312	165 796	112 462	54	110 598	167 714	87 789	49 445	36 832	16 269	7 187	17 810	62 980
30.6.2005	260 256	154 570	105 599	87	104 823	155 433	81 989	44 455	35 463	15 259	6 301	17 070	59 719
31.12.2004	254 294	151 710	102 360	224	99 467	154 827	78 263	47 352	34 179	14 743	5 772	16 265	57 720
30.6.2004	252 120	153 435	98 685	-	84 749	167 371	70 496	61 681	31 501	13 399	5 359	17 102	52 582

Zdroj: Český statistický úřad, 2019.

Příloha 2: Obyvatelstvo podle náboženské víry

Tabulka 63 Obyvatelstvo podle náboženské víry v letech 2001 a 2011

Náboženská víra, církve, náboženská společnost	2001	2011	Přírůstek/úbytek mezi roky 2001 a 2011 (abs.)	2011 v % stavu z roku 2001
Obyvatelstvo celkem	10 230 060	10 436 560	206 500	102,0
věřící - hlásící se k církvi, náboženské společnosti	3 288 088	1 463 584	-1 824 504	44,5
Anglikánská církev	201	112	-89	55,7
Apoštolská církev	4 565	4 930	365	108,0
Bratrská jednota baptistů	3 622	3 208	-414	88,6
buddhismus	6 817	2 617	-4 200	38,4
Buddhismus Diamantové cesty linie Karma Kagjü	.	3 484	x	x
Církev adventistů sedmého dne	9 757	7 391	-2 366	75,8
Církev bratrská	9 931	10 865	934	109,4
Církev československá husitská	99 103	39 229	-59 874	39,6
Církev Ježíše Krista Svatých posledních dnů v České republice	1 366	923	-443	67,6
Církev Křesťanská společenství	4 012	9 377	5 365	233,7
Církev Nová naděje	.	430	x	x
Církev řeckokatolická	7 675	9 883	2 208	128,8
Církev římskokatolická	2 740 780	1 082 463	-1 658 317	39,5
Církev sjednocení (moonisté)	43	65	22	151,2
Církev Slovo života	.	850	x	x
Církev živého Boha	.	371	x	x
Česká hinduistická náboženská společnost	.	427	x	x
Českoobrátorská církev evangelická	117 212	51 858	-65 354	44,2
esoterismus	.	4	x	x
Evangelická církev augsburského vyznání v České republice	14 885	6 632	-8 253	44,6
Evangelická církev metodistická	2 694	1 949	-745	72,3
Federace židovských obcí v ČR	1 515	1 129	-386	74,5
hinduismus	767	210	-557	27,4
Hnutí Grálu	.	232	x	x
Hnutí Nového věku (New Age)	.	22	x	x
islám	3 699	1 921	-1 778	51,9
Jedi	.	15 055	x	x
Jednota bratrská	3 426	2 152	-1 274	62,8
judaismus	.	345	x	x
katolická víra (katolík)	.	70 777	x	x
Křesťanské sbory	6 927	3 450	-3 477	49,8
křesťanství	.	12 959	x	x
Luterská evangelická církev a. v. v České republice	5 412	2 589	-2 823	47,8
Mezinárodní společnosti pro vědomí Krišny, Hnutí Hare Krišna	294	673	379	228,9
Náb. společnost českých unitářů	302	155	-147	51,3
Náb. společnost Svědkové Jehovovi	23 162	13 069	-10 093	56,4
Novoapoštolská církev v ČR	449	96	-353	21,4
Obec křesťanů v České republice	.	883	x	x
pohanství	.	860	x	x
Pravosl. církev v českých zemích	22 968	20 533	-2 435	89,4
protestantská/evangelická víra (protestant, evangelík)	.	8 158	x	x
Ruská pravoslavná církev, podvorje patriarchy moskevského a celé Rusi v České republice	.	5 817	x	x
Scientologická církev	110	374	264	340,0
Slezská církev evangelická a.v.	14 020	8 158	-5 862	58,2
Starokatolická církev v ČR	1 605	1 730	125	107,8
Ústředí muslimských obcí	.	1 437	x	x
Višva Nirmala Dharma	.	1 098	x	x
jiné	180 769	52 634	-128 135	29,1
věřící - nehlásící se k církvi, náboženské společnosti	.	705 368	x	x
ateismus	.	1 058	x	x
bez vyznání	6 039 991	3 604 095	-2 435 896	59,7
neuveдено	901 981	4 662 455	3 760 474	516,9

Zdroj: Český statistický úřad, 2019c.

Příloha 3: Náboženství dle národnostního složení

Tabulka 64 Náboženství dle národnostního složení

Náboženská víra	z toho se státními občanství															
	Česká republika	Bulharsko	Čína	Kazachstán	Moldavská republika	Mongolsko	Německo	Polsko	Rumunsko	Rusko	Slovensko	Spojené království	Spojené státy	Ukrajina	Vienam	
Obyvatelstvo celkem	10 438 560	9 924 044	7 774	4 773	4 347	8 729	5 118	14 907	16 800	4 786	31 545	82 251	5 182	7 432	116 139	52 612
v tom:																
věřící - nehlásící se k žádné církvi ani nábož. společnosti	705 368	677 208	557	166	490	323	153	337	1 102	181	2 186	6 203	256	348	5 937	1 579
věřící - hlásící se k církvi	1 463 584	1 395 018	979	68	454	916	251	792	4 558	1 177	3 692	18 967	356	641	15 793	1 142
z toho:																
registrované církve:																
Apoštolská církev	4 930	4 490	-	-	6	6	-	2	38	15	54	68	3	16	42	5
Bratrská jednota baptistů	3 208	2 735	2	3	18	3	-	3	1	79	29	31	9	65	102	2
Buddhismus Diamantové cesty line Karma Kagju	3 484	3 102	1	6	-	31	-	4	2	1	11	47	2	4	4	212
Církev adventistů sedmého dne	7 391	7 060	3	1	9	9	-	3	12	4	11	96	1	3	90	2
Církev bratrská	10 865	10 460	3	-	8	8	-	7	16	5	6	58	13	112	44	1
Církev československá husitská	39 229	39 095	1	-	-	4	-	3	3	3	5	26	3	2	7	1
Církev Ježíše Krista Svátých posledních dnů	923	855	-	-	2	5	3	2	-	5	2	6	1	15	8	2
Církev Křesťanská společensví	9 377	8 749	10	-	2	14	-	7	43	14	17	229	4	19	90	23
Církev Nová naděje	430	404	-	-	-	-	-	5	1	-	3	3	3	6	1	-
Církev řeckokatolická	9 883	5 662	9	-	7	7	-	5	30	14	6	1 272	6	5	2 431	-
Církev římskokatolická	1 082 463	1 056 762	17	2	7	13	7	386	3 344	467	42	12 410	79	144	582	59
Církev Slovo Života	850	797	6	-	-	-	-	1	1	-	6	1	1	4	12	-
Církev Živého Boha	371	346	1	-	-	-	-	-	1	3	1	1	-	-	5	-
Česká hinduistická náboženská společnost	427	400	-	-	-	-	-	-	-	-	6	6	2	-	-	-
Česobratrská církev evangelická	51 858	51 266	2	1	-	6	62	25	7	2	109	9	13	36	9	-
Evangelická církev metodická	1 949	1 775	1	-	2	15	1	69	6	21	1	6	21	1	4	-
Evangelická církev a. v. v České republice	6 632	5 836	-	-	-	9	31	1	1	1	588	3	3	2	-	-
Federace židovských obcí v České republice	1 129	994	1	-	-	-	-	1	1	11	28	1	9	2	-	-
Jednota bratrská	2 152	2 116	-	-	1	-	-	2	-	-	17	1	4	7	1	-
Křesťanské sbory	3 450	3 193	-	4	1	10	2	12	25	9	6	70	2	9	25	-
Luterská evangelická církev a. v. v České republice	2 589	2 408	1	3	1	1	40	20	1	7	34	-	8	1	-	-
Maznárodní společnost pro vědomí Křištný, hnulí	647	647	-	-	-	-	-	-	-	3	7	-	-	3	1	-
Hare Krišna	13 069	12 364	5	3	6	15	1	20	62	-	23	169	1	2	214	9
Náboženská společnost Světlové Lehovovi	155	151	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	-	-
Náboženská společnost českých unitářů	883	840	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Obec Křesťanů v České republice	20 533	6 792	662	-	145	539	1	9	12	300	1 260	288	4	6	8 178	1
Pravoslavná církev v českých zemích																
Ruská pravoslavná církev, podvojné patriarchy moskevského																
a celé Rusi v České republice	5 817	838	35	144	154	154	2	5	11	1 860	45	2	3	2 267	-	-
Slezská církev evangelická augsburského vyznání	8 158	8 043	-	-	-	-	3	64	1	-	13	1	-	-	-	-
Starokatolická církev v ČR	1 730	1 625	-	-	-	-	2	5	2	2	18	11	6	25	-	-
Ústředí muslimských obcí	1 437	767	4	45	-	-	2	1	45	23	6	1	1	1	-	-
Višva Nirmla Dharma	1 098	1 041	2	-	-	-	-	1	3	2	19	-	-	4	-	-
ostátní																
Anglikánská církev	112	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	74	6	-	-
buddhismus	2 617	1 579	-	27	-	-	176	2	-	20	23	-	2	3	563	-
hinduismus	210	113	-	-	-	-	1	-	-	-	6	3	2	7	-	-
Hnutí Grálu	232	227	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-
islám	1 921	596	115	59	-	5	3	3	2	46	11	6	4	10	-	-
Jedi	15 055	14 729	1	1	1	1	2	1	3	2	15	138	8	3	8	31
judaismus	345	305	-	-	-	-	-	1	1	2	1	2	1	-	2	-
katolická víra (katolík)	70 777	66 509	5	5	1	3	2	91	545	145	9	1 755	21	32	417	27
křesťanství	12 959	11 386	44	13	47	5	4	53	19	84	315	13	24	376	36	-
pohanství	860	843	-	-	-	-	-	-	4	6	-	-	2	-	-	-
protestantská/evangelická víra (protestant, evangelik)	8 158	7 521	4	2	1	1	60	29	4	4	242	19	14	31	7	-
Scientologická církev	374	352	-	-	-	-	2	-	-	1	13	-	-	2	-	-
jiné	52 634	49 071	44	6	14	62	15	27	170	61	94	717	32	62	763	145
atelsmus	1 058	936	5	1	4	-	-	-	29	17	12	-	-	8	1	-
bez náboženské víry	3 604 095	3 545 947	866	1 565	425	410	1 229	1 014	165	2 800	11 461	877	636	4 329	12 367	-
neuveřeno	4 862 455	4 304 935	5 387	2 974	2 977	7 076	3 577	12 549	10 126	3 234	22 850	3 693	5 807	90 072	37 523	-

Zdroj: Český statistický úřad, 2019c.

Příloha 4: Kvalitativní a kvantitativní studie

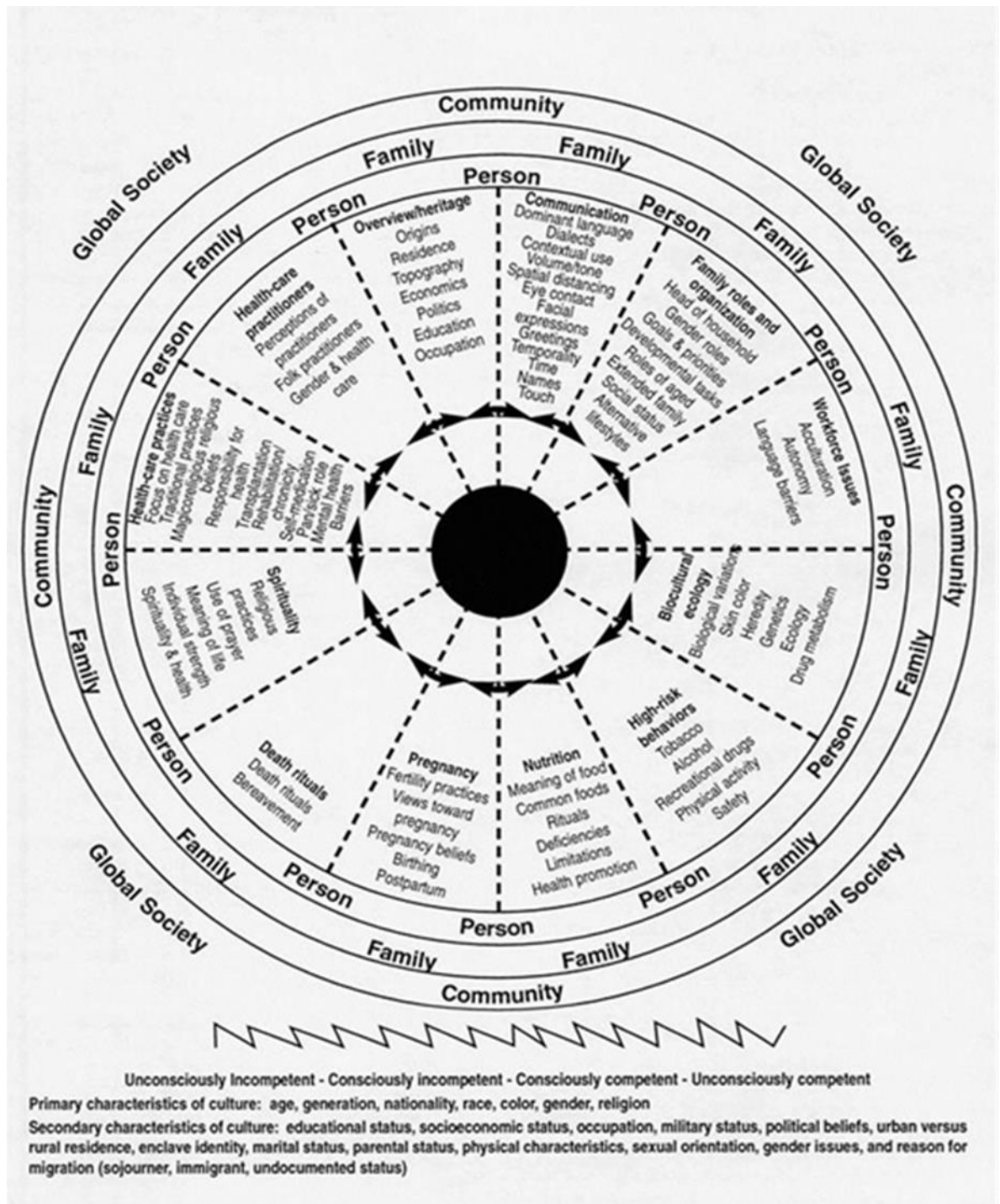
Tabulka 65 Kvalitativní a kvantitativní studie

Autor, rok	Zdroj	Stát využití modelu	Způsob využití modelu
Black, JD. - Purnell, L. 2012	<u>Journal of Physical Therapy Education, 2002 Spring; 16(1): 3-10. (8p)</u>	USA	Zvyšování kulturních kompetencí dle Purnellova modelu u fyzioterapeutů a jejich klientů. Dle jednotlivých dvanácti domén modelu jsou popisovány konkrétní situace v poskytování péče klientům odlišné etnicity. Jsou zde uvedeny konkrétní možné příklady kulturního střetu a návod jak jim předcházet.
Rodríguez, G. - Muñoz, A. - Komura Hoga, L. 2014	<u>Revista Latino-Americana de Enfermagem, Mar/Apr 2014; 22(2): 187-196. (10p)</u>	Chile	Kvalitativní šetření metodou Pozorování-Účast-Reflexe. Práce je zaměřena na zkušenosti sester, které imigrovaly do Chile. Autoři prováděli kvalitativní šetření formou etnografického rozhovoru s 15 zdravotními sestrami. Hlavní důraz byl kladen na domény Přehled/dědictví, komunikace, pracovní síly, organizace a role v rodině, biokulturní ekologie, praktiky zdravotní péče. Popis a zkušenosti by měly pomoci imigrujícím sestram zajistit co nejlepší podmínky ve zdravotnickém zařízení.
Phelps, LD. – Johnson, K. 2004	<u>Journal of Community Health Nursing, 2004 Winter; 21(4): 203-215. (13p)</u>	USA	Práce pojednává o vytvoření návodu na poskytování kulturně kompetentní péče obyvatelům z Haiti. Design: literární rešerše, rozhovory s obyvateli z Haiti pro ověření vyhledaných informací. Další krok byl výběr organizačního rámce = Purnellův model. Nakonec prezentace výsledků pomocí tvorby internetových stránek určených pro informace o multikulturní péči.
Warren, BJ. 2002	<u>Journal of the American Psychiatric Nurses Association, December 2002; 8 (6): 209-213 (5p).</u>	USA	Práce pojednává o využití modelu The Interlocking Paradigm of Cultural Competence jako o modelu, který vznikl na podkladě prací Peplau, Leininger, Nichols, Campinhy-Bacote a Purnella. Tento model má pět hlavních faktorů, které reprezentují teoretický a filosofický proces a hodnotící komponenty. V práci jsou jednotlivé faktory diskutovány v souvislosti s užitím v oblasti psychiatrického zdraví u sester a jejich klientů z odlišných rasových a etnických kulturních skupin.

Law, K. - John, W. 2012	Nurse Education in Practice, November 2012; 12(6): 371-375 (4p).	UK	V této práci je na bezdomovectví nahlíženo jako na specifickou skupinu lidí, kterou je možné posuzovat z multikulturního hlediska. Uplatňování transkulturní teorie k péči o lidi bez domova je přidám další nástroj k těmto teoriím prostřednictvím rozšíření jejich poměrně úzkého zaměření na etnický původ.
Nieto-Vázquez, M. - Tejada, MJ. - Colin, J. - Matos, A. 2009	<u>Journal of Cultural Diversity, 2009 Winter: 16 (9) : 171-178 (7p).</u>	Porto Rico	Na základě Purnellova modelu kulturních kompetencí a "Health Belief Model" byl vytvořen rámec studie, jejímž účelem je zjistit účinky vzdělávacích intervencí na znalosti o osteoporóze portorických žen ve věku 18-25 let. Byl použit design randomizované kontrolní skupiny, pre-test a post-test. V článku jsou uvedeny návody, jak výsledky studie využít ve zdravotnické praxi.

Zdroj: Autorka disertační práce.

Příloha 5: Model kulturních kompetencí Larryho D. Purnella



Obrázek 9 Model kulturních kompetencí (Purnell, 2013).

Příloha 6: Souhlas Larryho D. Purnella s překladem anglické verze do českého jazyka

Skornickova Zuzana

Od: Larry Purnell <lpurnell@udel.edu>
Odesláno: pondělí 24. února 2014 14:47
Komu: Skornickova Zuzana
Předmět: Re:

Congratulations and pursuing your PhD. I wish you much success. There is absolutely no problem translating the model into Czech. When it is translated, I would appreciate a copy.

I was in your beautiful country last year and found it absolutely beautiful and phenomenal. I hope to return some day and see more of it, including the Jewish quarter which was closed when I was there.

Larry Purnell, PhD, RN, FAAN
Professor Emeritus, University of Delaware
Adjunct Professor, Florida International University
Adjunct Professor, Excelsior College
410-438-3826

On Mon, Feb 24, 2014 at 6:50 AM, Skornickova Zuzana <Zuzana.Skornickova@upce.cz> wrote:

Dear doctor Purnell,

I work as a midwife in a hospital in the Czech republic, I am an assistant in the University of Pardubice and I am a PhD student of nursing. My PhD thesis is named: Respect of cultural diversity during the provision of nursing care to foreign women hospitalised in gynecological-obstetrician departments. My research plan is providing of interviews with mongolian women. I would like to use your Model for cultural competence. Is it possible?

I would like to ask you, if I can translate and standardise this model to the czech language. What do you think about it?

Thank you very much,

Yours sincerely, Mgr. Zuzana Škorníčková

Obrázek 10 Souhlas L. Purnella s překladem Modelu

Příloha 7: Soubor otázek pro polostrukturované rozhovory

Ženy:

Dobrý den,

mé jméno je Zuzana Škorníčková a ráda bych s Vámi provedla rozhovor. Chci Vás ujistit, že informace, které mi sdělíte, budou použity výhradně pro zpracování v mé disertační práci. Data, která budou zveřejněna, budou anonymní, a tudíž nebudou spojena s Vaší osobou. Rozhovor můžete v průběhu dotazování kdykoli přerušit a pokud nebudete chtít na některé otázky odpovídat, nemusíte.

Celý rozhovor je rozdělen na 12 tematických celků. Na úvod bych se Vás ráda zeptala na informace týkající se například Vašeho pobytu v České republice.

I. PŘEHLED/DĚDICTVÍ/TOPOGRAFIE

1. Jak dlouho žijete v České republice?
2. Odkud pocházíte?
3. K jakému etniku se řadíte?
4. Jaká je vaše národnost?
5. Z jakého důvodu jste se přestěhovala do České republiky?
6. Narodili se Vaši rodiče v České republice?
7. Máte zdravotní pojištění?
8. Jaká je úroveň Vašeho vzdělání?
9. Je Vám vzdělání v České republice uznáno?
10. Jaký je Váš rodinný stav?

Děkuji a nyní přejdeme na další celek, kterým je komunikace.

II. KOMUNIKACE

11. Jak chcete být oslokována?
12. Jak chcete být uvítána?
13. Jaký je Váš rodný jazyk?
14. Jakými jazyky se domluvíte?
15. Je pro Vás náročné sdílet vaše pocity a myšlenky s rodinou?
16. Je pro Vás náročné sdílet vaše pocity a myšlenky s přáteli?
17. Je pro Vás náročné sdílet vaše pocity a myšlenky se zdravotníky?

Objektivně:

18. Vzdálenost při komunikaci se zdravotníky je:
A. Intimní (30 - 50cm) B. Osobní (51cm - 120cm) C. Sociální (121 - 360cm)
19. Během komunikace se zdravotníky je oční kontakt:

- A. Přiměřený B. Těká pohledem C. Žádný oční kontakt
20. Jaký je vzorec řeči?(možnost více odpovědí)
- A. Tichý B. Hlasitý C. Pomalý D. Rychlý

Tímto jsou otázky týkající se komunikace vyčerpány a nyní bych rozhovor ráda zaměřila na informace o Vaší rodině.

III. ROLE A ORGANIZACE V RODINĚ

21. Kdo dělá většinu rozhodnutí ve Vaší rodině?
- 21.1 Jaká rozhodnutí dělají obvykle ženy ve vaší rodině?
- 21.2 Jaká rozhodnutí dělají obvykle muži ve vaší rodině?
22. Jaké jsou povinnosti žen ve Vaší rodině?
23. Jaké jsou povinnosti mužů ve Vaší rodině?
24. Co mají dospívající lidé zakázané? Například kouření, drogy, sex před svatbou.
25. Jaké jsou role starších dospělých v rodině?
26. Bydlí širší rodina s Vámi v domácnosti?
27. Jaké jsou role širší rodiny ve vaší domácnosti?
28. Je pro Vás přijatelné, aby lidé měli děti mimo manželství?
- Jsou sňatky ve vaší kultuře předem domluvené?
29. Je pro vás přijatelné, aby spolu lidé žili a nebyli oddáni?
30. Je pro Vás přijatelné, aby spolu žili homosexuální páry?

Děkuji, tato kapitola byla poměrně obsáhlá. Nyní bych se Vás ráda zeptala na problematiku práce a pracovních povinností.

IV. PROBLEMATIKA PRACOVNÍCH SIL

31. Jaké je Vaše zaměstnání? Pokud jste již v důchodu, kde jste pracovala?
32. Existují zdravotní rizika spojená s Vaším zaměstnáním? Jaká?
33. Chodíte zpravidla do práce včas?
34. Máte v práci problémy s osobami opačného pohlaví? Jaké?
35. Označila byste se za loajálního zaměstnance?
36. Dělá Vám čeština potíže při komunikaci v zaměstnání?

Nyní přejdeme k otázkám věnujícím se zdraví.

V. BIODIVERZITA EKOLOGIE

38. Máte alergie například na léky, dezinfekce, potraviny?
39. Měla jste někdy problémy při užití volně prodejných léků? Jaké problémy a u kterých léků?
40. Vyskytují se ve Vaší rodině nějaké nemoci?

- 41. Vyskytují se ve Vaší rodině genetické vady?
- 42. Máte problémy se zrakem?
 - 42.1 Nosíte kontaktní čočky?
- 43. Máte problémy se sluchem?
 - 43.1 Máte naslouchátko?

S touto tematikou souvisí i rizikové chování, jako je například kouření, sedavý způsob života, ale naopak i sportování. Ráda bych se Vás zeptala na několik otázek této problematiky.

VI. VYSOCE RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ

- 44. Kouříte cigarety? Pokud ano, kolik kusů denně?
- 45. Kouříte dýmku?
- 46. Žvýkáte tabák?
- 47. Pijete alkohol? Jaké množství a jak často?
- 48. Užíváte jiné návykové látky?
- 49. Provádíte nějakou sportovní činnost, aktivitu? Pokud ano, jak často a jakou činnost?
- 50. Provádíte nějaká opatření jako prevenci před infekčními nemocemi a sexuálně přenosnými nemocemi?

Nyní přejdeme k otázkám, ve kterých budu zjišťovat Vaše stravovací návyky a složení stravy, kterou jíte, co Vám vyhovuje a co naopak ne.

VII. VÝŽIVA

- 51. Jste spokojená se svojí postavou?
- 52. Kolikrát denně jíte?
- 53. Jaké potraviny jíte pro udržení zdraví?
- 54. Vyhýbáte se některým potravinám?
- 55. Existují potraviny, po kterých míváte zažívací problémy?
- 56. Máte pro některá onemocnění specifické jídlo?
- 57. Jaký typ nápoje upřednostňujete?
- 58. Jaká jídla jsou tradiční ve Vaší kultuře?
- 59. Jsou některá jídla, která jedí pouze ženy/muži/děti?
- 60. Vyhovuje Vám nemocniční stravování?
 - 60.1 Vyhovuje Vám složení stravy v nemocnici?
 - 60.2 Vyhovuje Vám počet jídel v nemocnici?
 - 60.3 Vyhovuje Vám množství jídla v nemocnici?
 - 60.4 Vyhovuje Vám způsob podávání stravy v nemocnici?

Nyní se budeme věnovat vážnějšímu tématu, kterým je umírání a věcem, které jsou s tímto obdobím života spojeny.

VIII. RITUÁLY SMRTI

61. Provádíte něco „zvláštního“ pro umírajícího?
62. Jaký způsob pohřbu preferujete?
63. Jak brzy po smrti je zemřelý obvykle pohřben?
64. Jak jednotliví rodinní členové truchlí?
65. Co pro Vás smrt znamená?
66. Věříte v posmrtný život? V jaké podobě?
67. Účastní se děti pohřbu?

Na problematiku umírání do jisté míry navazují i otázky náboženství, spirituality.

IX. SPIRITUALITA

68. Jaké náboženství vyznáváte?
69. Považujete se za hluboce věřící?
70. Kolikrát denně se modlíte?
71. Za co se nejčastěji modlíte?
72. Můžeme pro Vás zajistit něco, co byste potřebovala k modlitbě?
73. Meditujete?
74. Jaké jsou Vaše životní priority?
75. Jaké duchovní praktiky provádíte pro udržení tělesného a psychického zdraví?
76. Jsou pro vás náboženské svátky důležité? V jakém smyslu?
Jak svátky dodržujete?
Pokud byste byla během svátků hospitalizovaná, byl by to problém?

Poslední tři témata se týkají zdraví, zdravotní péče a zdravotníků a nakonec těhotenství a porodu.

X. PRAKTIKY ZDRAVOTNÍ PÉČE

76. Provádíte prevenci k udržení zdraví?
77. Užíváte pravidelně léky?
78. Co obvykle užíváte proti bolesti?
79. Jak vyjadřujete bolest?
80. Využíváte k léčbě přírodní medicínu?
81. Využíváte některé tradiční léčebné praktiky, například akupunkturu, akupresuru, aromaterapii?
82. Je pro Vás přijatelné přijmout krevní transfúzi?
83. Jste dárce krve?
84. Darovala byste orgán v případě potřeby?

- 85. Přijala byste orgán v případě potřeby?
- 86. Souhlasíte s provedením umělého ukončení těhotenství?
- 87. Jak je ve Vaší kultuře nahlíženo na lidi s chronickým onemocněním?

XI. POSKYTOVATELÉ ZDRAVOTNÍ PÉČE

- 89. Ke komu chodíte, pokud jste nemocná?
- 90. Jsou pro Vás služby zdravotní péče snadno dostupné?
- 91. Vyžadujete být ošetřována osobou stejného pohlaví?
- 92. Chcete, aby Vás při vyšetření někdo doprovázel?
- 93. Komu se sděluje diagnóza a plánovaný postup léčby?
- 94. Kdybyste si mohla vybrat skladbu pacientů a počet lůžek na pokoji, co byste preferovala?
- 95. Jakým způsobem respektujete léčebný režim? Řídíte se radami lékařů?

XII. TĚHOTENSTVÍ

Následující otázky odpovídají pouze těhotné ženy nebo ženy, které už rodily.

- 100. Chráníte se proti neplánovanému početí?
- 101. Po kolikáté jste těhotná?
- 102. Po kolikáté budete rodit?
- 103. Co znamená pro Vás a Vaši rodinu těhotenství ženy?
- 106. Provádíte nějaké speciální rituály pro podporu otěhotnění?
- 107. Provádíte/Prováděla jste speciální postupy během těhotenství?
- 108. Existují jídla, která byste neměla jíst/jste nejedla během těhotenství?
- 109. Jíte/Jedla jste během těhotenství speciální jídla?
- 110. Jsou aktivity, kterým se v těhotenství vyhýbáte/vyhýbala jste se?
- 111. Konzumujete/konzumovala jste v těhotenství věci, které běžně k jídlu nejsou?
- 112. Existují speciální potraviny, které jíte/jedla jste během porodu a těsně po něm?
- 113. Jsou některé potraviny zakázané konzumovat po porodu?
- 114. Vyhýbáte se/Vyhýbala jste se po porodu některým aktivitám?
- 115. Máte/Měla jste po porodu omezení v koupeli?
- 116. Měla jste někoho u porodu?
- 117. Chcete/chtěla jste si vzít placentu? Pokud ano, jak placentu využijete/jak jste ji využila?
- 118. Provádíte/prováděla jste nějaké rituály, zvyklosti s novorozencem?
- 119. Bude Vám někdo pomáhat/Pomáhal Vám někdo s novorozencem?

Velice Vám děkuji za rozhovor, vaše odpovědi byly velice zajímavé a přínosné.

Máte k otázkám v rozhovoru nějaké připomínky, náměty?

Chtěla byste doplnit ještě nějaké informace?

Děkuji.

Muži:

Dobrý den,

mé jméno je Zuzana Škorníčková a ráda bych s Vámi provedla rozhovor. Chci Vás ujistit, že informace, které mi sdělíte, budou použity výhradně pro zpracování v mé disertační práci. Data, která budou zveřejněna, budou anonymní, a tudíž nebudou spojena s Vaší osobou. Rozhovor můžete v průběhu dotazování kdykoli přerušit a pokud nebudete chtít na některé otázky odpovídat, nemusíte.

Celý rozhovor je rozdělen na 11 tematických celků. Na úvod bych se Vás ráda zeptala na informace týkající se například Vašeho pobytu v České republice.

I. PŘEHLED/DĚDICTVÍ/TOPOGRAFIE

11. Jak dlouho žijete v České republice?
12. Odkud pocházíte?
13. K jakému etniku se řadíte?
14. Jaká je Vaše národnost?
15. Z jakého důvodu jste se přestěhoval do České republiky?
16. Narodili se Vaši rodiče v České republice?
17. Máte zdravotní pojištění?
18. Jaká je úroveň Vašeho vzdělání?
19. Je Vám vzdělání v České republice uznáno?
20. Jaký je Váš rodinný stav?

Děkuji a nyní přejdeme na další celek, kterým je komunikace.

II. KOMUNIKACE

21. Jak chcete být osloven?
22. Jak chcete být uvítán?
23. Jaký je váš rodný jazyk?
24. Jakými jazyky se domluvíte?
25. Je pro Vás náročné sdílet vaše pocity a myšlenky s rodinou?
26. Je pro Vás náročné sdílet vaše pocity a myšlenky s přáteli?
27. Je pro Vás náročné sdílet vaše pocity a myšlenky se zdravotníky?

Objektivně:

28. Vzdálenost při komunikaci se zdravotníky je:
A. Intimní (30-50cm) B. Osobní (51cm-120cm) C. Sociální (121-360cm)
21. Během komunikace se zdravotníky je oční kontakt:

A. Přiměřený B. Těká pohledem C. Žádný oční kontakt

22. Jaký je vzorec řeči?

A. Tichý B. Hlasitý C. Pomalý D. Rychlý

Tímto jsou otázky týkající se komunikace vyčerpány a nyní bych rozhovor ráda zaměřila na informace o Vaší rodině.

III. ROLE A ORGANIZACE V RODINĚ

21. Kdo dělá většinu rozhodnutí ve Vaší rodině?

21.1 Jaká rozhodnutí dělají obvykle ženy ve vaší rodině?

21.2 Jaká rozhodnutí dělají obvykle muži ve vaší rodině?

40. Jaké jsou povinnosti žen ve Vaší rodině?

41. Jaké jsou povinnosti mužů ve Vaší rodině?

42. Co mají dospívající lidé zakázané? Například kouření, drogy, sex před svatbou.

43. Jaké jsou role starších dospělých v rodině?

44. Bydlí širší rodina s Vámi v domácnosti?

45. Jaké jsou role širší rodiny ve vaší domácnosti?

46. Jsou sňatky ve vaší kultuře předem domluvené?

47. Je pro vás přijatelné, aby lidé měli děti mimo manželství?

48. Je pro vás přijatelné, aby spolu lidé žili a nebyli oddáni?

49. Je pro Vás přijatelné, aby spolu žili homosexuální páry?

Děkuji, tato kapitola byla poměrně obsáhlá. Nyní bych se Vás ráda zeptala na problematiku práce a pracovních povinností.

IV. PROBLEMATIKA PRACOVNÍCH SIL

50. Jaké je Vaše zaměstnání? Pokud jste již v důchodu, kde jste pracoval?

51. Existují zdravotní rizika spojená s vaším zaměstnáním? Jaká?

52. Chodíte zpravidla do práce včas?

53. Máte v práci problémy s osobami opačného pohlaví? Jaké?

54. Označil byste se za loajálního zaměstnance?

55. Dělá Vám čeština potíže při komunikaci v zaměstnání?

Nyní přejdeme k otázkám věnujícím se zdraví.

V. BIODIVERZITNÍ EKOLOGIE

56. Máte alergii například na léky, dezinfekce, potraviny?

57. Měl jste někdy problémy při užití volně prodejných léků? Jaké problémy a u kterých léků?

- 58. Vyskytují se ve Vaší rodině nějaké nemoci?
- 59. Vyskytují se ve Vaší rodině genetické vady?
- 60. Máte problémy se zrakem?
 - 42.1 Nosíte kontaktní čočky?
- 61. Máte problémy se sluchem?
 - 43.1 Máte naslouchátko?

S touto tématikou souvisí i rizikové chování, jako je například kouření, sedavý způsob života, ale naopak i sportování. Ráda bych se Vás zeptala na několik otázek této problematiky.

VI. VYSOCE RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ

- 62. Kouříte cigarety? Pokud ano, kolik kusů denně?
- 63. Kouříte dýmku?
- 64. Žvýkáte tabák?
- 65. Pijete alkohol? Jaké množství a jak často?
- 66. Užíváte jiné návykové látky?
- 67. Provádíte nějakou sportovní činnost, aktivitu? Pokud ano, jak často a jakou činnost?
- 68. Provádíte nějaká opatření jako prevenci před infekčními nemocemi a sexuálně přenosnými nemocemi?

Nyní přejdeme k otázkám, ve kterých budu zjišťovat Vaše stravovací návyky a složení stravy, kterou jíte, co Vám vyhovuje a co naopak ne.

VII. VÝŽIVA

- 69. Jste spokojený se svojí postavou?
- 70. Kolikrát denně jíte?
- 71. Jaké potraviny jíte pro udržení zdraví?
- 72. Vyhýbáte se některým potravinám?
- 73. Existují potraviny, po kterých míváte zažívací problémy?
- 74. Máte pro některá onemocnění specifické jídlo?
- 75. Jaký typ nápoje upřednostňujete?
- 76. Jaká jídla jsou tradiční ve Vaší kultuře?
- 77. Jsou některá jídla, která jedí pouze ženy/muži/děti?
- 78. Vyhovuje Vám nemocniční stravování?
 - 60.1 Vyhovuje Vám složení stravy v nemocnici?
 - 60.2 Vyhovuje Vám počet jídel v nemocnici?
 - 60.3 Vyhovuje Vám množství jídla v nemocnici?
 - 60.4 Vyhovuje Vám způsob podávání stravy v nemocnici?

Nyní se budeme věnovat vážnějšímu tématu, kterým je umírání a věcem, které jsou s tímto obdobím života spojeny.

VIII. RITUÁLY SMRTI

79. Provádíte něco „zvláštního“ pro umírajícího?
80. Jaký způsob pohřbu preferujete?
81. Jak brzy po smrti je zemřelý obvykle pohřben?
82. Jak jednotliví rodinní členové truchlí?
83. Co pro Vás smrt znamená?
84. Věříte v posmrtný život? V jaké podobě?
85. Účastní se děti pohřbu?

Na problematiku umírání do jisté míry navazují i otázky náboženství, spirituality.

IX. SPIRITUALITA

86. Jaké náboženství vyznáváte?
87. Považujete se za hluboce věřícího?
88. Kolikrát denně se modlíte?
89. Za co se nejčastěji modlíte?
90. Můžeme pro Vás zajistit něco, co byste potřeboval k modlitbě?
91. Meditujete?
92. Jaké jsou Vaše životní priority?
93. Jaké duchovní praktiky provádíte pro udržení tělesného a psychického zdraví?
 94. Jsou pro vás náboženské svátky důležité? V jakém smyslu?
Jak svátky dodržujete?
Pokud byste byla během svátků hospitalizovaná, byl by to problém?

Poslední dvě témata se týkají zdraví, zdravotní péče a zdravotníků obecně.

X. PRAKTIKY ZDRAVOTNÍ PÉČE

77. Provádíte prevenci k udržení zdraví?
78. Užíváte pravidelně léky?
79. Co obvykle užíváte proti bolesti?
80. Jak vyjadřujete bolest?
81. Využíváte k léčbě přírodní medicínu?
82. Využíváte některé tradiční léčebné praktiky, například akupunkturu, akupresuru, aromaterapii?
83. Je pro Vás přijatelné přijmout krevní transfúzi?

- 84. Jste dárcem krve?
- 85. Daroval byste orgán v případě potřeby?
- 86. Přijal byste orgán v případě potřeby?
- 87. Souhlasíte s provedením umělého ukončení těhotenství?
- 88. Jak je ve Vaší kultuře nahlíženo na lidi s mentálním postižením?
- 89. Jak je ve Vaší kultuře nahlíženo na lidi s chronickým onemocněním?

XI. POSKYTOVATELÉ ZDRAVOTNÍ PÉČE

- 90. Ke komu chodíte, pokud jste nemocný?
- 91. Jsou pro Vás služby zdravotní péče snadno dostupné?
- 92. Vyžadujete být ošetřován osobou stejného pohlaví?
- 93. Chcete, aby Vás při vyšetření někdo doprovázel?
- 94. Komu se sděluje diagnóza a plánovaný postup léčby?

Velice Vám děkuji za rozhovor, vaše odpovědi byly velice zajímavé a přínosné.

Máte k otázkám v rozhovoru nějaké připomínky, náměty?

Chtěl byste doplnit ještě nějaké informace?

Děkuji.

Příloha 8: Stanovisko etické komise

ROZHODNUTÍ O STANOVISKU ETICKÉ KOMISE PŘI FAKULTĚ ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ UNIVERZITY PARDUBICE K NAVRHOVANÉMU VÝZKUMNÉMU PROJEKTU

Název výzkumného projektu: VYUŽITÍ MODELU KULTURNÍCH KOMPETENCÍ
V ČESKÉ OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI
v rámci doktorského studia

Jméno žadatele: Mgr. Zuzana Škorničková

Identifikační číslo: 3/2016

Seznam posuzované dokumentace:

- ✓ *Informace k výzkumné studii (příloha č. 1)*
- ✓ *Informovaný souhlas klienta o zařazení do výzkumného šetření (příloha č. 2)*
- ✓ *Vzor rozhovoru s klientkami námi vybraných etnických skupin (příloha č. 3)*
- ✓ *Teze disertační práce (příloha č. 4)*

Datum vydání stanoviska:

27. 06. 2016

Místo jednání EK:

Fakulta zdravotnických studií UPa

Rozhodnutí č.: 3

Jména členů přítomných na jednání:

Petra Mandysová, MSN, Ph.D.

PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.

MUDr. Karel Pokorný, Ph.D.

Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.

Ivana Faiklová

Zápis z hlasování:

Při hlasování per rollam od 13. 6. 2016 do 27. 6. 2016 do 7:00 hod, se na hlasovacím lístku řádným a platným způsobem vyjádřili 4 členové EK **pro** (1 člen vyjádřil připomínku), 1 člen EK se hlasování zdržel.

Tímto je projekt č. 3/2016 schválen.

Připomínky:

- bylo doporučeno upravit Informovaný souhlas - druhý odstavec: změnit formulaci "Je Vaším právem si vyžádat...", která neodpovídá stylisticky první osobě jednotného čísla při formulování vyjádření souhlasu respondentem. Možná změnit na "Jsem si vědom práva vyžádat si ...", případně "Byl jsem informován o právu vyžádat si..."

Dle Jednacího řádu:

„Zasedání EK se musí zúčastnit nadpoloviční většina členů. Své stanovisko vyjadřují pouze ti členové komise, kteří se účastní projednávání daného výzkumného projektu a jsou s ním seznámeni. Pro přijetí stanoviska je potřebné vyjádření všech těchto přítomných členů EK... Ve výjimečných případech je možno přijmout usnesení cestou per rollam.“

Vzhledem k tomu, že nadpoloviční většina členů účastníci se projednávání projektu předala své vyjádření, přijetí stanoviska bylo možné.

Žadatel je povinen:

- *předat k posouzení jakékoliv dodatky k výzkumnému projektu před jejich provedením,*
- *předat k posouzení jakékoliv změny, které zvyšují riziko subjektů účastnících se výzkumného projektu nebo výrazně ovlivňují průběh výzkumu,*
- *ohlásit EK všechny zaznamenané závažné neočekávané příhody,*
- *ohlásit EK nové skutečnosti, které mohou negativně ovlivnit bezpečnost subjektů účastnících se výzkumného projektu.*

Podpis předsedy EK a datum podpisu:

.....

Datum odeslání elektronické výzvy k osobnímu vyzvednutí Rozhodnutí:

27. 06. 2016

Datum odeslání Rozhodnutí poštou:

Příloha 9: Informovaný souhlas s účastí na výzkumu (polostrukturované rozhovory)

Informace k výzkumné studii

Vážená paní /pane,

rády bychom Vás požádaly o zapojení se do výzkumného šetření v rámci studie prováděné na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Cílem této studie je zjistit kulturní specifika a požadavky na péči klientů a klientek, které mohou mít vliv na realizaci a zkvalitnění ošetrovatelské péče.

Žádáme Vás o zodpovězení otázek, které Vám budou pokládány. Vaše účast na výzkumném šetření je dobrovolná a bez nároku na finanční odměnu.

Výsledky zjištěné tímto šetřením budou použity pouze pro účely této studie. Jejím hlavním cílem je na základě získaných informací vytvořit ošetrovatelskou dokumentaci a přispět ke zkvalitnění poskytované péče. Údaje o Vaší osobě nebudou zneužity, bude zajištěna ochrana osobních dat. Získané nahrávky rozhovoru a jejich doslovná transkripce, včetně poznámek z pozorování, budou zpracovány a uchovány dle Zákona č. 439/2004 Sb., kterým se mění zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Budete-li chtít v jakékoli fázi šetření odstoupit, můžete slovním vyjádřením.

Souhlasíte-li s účastí na výzkumném šetření, vyplňte, prosím, níže uvedený Informovaný souhlas.

Děkujeme.

Mgr. Zuzana Škorníčková
Fakulta zdravotnických studií
Univerzita Pardubice
Email: zuzana.skornickova@upce.cz

Mgr. Dita Nováková, Ph.D.
Zdravotně sociální fakulta
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.
Fakulta zdravotnických studií
Univerzita Pardubice

Informovaný souhlas klienta o zařazení do výzkumného šetření

Já(vyplňte prosím jméno a příjmení)
souhlasím se zařazením do výzkumného šetření, jehož cílem je zjistit kulturní specifika
a odlišnosti při poskytování ošetrovatelské péče klientům.

Je Vaším právem si vyžádat další informace u níže uvedených kontaktních osob.

Já, níže podepsaná/podepsaný, souhlasím se zařazením do výzkumu **Využití Modelu kulturních kompetencí v české ošetrovatelské praxi**. Byl/Byla jsem dostatečně informován/a a seznámen/a s obsahem a průběhem výše zmíněného výzkumu (viz Informace k výzkumné studii). Jsem si vědom/a, že mohu kdykoli pomocí ústního vyjádření odstoupit od účasti v šetření bez udání důvodu a tato skutečnost nebude mít vliv na moji léčbu. Údaje o Vaší osobě nebudou zneužity, bude zajištěna ochrana osobních dat. Získané nahrávky rozhovoru a jejich doslovná transkripce, včetně poznámek z pozorování, budou zpracovány a uchovány dle Zákona č. 439/2004 Sb., kterým se mění zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Budete-li chtít v jakékoli fázi šetření odstoupit, Vaše případná neúčast ve studii neovlivní Vaši další léčbu a péči. Odstoupit můžete slovním vyjádřením.

Souhlasím s publikováním získaných výsledků v odborném tisku.

V Pardubicích dne

Podpis klienta/ky

Mgr. Zuzana Škorníčková
Fakulta zdravotnických studií
Univerzita Pardubice
Email: zuzana.skornickova@upce.cz

Mgr. Dita Nováková, Ph.D.
Zdravotně sociální fakulta
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.
Fakulta zdravotnických studií
Univerzita Pardubice

Příloha 10: Ošetřovatelský záznam péče pro ženy

Oddělení:

Identifikační štítek

Datum:

Zdravotní pojištění <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Oslovení:
Rodinný stav <input type="checkbox"/> svobodná <input type="checkbox"/> vdaná <input type="checkbox"/> rozvedená <input type="checkbox"/> vdova <input type="checkbox"/> družka
Státní příslušnost: Jak dlouho žijete v ČR?
KOMUNIKACE
Jazyk, kterým se dorozumí <input type="checkbox"/> čeština <input type="checkbox"/> angličtina <input type="checkbox"/> vietnamština <input type="checkbox"/> mongolština <input type="checkbox"/> jiné:.....
Způsob komunikace <input type="checkbox"/> nerozumí <input type="checkbox"/> smluvní tlumočník <input type="checkbox"/> piktogramy <input type="checkbox"/> vlastní tlumočník - kontakt:
Diagnózu sdělit <input type="checkbox"/> klientka <input type="checkbox"/> partner <input type="checkbox"/> rodiče <input type="checkbox"/> děti <input type="checkbox"/> nikdo <input type="checkbox"/> jiné:.....
Léčebný postup sdělit <input type="checkbox"/> klientka <input type="checkbox"/> partner <input type="checkbox"/> rodiče <input type="checkbox"/> děti <input type="checkbox"/> jiné:.....
Neverbální komunikace <input type="checkbox"/> žádná specifika <input type="checkbox"/> nedotýkat se hlavy a ramen <input type="checkbox"/> nedívat se přímo do očí <input type="checkbox"/> jiné:.....
Tabu témata <input type="checkbox"/> žádná <input type="checkbox"/> vylučování <input type="checkbox"/> krvácení <input type="checkbox"/> počet dětí <input type="checkbox"/> rodinný stav <input type="checkbox"/> jiné:.....
ROLE A ORGANIZACE V RODINĚ
Hlava rodiny <input type="checkbox"/> klientka <input type="checkbox"/> partner <input type="checkbox"/> bratr/sestra <input type="checkbox"/> matka <input type="checkbox"/> otec <input type="checkbox"/> jiné:.....
Rozhodování o léčbě <input type="checkbox"/> klientka <input type="checkbox"/> partner <input type="checkbox"/> bratr/sestra <input type="checkbox"/> rodiče <input type="checkbox"/> děti <input type="checkbox"/> jiné:.....
RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ
Kouření <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> cigarety ... ks/den <input type="checkbox"/> dýmka <input type="checkbox"/> žvýkáci tabák Alkohol <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> příležitostně <input type="checkbox"/> pravidelně
Očkování <input type="checkbox"/> neví <input type="checkbox"/> ví, jaká?.....
VÝŽIVA
Dietní omezení <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano, jaká?..... Nápoj <input type="checkbox"/> čaj <input type="checkbox"/> voda <input type="checkbox"/> jiné:.....
Zakázané potraviny <input type="checkbox"/> žádné <input type="checkbox"/> vepřové maso <input type="checkbox"/> mléčné výrobky <input type="checkbox"/> jiné:.....
Teplota nápoje <input type="checkbox"/> nezáleží <input type="checkbox"/> studená <input type="checkbox"/> teplá Strava <input type="checkbox"/> nemocniční <input type="checkbox"/> domácí
SPIRITUALITA
Náboženství <input type="checkbox"/> ateistka <input type="checkbox"/> křesťanství <input type="checkbox"/> pravoslavné <input type="checkbox"/> islám <input type="checkbox"/> judaismus <input type="checkbox"/> buddhismus <input type="checkbox"/> jiné:.....
Požadavky <input type="checkbox"/> žádné <input type="checkbox"/> kněz <input type="checkbox"/> rabín <input type="checkbox"/> možnost jít na modlitbu <input type="checkbox"/> nebyť rušena během modlitby <input type="checkbox"/> modlitební koberec <input type="checkbox"/> jiné:.....
Hospitalizace během náboženských svátků <input type="checkbox"/> lze <input type="checkbox"/> nelze <input type="checkbox"/> lze v neodkladných případech
PRAKTIKY ZDRAVOTNÍ PÉČE
Mamografie <input type="checkbox"/> ano, kdy? <input type="checkbox"/> ne Gynekologická prevence <input type="checkbox"/> ano, kdy?..... <input type="checkbox"/> ne
Prevence u praktického lékaře <input type="checkbox"/> ano, kdy?..... <input type="checkbox"/> ne Prevence u zubního lékaře <input type="checkbox"/> ano, kdy?..... <input type="checkbox"/> ne
Analgetika <input type="checkbox"/> užívá <input type="checkbox"/> odmítá <input type="checkbox"/> zvláštní požadavky:.....
Návštěva léčitele <input type="checkbox"/> ano, důvod?..... <input type="checkbox"/> ne
Transfuze <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> odmítá, z důvodu: Písemný nesouhlas <input type="checkbox"/> má <input type="checkbox"/> nemá
Přírodní medicína <input type="checkbox"/> využívá, kdy?..... <input type="checkbox"/> nevyužívá
Nemocniční pokoj <input type="checkbox"/> jednolůžkový <input type="checkbox"/> nezáleží na počtu lůžek
POSKYTOVATELÉ ZDRAVOTNÍ PÉČE
Vyšetření/Ošetření pouze osobou stejného pohlaví <input type="checkbox"/> vyžaduje <input type="checkbox"/> nevyžaduje
Přítomnost rodinného příslušníka při vyšetření <input type="checkbox"/> vyžaduje, koho?..... <input type="checkbox"/> nevyžaduje
TĚHOTENSTVÍ
Gravidita/Parita:
Prenatální prohlídky <input type="checkbox"/> ano, kdy?..... <input type="checkbox"/> ne
Osoba u porodu <input type="checkbox"/> ano, kdo?..... <input type="checkbox"/> ne
Specifika u porodu <input type="checkbox"/> ano, jaká?..... <input type="checkbox"/> ne
Specifika péče o novorozence <input type="checkbox"/> ano, jaká?..... <input type="checkbox"/> ne

Datum a čas:

Razítko + podpis NLZP

Podpis pacientky:

Zdroj: Autorka disertační práce

Příloha 11: Ošetřovatelský záznam péče pro muže

Oddělení:

Identifikační štítek

Datum:

Zdravotní pojištění <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Oslovení:.....
Rodinný stav <input type="checkbox"/> svobodný <input type="checkbox"/> ženatý <input type="checkbox"/> rozvedený <input type="checkbox"/> vdovec <input type="checkbox"/> druh
Státní příslušnost: Jak dlouho žijete v ČR?
KOMUNIKACE
Jazyk, kterým se dorozumí <input type="checkbox"/> čeština <input type="checkbox"/> angličtina <input type="checkbox"/> vietnamština <input type="checkbox"/> mongolština <input type="checkbox"/> jiné:.....
Způsob komunikace <input type="checkbox"/> nerozumí <input type="checkbox"/> smluvní tlumočník <input type="checkbox"/> piktogramy <input type="checkbox"/> vlastní tlumočník - kontakt:
Diagnózu sdělit <input type="checkbox"/> klient <input type="checkbox"/> partnerka <input type="checkbox"/> rodiče <input type="checkbox"/> děti <input type="checkbox"/> nikdo <input type="checkbox"/> jiné:.....
Léčebný postup sdělit <input type="checkbox"/> klient <input type="checkbox"/> partnerka <input type="checkbox"/> rodiče <input type="checkbox"/> děti <input type="checkbox"/> jiné:.....
Neverbální komunikace <input type="checkbox"/> žádná specifika <input type="checkbox"/> nedotýkat se hlavy a ramen <input type="checkbox"/> nedívat se přímo do očí <input type="checkbox"/> jiné:.....
Tabu témata <input type="checkbox"/> žádná <input type="checkbox"/> vylučování <input type="checkbox"/> krvácení <input type="checkbox"/> počet dětí <input type="checkbox"/> rodinný stav <input type="checkbox"/> jiné:.....
ROLE A ORGANIZACE V RODINĚ
Hlava rodiny <input type="checkbox"/> klient <input type="checkbox"/> partnerka <input type="checkbox"/> bratr/sestra <input type="checkbox"/> matka <input type="checkbox"/> otec <input type="checkbox"/> jiné:.....
Rozhodování o léčbě <input type="checkbox"/> klient <input type="checkbox"/> partnerka <input type="checkbox"/> bratr/sestra <input type="checkbox"/> rodiče <input type="checkbox"/> děti <input type="checkbox"/> jiné:.....
RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ
Kouření <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> cigarety ... ks/den <input type="checkbox"/> dýmka <input type="checkbox"/> žvýkáci tabák Alkohol <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> příležitostně <input type="checkbox"/> pravidelně
Očkování <input type="checkbox"/> neví <input type="checkbox"/> ví, jaká?.....
VÝŽIVA
Dietní omezení <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano, jaká?..... Nápoj <input type="checkbox"/> čaj <input type="checkbox"/> voda <input type="checkbox"/> jiné.....
Zakázané potraviny <input type="checkbox"/> žádné <input type="checkbox"/> vepřové maso <input type="checkbox"/> mléčné výrobky <input type="checkbox"/> jiné:.....
Teplota nápoje <input type="checkbox"/> nezáleží <input type="checkbox"/> studená <input type="checkbox"/> teplá Strava <input type="checkbox"/> nemocniční <input type="checkbox"/> domácí
SPIRITUALITA
Náboženství <input type="checkbox"/> ateista <input type="checkbox"/> křesťanství <input type="checkbox"/> pravoslavné <input type="checkbox"/> islám <input type="checkbox"/> judaismus <input type="checkbox"/> buddhismus <input type="checkbox"/> jiné:.....
Požadavky <input type="checkbox"/> žádné <input type="checkbox"/> kněz <input type="checkbox"/> rabín <input type="checkbox"/> možnost jít na modlitbu <input type="checkbox"/> nebyť rušena během modlitby <input type="checkbox"/> modlitební koberec <input type="checkbox"/> jiné:.....
Hospitalizace během náboženských svátků <input type="checkbox"/> lze <input type="checkbox"/> nelze <input type="checkbox"/> lze v neodkladných případech
PRAKTIKY ZDRAVOTNÍ PÉČE
Prevence u praktického lékaře <input type="checkbox"/> ano, kdy?..... <input type="checkbox"/> ne
Prevence u zubního lékaře <input type="checkbox"/> ano, kdy?..... <input type="checkbox"/> ne
Analgetika <input type="checkbox"/> užívá <input type="checkbox"/> odmítá <input type="checkbox"/> zvláštní požadavky:.....
Návštěva léčitele <input type="checkbox"/> ano, důvod?..... <input type="checkbox"/> ne
Transfuze <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> odmítá, z důvodu: Písemný nesouhlas <input type="checkbox"/> má <input type="checkbox"/> nemá
Přírodní medicína <input type="checkbox"/> využívá, kdy?..... <input type="checkbox"/> nevyužívá
Nemocniční pokoj <input type="checkbox"/> jednolůžkový <input type="checkbox"/> nezáleží na počtu lůžek
POSKYTOVATELÉ ZDRAVOTNÍ PÉČE
Vyšetření/Ošetření pouze osobou stejného pohlaví <input type="checkbox"/> vyžaduje <input type="checkbox"/> nevyžaduje
Přítomnost rodinného příslušníka při vyšetření <input type="checkbox"/> vyžaduje, koho?..... <input type="checkbox"/> nevyžaduje

Datum a čas:

Razítko + podpis NLZP

Podpis pacientky:

Zdroj: Autorka disertační práce

Příloha 12: Informovaný souhlas pro focus group1 a focus group 2

Informace k výzkumné studii

Vážená paní /pane,

rády bychom Vás požádaly o zapojení se do výzkumného šetření v rámci disertační práce na téma **Využití modelu kulturních kompetencí v české ošetrovatelské praxi**. Cílem je zjistit váš názor, zpětnou vazbu, na předkládaný dokument.

Vaše účast na výzkumném šetření je dobrovolná a bez nároku na finanční odměnu. Výsledky zjištěné tímto šetřením budou použity pouze pro účely disertační práce. Jejím hlavním cílem je na základě získaných informací upravit/vytvořit ošetrovatelskou dokumentaci a přispět ke zkvalitnění poskytované péče. Údaje o Vaší osobě nebudou zneužity, bude zajištěna ochrana osobních dat. Získané nahrávky rozhovoru a jejich doslovná transkripce, včetně poznámek z pozorování, budou zpracovány a uchovány dle Zákona č. 439/2004 Sb., kterým se mění zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Budete-li chtít v jakékoli fázi šetření odstoupit, můžete slovním vyjádřením.

Souhlasíte-li s účastí na výzkumném šetření, vyplňte, prosím, níže uvedený Informovaný souhlas.

Děkujeme.

Mgr. Zuzana Škorníčková
Fakulta zdravotnických studií
Univerzita Pardubice
zuzana.skornickova@upce.cz

Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.
Fakulta zdravotnických studií
Univerzita Pardubice

Informovaný souhlas o účasti ve focus group

Já(vyplňte prosím jméno a příjmení)
souhlasím se zařazením do výzkumného šetření, jehož cílem je zjistit názor, zpětnou vazbu,
na předkládaný dokument.

Je Vaším právem si vyžádat další informace u níže uvedených kontaktních osob.

Já, níže podepsaná/podepsaný, souhlasím se zařazením do výzkumu na téma **Využití Modelu kulturních kompetencí v české ošetrovatelské praxi**. Byl/Byla jsem dostatečně informován/a a seznámen/a s obsahem a průběhem výše zmíněného výzkumu (viz Informace k výzkumné studii). Jsem si vědom/a, že mohu kdykoli pomocí ústního vyjádření odstoupit od účasti v šetření bez udání důvodu a tato skutečnost nebude mít vliv na moji léčbu. Údaje o Vaší osobě nebudou zneužity, bude zajištěna ochrana osobních dat. Získané nahrávky rozhovoru a jejich doslovná transkripce, včetně poznámek z pozorování, budou zpracovány a uchovány dle Zákona č. 439/2004 Sb., kterým se mění zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Souhlasím s publikováním získaných výsledků v odborném tisku.

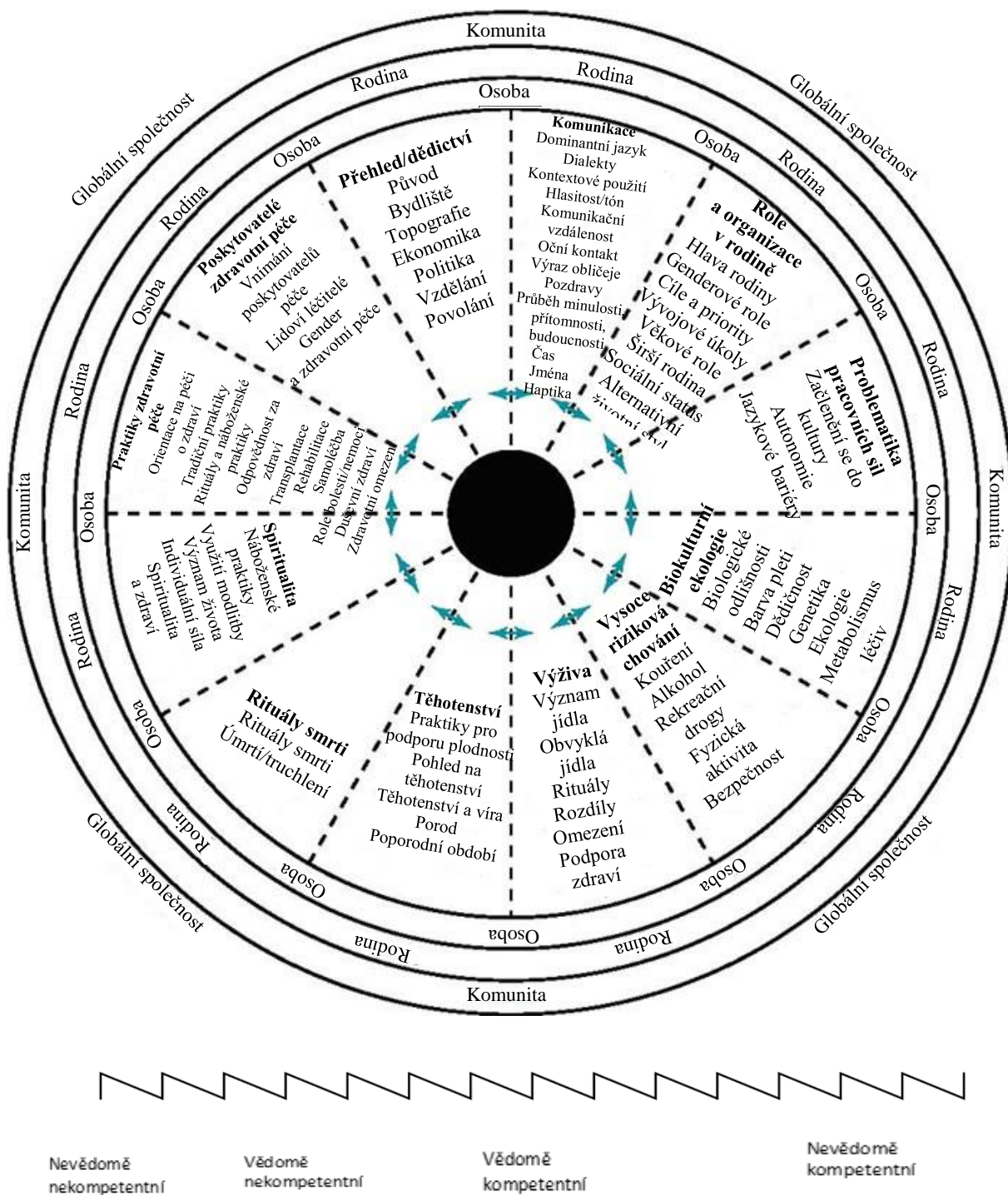
V Pardubicích dne

Podpis

Mgr. Zuzana Škorníčková
Fakulta zdravotnických studií
Univerzita Pardubice
zuzana.skornickova@upce.cz

Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.
Fakulta zdravotnických studií
Univerzita Pardubice

Příloha 13: Česká jazyková verze Modelu kulturních kompetencí L. D. Purnella



Obrázek 11 Česká verze Modelu kulturních kompetencí, přeloženo z Purnell, 2013 autorkami článku