

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2021

Kateřina Pečenková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Zkušenosti porodních asistentek s péčí o etnicky odlišné pacientky

Kateřina Pečenková

2021

Bakalářská práce

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	Kateřina Pečenková
Osobní číslo:	Z18084
Studijní program:	B5349 Porodní asistence
Studijní obor:	Porodní asistentka
Téma práce:	Zkušenosti porodních asistentek s péčí o etnicky odlišné pacienty
Zadávací katedra:	Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace průzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

1. GIDDENS, Anthony. *Sociologie*. Praha: Argo, 2013. ISBN 728-80-257-0807-1.
2. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-247-4413-1.
3. PURNELL, Larry, D. *Transcultural Health Care: a culturally competent approach. –4th edition*. Philadelphia: F. A. Davis Company, 2013. ISBN 978-0-8036-3705-4.
4. TÓTHOVÁ, Valérie. *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin*. Praha: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-645-6.
5. TÓTHOVÁ, Valérie. *Zabezpečení účinné ošetrovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu*. Praha: Triton, 2010. ISBN 978-80-7387-414-8.3.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Barbora Faltová**
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2019**
Termín odevzdání bakalářské práce: **6. května 2021**

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D. v.r.
děkanka

L.S.

Mgr. Helena Poláčková v.r.
vedoucí katedry

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

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., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, 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. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 6. 5. 2021

Kateřina Pečenková v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji Mgr. Faltové za odborné vedení a podporu, za cenné rady a připomínky a velkou dávku trpělivosti při tvorbě bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala všem respondentkám, které se účastnily mého průzkumu. A v neposlední řadě mé rodině za oporu a za to, že jsou.

ANOTACE

Bakalářská práce má teoreticko – průzkumný charakter. Předmětem teoretické části je vymezení odborné terminologie multikulturního ošetrovatelství a etnicity pacientek v péči porodních asistentek. Dále se zabývá komunikací, kulturní odlišností a zdravotní péčí poskytovanou cizincům v České republice. Cílem průzkumné části je zmapování zkušeností porodních asistentek s péčí o etnicky odlišné pacientky. Průzkumná část je zpracována na základě kvantitativního dotazníkového šetření, vlastní konstrukce analyzovaného popisnou statistikou a prezentovaného v grafech. V závěru jsou stanoveny doporučení pro praxi.

KLÍČOVÁ SLOVA

Etnikum, kultura, komunikace, multikulturní ošetrovatelství, porodní asistentka

TITLE

Experience of midwives in caring for ethnically diverse patients.

ANNOTATION

The bachelor thesis has a theoretical - exploratory character. The subject of the theoretical part is the definition of professional terminology of multicultural nursing and ethnicity of patients in the care of midwives. It also deals with communication, cultural differences and health care provided to foreigners in the Czech Republic. The aim of the exploratory part is to map the experience of midwives with the care of ethnically diverse patients. The exploratory part is processed on the basis of a quantitative questionnaire survey, own construction analyzed by descriptive statistics and presented in graphs. Finally, are recommendations set for practice.

KEYWORDS

Ethnicity, culture, communication, multicultural nursing, midwife

OBSAH

ÚVOD.....	11
1 CÍL PRÁCE.....	13
1.1 Hlavní cíl teoretické části:.....	13
1.1.1 Dílčí cíle teoretické části.....	13
1.2 Hlavní cíl průzkumné části:	13
1.2.1 Dílčí cíle průzkumné části	13
2 TEORETICKÁ ČÁST.....	14
2.1 PROFESE PORODNÍ ASISTENTKA	14
2.1.1 Mezinárodní definice porodní asistentky.....	14
2.2 ETNICITA A POJMY S NÍ SPOJENÉ	14
2.2.1 Etnikum, etnicita, etnocentrismus, etnická příslušnost.....	14
2.2.2 Národ, národnost, národnostní menšina	15
2.2.3 Kultura, akultura, asimilace, kulturní šok.....	16
2.2.4 Předsudky a stereotypy	17
2.2.5 Rasa, rasismus, diskriminace, xenofobie	18
2.3 MULTIKULTURNÍ A TRANSKULTURNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ.....	19
2.3.1 Multikulturní ošetřovatelství.....	19
2.3.2 Transkulturní ošetřovatelství	20
2.3.3 Práva etnicky odlišných pacientů při poskytování ošetřovatelské péče	20
2.4 KULTURNÍ KOMPETENCE A MODEL L. PURNELLA	21
2.4.1 Přístup zdravotníků dle L. Purnella	21
2.4.2 Kulturní kompetence dle modelu L. Purnella.....	22
2.4.3 Model získávání kulturních kompetencí L. Purnella	22
2.5 ZDRAVOTNÍ PÉČE POSKYTOVANÁ CIZINCŮM V ČR.....	23
2.5.1 Cizinci s povolením k trvalému pobytu na území ČR.....	23
2.5.2 Cizinci bez povolení k trvalému pobytu na území ČR	24

2.5.3	Zdravotní pojištění pro cizince na území ČR	24
2.6	KOMUNIKACE S ETNICKY ODLIŠNÝMI PACIENTKAMI.....	26
2.6.1	Verbální komunikace	26
2.6.2	Neverbální komunikace	27
2.6.3	Specifika komunikace v transkulturním ošetřovatelství.....	29
2.6.4	Základní pravidla a zásady komunikace s cizinci.....	30
2.6.5	Komunikační bariéry	31
2.6.6	Alternativní způsoby komunikování.....	31
2.7	ETNICKÉ SKUPINY NA ÚZEMÍ ČR.....	33
2.7.1	Romské etnikum	33
2.7.2	Vietnamské etnikum	36
2.7.3	Ukrajinské etnikum.....	39
3	PRŮZKUMNÁ ČÁST	42
3.1	Dílčí cíle	42
3.2	Charakteristika průzkumného vzorku	43
3.3	Zpracování a vyhodnocení dat	43
3.4	Prezentace výsledků	44
4	DISKUZE	68
5	ZÁVĚR	78
6	POUŽITÁ LITERATURA.....	81
7	INTERNETOVÉ ZDROJE.....	81
8	PŘÍLOHY	85
8.1	Příloha A - Domény modelu získávání kulturních kompetencí	86
8.2	Příloha B – Česká verze Purnellova modelu kulturní kompetence	88
8.3	Příloha C – Cizinci se zvláštním statutem na území ČR	89
8.4	Příloha D – Dotazník k průzkumné části práce.....	90

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 Definice pojmu xenofobie	44
Obrázek 2 Definice pojmu diskriminace	45
Obrázek 3 Definice pojmu rasismus	46
Obrázek 4 Setkání s etnicky odlišnými pacientkami	47
Obrázek 5 Nepřátelské jednání vůči pacientce ze strany personálu	48
Obrázek 6 Péče o etnicky odlišné pacientky	49
Obrázek 7 Skupiny etnicky odlišných pacientek	50
Obrázek 8 Jiné etnické skupiny pacientek	51
Obrázek 9 Intenzita obav z péče o etnicky odlišnou pacientku	52
Obrázek 10 Obavy v péči o etnicky odlišnou pacientku	53
Obrázek 11 Hodnocení péče poskytované etnicky odlišným pacientkám	54
Obrázek 12 Reakce na bolest u žen romského etnika	55
Obrázek 13 Reakce na bolest u žen vietnamského etnika	56
Obrázek 14 Reakce na bolest u žen ukrajinského etnika	57
Obrázek 15 Odchod romských žen z porodnice bez kojence	58
Obrázek 16 Oční kontakt s ženou vietnamského etnika	59
Obrázek 17 Kulturní zvláštnosti u etnicky odlišných pacientek	60
Obrázek 18 Jistota při komunikaci s etnicky odlišnými pacientkami	62
Obrázek 19 Nejistoty při komunikaci s etnicky odlišnými pacientkami	63
Obrázek 20 Komunikační bariéry ze strany etnicky odlišných pacientek	64
Obrázek 21 Zlepšování péče, čerpání znalostí	65
Obrázek 22 Pomůcky používané při komunikaci s etnicky odlišnými pacientkami	66
Obrázek 23 Pomůcky, které by zlepšily komunikaci s pacientkami	67

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

Aj.	A jiné
Angl.	Anglicky
Atd.	A tak dále
Apod.	A podobné
ČR	Česká republika
ISBN	International standard Book Number
Např.	Například
PA	Porodní asistentka
s.	Strana
Sb.	Sbírky
Tzv.	Takzvaný

ÚVOD

Tato bakalářská práce je teoreticko – průzkumného charakteru. Předmětem této práce je teoretické vymezení multikulturního ošetrovatelství a průzkumné zmapování zkušeností porodních asistentek s péčí o etnicky odlišné pacientky.

Od samých počátků lidské civilizace docházelo ke kontaktům mezi lidmi nejen uvnitř určitého etnického společenství, ale také ke kontaktům členů různých etnik a národů, jejich kultur a příslušných jazyků. Historiografická bádání a historická lingvistika přinášejí četné informace o tom, jak se lidé již v nejstarších starověkých společnostech odlišovali nejen tím, že mluvili rozdílnými jazyky, nýbrž také svými postoji a předsudky k jiným etnikům a jejich jazykům (Průcha, 2010, s. 14).

Mezi charakteristické rysy dnešní společnosti patří migrace. Imigranti nebo uprchlíci obvykle přicházejí do země, která je jim zcela cizí. Odlišné jsou pro ně klimatické podmínky, strava, jazyk, rituály, zvyky i mentalita hostitelského obyvatelstva. Při bezprostředním kontaktu s neznámou kulturou prožívají tito lidé traumatický proces adaptace na změnu, kterou nazýváme kulturní šok. Jejich vnitřní identita hledá nové rozměry (Kutnohorská, 2006, s. 1).

V současné pluralitní společnosti je víc než nezbytné, aby poskytovatelé zdravotní péče dokázali použít znalosti o rozdílných kulturách svých klientů do poskytované zdravotní péče. Aby kulturních kompetencí nabyli, je nezbytné rozvíjet povědomí o své vlastní kultuře, zvycích a o podkulturách, komunitách či minoritách, jež se v dané společnosti vyskytují. Získávání a rozvoj těchto poznatků napomáhá přijmutí a respektování kulturních rozdílů tak, aby byl poskytovatel zdravotní péče v průběhu ošetrovatelského procesu schopen provádět kulturně objektivní hodnocení, které je základem stanovení individuálního ošetrovatelského plánu (Tóthová, 2012, s. 16).

Teoretická část práce se věnuje vymezení profese porodní asistentky, popisuje pojmy s etnicitou spojené, multikulturní a transkulturní ošetrovatelství. Dále se zabývá modelem kulturních kompetencí dle L. Purnella a popisem základů zdravotnické péče pro cizince v ČR. Též se věnuje komunikaci s cizinci a v závěru blíže specifikuje romské, vietnamské a ukrajinské etnikum.

Průzkumná část této práce se věnuje zjištění prostřednictvím kvantitativního šetření, na základě kterého je zjištěno, jak porodní asistentky vnímají péči, jaké jsou jejich znalosti a zkušenosti pojící se s péčí o etnicky odlišné pacientky. V této části práce se snažím vyhodnotit odpovědi k následujícím cílům: Zjistit povědomí porodních asistentek o etnicitě a pojmech s ní spojených. Zjistit, které pomůcky porodním asistentkám usnadňují péči o etnicky odlišné skupiny pacientek v porodní asistenci. Zjistit problémy porodních asistentek při komunikaci s etnicky odlišnými skupinami pacientek v porodní asistenci. Zjistit, s jakými etnickými skupinami pacientek se porodní asistentky setkávají nejčastěji.

1 CÍL PRÁCE

Zpracovat teoretické a praktické poznatky na téma: Zkušenosti porodních asistentek s péčí o etnicky odlišné pacientky.

1.1 Hlavní cíl teoretické části:

Zmapovat přehled základních informací v péči o etnicky odlišné pacientky v porodní asistenci.

1.1.1 Dílčí cíle teoretické části

1. Vysvětlit pojmy s etnicitou spojené.
2. Vymežit profesi a činnost porodní asistentky v multikulturním ošetrovatelství.
3. Vymežit zásady multikulturní komunikaci s cizinci v souvislosti s multikulturním ošetrovatelstvím
4. Popsat kulturní specifika vybraných etnických skupin v souvislosti s multikulturním ošetrovatelstvím

1.2 Hlavní cíl průzkumné části:

Zmapovat zkušenosti porodní asistentky v péči o etnicky odlišné pacientky v porodní asistenci.

1.2.1 Dílčí cíle průzkumné části

1. Zjistit povědomí porodních asistentek o etnicitě a pojmech s ní spojenými.
2. Zjistit s jakými etnickými skupinami pacientek se porodní asistentky setkávají nejčastěji.
3. Zjistit, které pomůcky porodním asistentkám usnadňují péči o etnicky odlišné skupiny pacientek v porodní asistenci.
4. Zjistit problémy porodních asistentek při komunikaci s etnicky odlišnými skupinami pacientek v porodní asistenci.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Profese porodní asistentka

2.1.1 Mezinárodní definice porodní asistentky

Porodní asistentka je osoba, která úspěšně ukončila oficiální vzdělávací program pro porodní asistentky uznávaný v dané zemi, tím dosáhla požadované kvalifikace k registraci pro povolení k výkonu povolání porodní asistentky. PA je uznávána za plně zodpovědného zdravotnického pracovníka, který pracuje v partnerství s ženami, poskytuje jim potřebnou podporu, péči a rady během těhotenství, porodu a v době poporodní; vede porod na svou vlastní zodpovědnost, poskytuje péči novorozencům a dětem v kojeneckém věku. Do této péče patří preventivní opatření, podpora fyziologického porodu, zjišťování komplikací u matky či dítěte, zprostředkování přístupu k lékařské péči nebo jiné vhodné pomoci a provedení nezbytných opatření při mimořádně naléhavé situaci. PA má důležitou roli ve zdravotním poradenství a vzdělávání nejen žen, ale i v rámci jejich rodin a celých komunit. Její práce by měla zahrnovat předporodní přípravu a přípravu k rodičovství a může být rozšířena i do oblasti zdraví žen, sexuálního nebo reprodukčního zdraví a péči o dítě. PA smí vykonávat svou profesi v jakémkoli prostředí, včetně domácího prostředí, ambulantních zdravotnických zařízení, nemocnic, klinik, či zdravotnických středisek. Tato definice byla revidována a přijata na zasedání rady ICM v roce 2011 a nahrazuje definici PA přijatou v roce 1972 a doplněnou v roce 1990 a 2005 (Česká komora porodních asistentek, © 2013; Ministerstvo zdravotnictví České republiky, © 2019).

2.2 Etnicita a pojmy s ní spojené

2.2.1 Etnikum, etnicita, etnocentrismus, etnická příslušnost

Etnikum

Etnikum neboli etnická skupina je skupinou lidí se společným rasovým původem, obvykle společným jazykem, kteří také sdílejí společnou kulturu (Průcha, 2001, s. 18.; Mastiliaková, 2003, s. 110).

Etnicita

Etnicita se vztahuje ke kulturním zvyklostem a postojům konkrétní skupiny lidí, jimiž se tato skupina odlišuje od ostatních. Příslušníci dané etnické skupiny sami sebe označují jako kulturně odlišné od jiných skupin a zpětně jsou těmito skupinami jako odlišní vnímáni (Giddens, 2013, s. 528).

Kulturní odlišnosti začínají být v mnoha ohledech méně nápadné v důsledku častějších vzájemných kontaktů a probíhající modernizace. Zároveň však vzrůstá význam etnické identity a etnického uvědomění. Čím podobnější si lidé jsou, tím více lpí na zbývajících odlišnostech (Ivanová, 2005, s. 20).

Etnocentrismus

Vlastní kultura se stává úhlem pohledu, z něhož jedinec vnímá a posuzuje odlišné kulturní projevy. Plyne z přesvědčení, že vlastní kultura je nadřazena všem ostatním, že náš pohled na svět, naše způsoby chování, naše instituce, naše péče jsou jediné správné. Etnocentrismus je do určité míry vlastní všem kulturám a společnostem (Kutnohorská, 2013, s. 18).

Etnická příslušnost

Etnická národní příslušnost je čistě individuální identifikace člověka s určitým společenstvím, nikdo ji nenařizuje, jedná se o výsledek výchovy v rodině, ve škole, v širší společnosti. Lidé v průběhu života mohou svou národní identifikaci změnit vlivem migrace do jiné země, přizpůsobí se jejímu etnickému prostředí (Kutnohorská, 2013, s. 20).

2.2.2 Národ, národnost, národnostní menšina

Národ

Osobité, uvědomělé kulturní a politické společenství, na jehož utváření mají největší podíl společné dějiny a společné území (Ivanová, 2005, s. 238).

Národnost

Příslušnost k určitému národu či etniku. Příslušnost ke skupině osob se společným původem, kulturou, případně jazykem, náboženstvím nebo jinou charakteristikou, které ji odlišují od ostatního obyvatelstva (Ivanová, 2005, s. 238).

Národnostní menšina

Je shodná s vymezením etnika či etnické skupiny. Dokumenty mezinárodních organizací jednoznačně nevymezují národnostní menšiny (Ivanová, 2005, s. 238; Mastiliaková, 2003, s. 114).

Ze sociologického hlediska je možné národnostní menšinu vymezit jako podřízenou sociální skupinu, která je součástí celkových státních společenstev. Má jiné fyzické nebo kulturní rysy, které jsou dominantní společností takto vnímány. Vyznačuje se sebeuvědoměním, vnitřní soudružností. Členy skupiny spojují stejné rysy, které mohou přinášet společenské znevýhodnění. Členství v menšině se dědí, spojuje následující generace dokonce i tehdy, když chybí snadno rozlišitelné zvláštní kulturní nebo fyzické vlastnosti (Ivanová, 2005, s. 24).

2.2.3 Kultura, akultura, asimilace, kulturní šok

Kultura

Purnell dle Tóthové (2012, s. 16) popisuje kulturu jako souhrn vzorců chování, umění, víry, hodnot, zvyků, životního stylu a všech produktů lidské práce a myšlení, který je předáván během socializace, tedy v přímé interakci v sociálním poli. Tyto vzory chování, jež jsou primárně předávány v rodinách a sdíleny většinou členů kultury, podléhají vlivu vnějších faktorů a procesu globalizace.

Akultura

Sociální proces, ve kterém dochází ke kulturním změnám trvalým stykem dvou nebo více kultur. Akulturace obsahuje jak přebírání jedněch prvků z jiné kultury, tak vylučování jiných nebo jejich přetváření (Mastiliaková, 2003, s. 110; Průcha, 2010, s. 55).

Asimilace

Je postupné začleňování jednoho etnika a jeho kultury do jiné kultury tak, že znaky původní kultury se ztrácejí a jsou nahrazovány znaky dominantní přejímané kultury (Ivanová, 2005, s. 30; Mastiliaková, 2003, s. 110; Průcha, 2010, s. 56).

Kulturní šok

Hovoříme o něm v souvislosti s lidmi, kteří se ocitnou v odlišném prostředí a jsou dezorientovaní a neschopní reagovat přiměřeně na jiné osoby či situace, protože jejich způsoby jsou tolik cizí a neznámé (Špirudová, 2006, s. 33).

Je způsoben zejména nečekanými nebo překvapivými zjištěními, která jsou vyvolána při kontaktu s cizí, neznámou kulturou (Ivanová, 2005, s. 30).

Fáze kulturního šoku dle Kudlové (2006, s. 372).

První fáze se vyznačuje vzrušením a nazývá se rovněž fází „medových týdnů“. Cizinec se cítí v jiném prostředí příjemně.

Druhá fáze přichází jako fáze realizace života v novém prostředí. V tomto období může být člověk rozjívěný, frustrovaný a prožívat pocity vlastní nedokonalosti, méněcennosti a osamělosti.

Ve třetí fázi cizinec hledá přiměřené modely chování v novém prostředí, vytváří si přátelské vztahy. V této fázi dochází k zeslabení vazeb k předcházející kultuře.

Ve čtvrté fázi cizinec žije pohodlně, adaptoval se v novém prostředí, a pokud se vrátí zpět do původní kultury, může pocítit opakovaný kulturní šok.

2.2.4 Předsudky a stereotypy

Předsudky

Jsou definovány jako soustava zaujatých myšlenek, představ a názorů na určitého jednotlivce, skupiny nebo kulturu. Tyto myšlenky, představy a názory mnohdy nežádoucím způsobem zužují a zkreslují představu těchto osob a celé situace (Ivanová, 2005. s. 239; Kutnohorská, 2013, s. 32; Mastiliaková, 2003, s. 115).

Předsudky jsou velice nebezpečné, jedná se o negativní stereotyp. Obsahují záporné hodnocení nebo odsouzení a jsou projevem negativního vztahu (Kutnohorská, 2013. s. 32).

Stereotypy

Stereotypy jsou součástí každé kultury. Etnické stereotypy jsou názory jedné etnické skupiny na skupinu jinou. Bývají dlouhodobé mnohdy s negativním či diskriminačním podtextem. Vznikají už v dětství a přenášejí se z generace na generaci. Dle některých autorů jsou předsudek a stereotyp chápány jako synonyma, jiní definují předsudek jako negativní stereotyp. Stereotyp má často podobu ustálené představy konstruované podle zjednodušení, přehánění nebo překroucení pravdy (Kutnohorská, 2013. s. 33).

2.2.5 Rasa, rasismus, diskriminace, xenofobie

Rasa

Giddens (2013, s. 581-582) ve své knize uvádí, že mezi lidmi jsou patrné tělesné rozdíly, z nichž některé jsou zděděné, ale důvod, proč se některé z těchto rozdílů stanou základem diskriminace a předsudků a jiné ne, nemá s biologií nic společného. Rasu tak lze chápat jako soubor společenských vztahů, které nám na základě biologických rysů umožňují jedince nebo skupiny společensky rozdělit a přiřadit jim různé znaky a schopnosti.

Rasa bývá často užívána a spojována s diskriminací či útlakem lidí určité barvy pleti (Špirudová, 2006, s. 34).

Rasismus

Je to nadřazenost lidských ras a etnických skupin, jde o nenávisť k lidem určité rasy (Slovník cizích slov, © 2005b).

Rasismus je souhrnné označení pro takové jednání, které překračuje vnímání rasových odlišností a přetváří se v nepřátelské aktivity vůči příslušníkům jiné rasy, jež se projevují v diskriminaci a agresivním chování verbálním nebo fyzickým (Průcha, 2001. s. 29).

Giddens (2013, s. 587) tvrdí, že jde o předsudek založený na rozdílech mezi lidmi.

Diskriminace

To znamená rozlišování, rozdílný, jiný přístup k jedné skupině než k jiné nebo k celku (Slovník cizích slov, © 2005a).

Neoprávněné rozlišování jedinců nebo skupin na základě jejich příslušnosti k určité biologické (rasové) či sociální (profesní, politické, stratifikační či náboženské apod.) kategorii a znevýhodňování jedné oproti druhé. Diskriminace zahrnuje různé formy nevhodného zacházení a často slouží jako proces nebo forma sociální kontroly k udržení sociální distance mezi kategoriemi nebo skupinami (Ivanová, 2005, s. 38).

Xenofobie

Je to odpor, nepřátelství, strach, nedůvěra ke všemu cizímu (Slovník cizích slov, © 2005c).

Je to bazální psychický pocit, na němž mohou vyrůstat nenávistné ideologie, jako je rasismus, šovinismus, nacionalismus, fašismus a podobné (Ivanová, 2005, s. 31).

2.3 Multikulturní a transkulturní ošetrovatelství

Jedná se o přístupy multikulturní nebo transkulturní, respektující jinou národnost, kulturu, rasu, etnikum i náboženství (Ivanová, 2005, s. 39).

Multikulturní a transkulturní zdravotnická péče vychází z: Mezinárodní deklarace lidských práv a svobod, dalších mezinárodních a evropských úmluv (OSN, WHO, EU...), základních etických principů ve zdravotnictví, ze zákonů dané země (v tomto případě ČR), práv pacientů, etických kodexů zdravotnických pracovníků, holisticky pojímané péče o člověka s kulturním a sociálním rozměrem a ošetrovatelského procesu a zaměření ošetrovatelské péče na lidské potřeby (Špirudová, 2004, s. 45-46).

2.3.1 Multikulturní ošetrovatelství

Je často v praxi synonymem k pojmu transkulturní ošetrovatelství. Multikulturní znamená mnohokulturní, tj. respektování více kultur, kulturních tradic a způsobu žití v určitém geografickém prostoru. Cílem multikulturních přístupů je poznávání a respektování jiných kultur než své vlastní, znamená to poznávat a respektovat jiná etnika – nositele těchto kultur. Směřuje k péči „šité na míru“ a k péči, jež je v souladu s osobností a kulturou klienta (Kutnohorská, 2013, s. 36).

Multikulturalismus je v podstatě požadavek pro rovné uznání všech lidí a jejich kultur. Pokud je však jádrem každé kultury jazyk, potom multikulturalismus nevede k rovnoprávnému

soužití. Neporozumění „státnímu jazyku“ cizince skutečně vylučuje z obecné komunikace a prohlubuje jeho izolovanost (Ivanová, 2005, s. 39-40).

2.3.2 Transkulturní ošetrovatelství

Transkulturní ošetrovatelství je zaměřeno na porozumění kulturám a k tomu se vztahujícím specifickým potřebám péče (Kutnohorská, 2013, s. 37).

Významově překračuje hranice kultury, kdy kultury, které se setkávají, se navzájem ovlivňují a jsou mezi nimi znaky, jež jsou společné daným kulturám (Špirudová, 2004, s. 44).

Cílem transkulturního ošetrovatelství je poskytovat kulturně shodnou a rozdílnou ošetrovatelskou péči praktikovanou pro zdravé a nemocné lidi nebo jim pomáhat čelit nepříznivým lidským podmínkám, nemoci či umírání kulturně vhodným způsobem (Kutnohorská, 2013, s. 27).

2.3.3 Práva etnicky odlišných pacientů při poskytování ošetrovatelské péče

Sestry by si měly uvědomit, že naše středoevropská (a dá se říct evropská kultura) není jedinou normou a některé jiné kultury se značně odlišují od její normativnosti, utilitarství i povinných schémat. Od sester je dnes očekáváno, že porozumí rozmanitým kulturním postojům k etice narození, života a umírání (Ivanová, 2005, s. 46).

Evropská Porada WHO o právech pacientů schválila na setkání v Amsterdamu ve dnech 28. – 30. března 1994 dokument Principy práv pacientů v Evropě: Všeobecný rámec. Jedná se o soubor zásad k podpoře a uplatňování práv pacientů v členských státech EU. V několika pasážích je zde zakotven požadavek k respektování kultury pacienta v případě poskytováním zdravotní péče. Například v oddílu číslo jedna, „Lidská práva a hodnoty zdravotní péče,“ se v bodu 5 říká, že každý má právo, aby byly respektovány jeho morální a kulturní hodnoty, náboženské a filosofické přesvědčení. V oddílu číslo pět „Péče a léčba“ se v bodě 8. píše, že pacienti mají právo na důstojné zacházení ve vztahu k jejich diagnóze, léčbě a ošetření, a to při respektování jejich kultury a žebříčku hodnot. V oddílu „Informovanost“ se v bodě čtvrtém vyzdvihuje, že informace se musí pacientovi podávat způsobem vhodným pro jeho možnosti pochopit je. Je nutnost omezit na minimum technickou terminologii. A když pacient

neovládá jazyk, v němž se s ním komunikuje, je důležité zajistit vhodnou interpretaci. (Špirudová, 2004, s. 42-43; Ivanová, 2005, s. 46)

2.4 Kulturní kompetence a model L. Purnella

L. Purnell se obdobně jako Madeleine M. Leninger věnuje kulturním hodnocením a získáváním kulturních kompetencí se zapojením konceptu transkulturní péče. V roce 1991 začal z důvodu potřeby stanovit rámec pro vzdělávání studentů i ošetrovatelského personálu v otázkách kultury rozšiřovat model zaměřený na získávání kulturních kompetencí. Ve své práci přitom vycházel z předpokladu, že kultura je velice silným faktorem schopným ovlivnit nejen poskytování péče, ale také její přijímání a důsledek ošetrovatelských intervencí (Tóthová, 2012, s. 16).

Špirudová (2006, s. 16) ve své knize uvádí, že ošetrovatelství považuje kulturní způsobilost jako „*dovednosť poskytovať péči, ktorá je vnímavá k problémom vyplivajícím z kultury, rasy, genderu a sexuální orientace*“. Purnell a Paulanka (1998) uvádí například, „*že kulturní uvědomění si samostatné existence člověka s jeho způsobem myšlení, vjemy a vlivem prostředí, aniž by to mělo nežádoucí vliv na péči poskytovanou tomu kterému klientovi*“. Purnell a Paulanka ještě dodávají, že „*kulturní způsobilost je vlastně schopnost přizpůsobit péči klientovi*“. V tomto smyslu jde tedy o vědomý proces s ne nutně lineárním průběhem.

2.4.1 Přístup zdravotníků dle L. Purnella

Podle Tóthové (2012, s. 16) Purnell tvrdí, že každý jedinec má právo na respektování jedinečnosti kulturního dědictví. Znalost kulturních odlišností a podobností považoval za podstatnou pro všechny zdravotnické profese, neboť jejich uvědomění napomáhá snížit míru etnocentričnosti, která by mohla kvalitu poskytované péče snižovat. V současné pluralitní společnosti je víc než nezbytné, aby poskytovatelé zdravotní péče dokázali použít znalosti o rozdílných kulturách svých klientů do poskytované zdravotní péče. Pro to, aby kulturních kompetencí nabyli, je nezbytné rozvíjet povědomí o své vlastní kultuře, zvycích a o podkulturách, komunitách či minoritách, jež se v dané společnosti vyskytují. Získávání a rozvoj těchto poznatků napomáhá přijmutí a respektování kulturních rozdílů, tak aby byl poskytovatel zdravotní péče v průběhu ošetrovatelského procesu schopen provádět kulturně objektivní hodnocení, které je základem stanovení individuálního ošetrovatelského plánu.

2.4.2 Kulturní kompetence dle modelu L. Purnella

Kulturní kompetence jsou neukončeným procesem. Začátkem tohoto procesu může být nevědomá kompetentnost, která je určena neznalostí či nepřipuštěním faktu o nedostatku znalostí ve vztahu k jiné kultuře. Druhým stupněm tohoto procesu je vědomá nekompetentnost, přičemž si poskytovatel péče tuto neznalost velmi dobře uvědomuje. Vědomá kompetentnost již označuje stav, kdy poskytovatel péče zasahuje do ošetrovatelského procesu a realizace individuálního plánu, s přihlédnutím ke specifickým potřebám klientů z různých kultur, začleňuje kulturně specifické intervence. Čtvrtou úrovní tohoto procesu je nevědomá kompetentnost, která je dána nevědomým, automatickým poskytováním kulturně kompetentní péče jedincům v pluralitní, multikulturní společnosti (Tóthová, 2012, s. 16).

2.4.3 Model získávání kulturních kompetencí L. Purnella

Purnell (2013, s. 15) ve své knize uvádí, že tento model poskytuje komplexní, systematický a výstižný rámec pro učení a porozumění kultuře. Empirický rámec modelu poskytuje základ pro poskytovatele zdravotní péče, pedagogy, výzkumy, manažery a administrátory ve všech zdravotnických oborech k poskytování holistických, kulturně kompetentních, terapeutických intervencí: podpory zdraví a blahobytu, prevenci nemocí, chorob a úrazů, udržení a obnovy zdraví a výuka zdraví ve vzdělávacích a praktických podmínkách.

„This chapter presents Purnell Model for Cultural Competence, its organizing framework, and the assumptions upon which the model is based. The model provides a comprehensive, systematic, and concise framework for learning and understanding culture. The empirical framework of the model provides a basis for health-care providers, educators, researchers, managers, and administrators in all health disciplines to provide holistic, culturally competent, therapeutic interventions: health promotion and wellness; illness, disease, and injury prevention; health maintenance and restoration; and health teaching across educational and practise settings.“ (Purnell, 2013, s. 15)

V kruhovém zobrazení modelu lze spatřovat odraz holistické filozofie, v němž Purnell zachytil globální společnost, komunitu, rodinu a osobnost jedince jako členy, které jsou v interakci s dvanácti doménami znázorňujícími kulturní oblasti a jejich pojetí. V samotném

jádru modelu je ponecháno prázdné místo představující neznámé proměnné ve vztahu ke kulturním skupinám. Tento organizační rámec v sobě skrývá specifické otázky, jež umožňují strukturované posouzení kultury, zhodnocení osobní zdravotnické historie a zároveň vybízejí k hlubšímu získávání znalostí. Definice globální společnosti, komunity, rodiny a osobnosti jedince v tomto konceptu podléhá vlivu kultury, mnohoznačnosti jazyka i hodnotám, jež společnost vyznává. Tím je možno přizpůsobit model napříč jednotlivými kulturami (Tóthová, 2012, s. 16).

Jednotlivé domény modelu získávání kulturních kompetencí jsou uvedeny v příloze (viz Příloha A). A česká verze modelu kulturních kompetencí L. Purnella je též uvedena v příloze (viz Příloha B).

2.5 Zdravotní péče poskytovaná cizincům v ČR

2.5.1 Cizinci s povolením k trvalému pobytu na území ČR

Ze zákona má v České republice povinně zdravotní pojištění každá osoba, která má na našem území trvalý pobyt. Cizinci, kteří získají v České republice trvalý pobyt, se stávají účastníky veřejného zdravotního pojištění a musí se po získání trvalého pobytu registrovat u jedné ze zdravotních pojišťoven. Pokud tak neučiní sami, jsou automaticky zaregistrováni u Všeobecné zdravotní pojišťovny (Tesař, 2015).

V případě, že cizinec s trvalým pobytem má v plánu opustit Českou republiku na delší dobu, musí se odhlásit ze zdravotního pojištění. Pokud tak neučiní, vzniká mu u zdravotní pojišťovny dluh včetně penále za neuhrazení povinného zdravotního pojištění. Z povinného zdravotního pojištění je možno se odhlásit kdykoliv, minimálně však na dobu šesti měsíců, maximálně až na dva roky. O přerušení je nutné požádat předem. Po návratu zpět do České republiky je nutné předložit doklad o tom, že cizinec měl po dobu nepřítomnosti zhotoveno zdravotní pojištění v zemi, ve které pobýval (Tesař, 2015).

Cizinci se zvláštním statusem

V některých zvláštních případech se považují zákonem vymezené skupiny cizích státních příslušníků za cizince s povolením k trvalému pobytu. Tyto osoby jsou též pojištěny v systému veřejného zdravotního pojištění (Tesař, 2015).

Výčet cizinců spadajících do skupiny cizinců se zvláštním statutem je uveden v příloze (viz Příloha B)

2.5.2 Cizinci bez povolení k trvalému pobytu na území ČR

Cizinci bez trvalého pobytu mají nárok na veřejné zdravotní pojištění, v případě, že jsou účastni nemocenského pojištění jako zaměstnanci. Zaměstnavatel má povinnost oznámit zdravotní pojišťovně vznik (i ukončení) účasti v nemocenském pojištění zaměstnance, který je cizincem bez trvalého pobytu. Zdravotní pojišťovna vystaví pro tohoto pojištěnce průkaz zelené barvy s platností maximálně jeden rok. Veřejné zdravotní pojištění končí ukončením zaměstnání (Tesař, 2015).

Po ostatních cizincích, kteří v naší zemi nejsou zaměstnání u zaměstnavatele se sídlem na území České republiky, je vyžadováno zdravotní pojištění pro krytí léčebných výloh, a to minimálně do výše 60 000 euro. Tito cizinci mohou uzavřít komerční pojištění, které funguje podle tržních principů (Tesař, 2015).

2.5.3 Zdravotní pojištění pro cizince na území ČR

2.5.3.1 Veřejné zdravotní pojištění

Občané České republiky mají zdravotní péči garantovanou Ústavou České republiky, kde se v článku 31 Listiny základních práv a svobod praví: *„Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.“* (Tesař, 2015; Mastiliaková, 2003, s. 48 – 49).

Naplnění tohoto ústavního práva a dostupnost zdravotní péče je zajištěna prostřednictvím veřejného zdravotního pojištění, které se řídí zákonem č. 48 /1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Zákon funguje na principu solidarity ve zdravotní péči: občané přispívají do fondu zdravotního pojištění podle svých možností a čerpají zdravotní péči podle svých potřeb (Tesař, 2015).

Špirudová (2004, s. 125) uvádí, že zdravotní péče, které se veřejné zdravotní pojištění netýká, a kterou je třeba hradit přímo, je vymezena zákonem. Jedná se například o vybrané stomatologické výkony, akupunkturu nebo plastické operace. Z prostředků veřejného

zdravotního pojištění se dále nehradí vybrané výkony a vyšetření prováděné z osobního zájmu pojištěnce nebo jiné osoby, které nemají přímo léčebný charakter a jejichž cílem není zachování nebo zlepšení zdravotního stavu pojištěnce. Jde např. o prohlídky při vstupu do zaměstnání, vyšetření k vydání řidičského průkazu, potvrzení o zdravotní způsobilosti ke studiu a další.

Pojištěnci veřejného zdravotního pojištění

Patří sem všichni občané s trvalým pobytem na území České republiky, a jejich nezletilé děti, včetně cizinců, kteří mají povolení k trvalému pobytu na území České republiky, dále zaměstnanci zaměstnavatele se sídlem v České republice, včetně cizinců bez trvalého pobytu v České republice. Dále sem patří děti, které se narodily cizincům s trvalým pobytem, včetně dětí narozených cizincům, kteří o trvalý pobyt mají zažádáno, také děti - cizinci převzaté do náhradní výchovy. Azyntanti – s oprávněním k trvalému pobytu na území České republiky po dobu platnosti rozhodnutí o udělení azylu. Děti narozené azylantkám, do doby než je rozhodnuto o azylu nebo jiném druhu pobytu dítěte, se pro účely veřejného zdravotního pojištění považují za cizince s povoleným trvalým pobytem. Cizinci s vízem z důvodu dočasné ochrany nebo za účelem strpění pobytu (Tesař, 2015).

2.5.3.2 Komerční zdravotní pojištění

Komerční zdravotní pojištění obecně kryje užší rozsah poskytované péče a zejména nezajišťuje dostatečnou péči v případě závažného onemocnění a chronických nemocí vůbec. Toto zdravotní pojištění se v praxi vztahuje především k neodkladné péči. Nekryje pohlavní a infekční nemoci včetně AIDS, diabetu, chronické insuficience ledvin a hemodialýzu, léčbu závislostí včetně všech komplikací. Zubní péče nad rámec ošetření při akutních bolestivých stavech není ve standardním druhu pojištění zahrnuta. Velký problém činí péče o novorozence, zejména o nedonošené nebo narozené s vrozenou vadou. Vrozené vady nejsou kryty a děti narozené se zdravotním postižením nejsou v rámci komerčního pojištění pojistitelné (Tesař, 2015).

Existují dva základní typy pojištění. Zdravotní pojištění z důvodu neodkladné péče a zdravotní pojištění z důvodu komplexní péče – od roku 2011 je povinným pojištěním pro všechny cizince ze třetích zemí, kteří žádají o prodloužení pobytu v České republice. Tento

typ pojištění zahrnuje zdravotní péči v širším rozsahu než pojištění na neodkladnou péči. Obsahuje preventivní prohlídky a očkování, i prenatální a porodní péči o rodičku, léky a částečně i zdravotnické prostředky (Tesař, 2015).

2.6 Komunikace s etnicky odlišnými pacientkami

Z pravidla se komunikace dělí na verbální a neverbální. Verbální je nejmladším a nejvyspělejším komunikačním kanálem, získala vedoucí postavení a neverbální komunikace ji doplňuje, ale přesto tón hlasu a signály řeči těla jsou velice důležité. Je obecně známo, že když spolu hovoří dva lidé, tak 7 % veškerých informací sdělujeme prostřednictvím slov, 38 % prostřednictvím tónu hlasu a 55 % prostřednictvím řeči těla (Kutnohorská, 2006, s. 2).

2.6.1 Verbální komunikace

Verbální komunikace je specifickým lidským způsobem komunikace, který má formu mluvené nebo psané řeči, tedy formu jazyka. Nutné pamatovat na to, že pacient je v nepřírozené situaci, cítí se více či méně ohrožen, má strach může mít bolesti, trápí ho nejistota apod. Velký význam pro něho (i jeho doprovod) mají informace, které získává z prvních okamžiků neverbální komunikace se zdravotníkem a ze způsobu jeho chování k němu (Špirudová, 2006, s. 77).

Znalost cizího jazyka vyžaduje:

1. schopnost komunikovat v cizím jazyce
2. pochopit význam slov v cizím jazyce
3. schopnost číst v cizím jazyce
4. schopnost psát v cizím jazyce

Ivanová (2005, s. 66) tvrdí, že rozdíl mezi jazykem a řečí je v tom, že zatímco jazyk má jeden rozměr, řeč má čtyři rozměry prostoru a jeden rozměr času. Jazyk je návodem, řeč je praktickým použitím jazyka v komunikaci. Jazyk a řeč je potřebné chápat jako vzájemně propojené entity.

2.6.2 Neverbální komunikace

Sdělení převádíme do gest, mimiky, vzájemné vzdálenosti, doteků, pohybů, oblečení aj. Neverbální komunikace je nejpůvodnějším způsobem sociálního chování. Význam neverbálních znaků je ovlivněn kulturou, dobou, sociální skupinou a prostředím (Ivanová, 2005, s. 66).

2.6.2.1 Neverbální komunikace pacienta

Kutnohorská (2006, s. 2) ve své příručce uvádí, že komunikace není jen zvládnutí jazyka – tedy slovního předávání informací. Měli bychom se vyznat v mimice, haptice, proxemice, posturologii, kinetice, gestice, pohledech, paralingvistice a úpravě zevnějšku:

Mimikou se vyjadřuje štěstí – neštěstí, překvapení – společné očekávání, strach a bázeň – pocit jistoty, radost – smutek, klid – rozčilení, spokojenost – opak až po znechucení, zájem – nezájem. V kterémkoliv koutu světa, lidé disponují třemi mimickými zónami:

1. čelo a obočí – zde hraje hlavní roli překvapení
2. oči a víčka – značí radost, strach, smutek
3. dolní část obličeje, která značí ostatní hnutí mysli

Haptika - Poklep a pohmat je i formou vyšetření, ovšem i v tomto případě se musí počítat s různými kulturami. Např. u Rusů je objetí něčího obličeje dlaněmi klasickým projevem přátelství. V islámském světě se může muž dotknout pouze ženy z rodiny, ale obvyklé je tu potkat na ulici přátele - muže, kteří se drží za ruce. V Evropě jsou dotyky méně používané u Angličanů, Němců, Finů nebo Lotyšů, jižní národy jako Italové, Španělé, Francouzi se naopak dotýkají často a rádi. Vyhnutí se dotyku s Rusem nebo Kavkazany, bude dokonce považováno za projev nepřátelství. Důležité je vnímat, že význam dotekové komunikace se mění podle toho, koho, jak a v jaké situaci se dotýká.

Takto by se dalo dále věnovat jednotlivým oblastem neverbální komunikace, protože odlišností je velmi mnoho.

Etogramy – jednotné normy chování společné všem lidem. Etogramů je mnoho. Ve všech kulturách projevují lidé stejně překvapení. Na všech polednicích a rovnoběžkách jeví zármutek a žal. V rozpacích si zakrývají obličej. Pokud se zlobí, sraští čelo, zamračí se,

zatnou pěst. A mají-li radost, zešíroka rozevřou oči, zvedne se jim obočí a mají ústa od ucha k uchu (Kutnohorská, 2006, s. 2).

Oční kontakt je v různých kulturách vnímán různým způsobem. Afričané a Asiaty považují např. příliš mnoho pohledů jako projev nadřazenosti, neúcty, dokonce urážky. Naopak málo pohledů chápáno Araby a Severoameričany jako nezdvořilost, nedostatek pozornosti. Spousta lidí a z různých kultur (i Češi!) si málo pohledů vykládá jako neupřímnost, nečestnost. Kratším pohledům dávají přednost Asijci, Indiáni, Skandinávci, delší zrakový kontakt upřednostňují Arabové, Jihoevropané. A pro zdravotníky platí, že čím lépe budou tento kontakt využívat, tím větší sympatie vzbudí (Kutnohorské, 2006, s. 2).

2.6.2.2 Neverbální komunikace zdravotníka

Mimika - musí značit vstřícnost, ochotu, pochopení, snahu pomoci, zájem, nikdy nezapomínat na úsměv!

Gestikulace - nesmí vzbuzovat strach svojí razantností, nebo naopak bezradností a bezmocností, nesmí vyjadřovat panovačnost a nadřazenost, spěch, gestikulace musí být přiměřená situaci, vyjadřující vstřícnost a zájem.

Zabarvení a tón hlasu - musí být klidný, rozhodný, příjemně modulovaný, přiměřené intenzity, nesmí vyjadřovat devalvující postoj, opovržení, nezájem, přehlížení.

Haptika a postoje - postoj nesmí působit jako nadřazený, vaše haptické projevy jako netaktní, nepříjemné, bolestivé či nešetrné.

Osobní úpravy - nedostatečná úprava služebního oděvu, vlasů, rukou, špinavá a sešlapaná obuv nebudí důvěru u nikoho! (Špirudová, 2006, s. 77).

Dle Kutnohorské (2006, s. 2) je nejdůležitější v kontaktu zdravotník – pacient je úsměv. Ale pořad mějme na paměti, že lékař i sestra jsou v dominantním postavení, zatímco pacient je submisivní. Úsměvem se navodí atmosféra uvolnění, důvěry, sdílnosti, optimismu. „Keep smiling“ říkají Američané, i Evropa to uznává. Asiaty však mnohdy v úsměvu vidí výraz nejistoty, omluvy, rozpaků, zmatku.

Problémy při komunikaci

Zdravotníci musí počítat s řadou možných problémů při komunikaci, s ošetřovatelskou bariérou, možnou nízkou spoluprací pacienta, nedorozuměním s ohledem na okolní prostředí, poruchou sociální interakce, sociální izolací, nesprávným přístupem pacienta k léčebnému režimu (Kutnohorská, 2006, s. 2).

2.6.3 Specifika komunikace v transkulturním ošetřovatelství

Špirudová (2006, s. 66.; 2004, s. 184) v obou knihách tvrdí, že základním sdělovacím prostředkem každého jazyka je mluvená řeč. Řeč psaná je druhotnou formou, kterou spousta jazyků ani nemá. Členové dané etnické a kulturní skupiny hovoří plynně jazykem svojí skupiny, ale nemusejí ovládat jazyk kraje, ve kterém žijí, případně ve kterém se momentálně nacházejí. Dostávají-li se tyto jedinci do nemocničního zařízení a nejsou schopni na základě jazykové bariéry sdělit svoje těžkosti, popsat problémy a porozumět instrukcím, dochází k neuspokojování potřeby komunikace. Tato bariéra a s ní související nedostatek informací může vyvolat frustraci, strach, úzkost, hněv, smutek a další nepříznivé emočních stavy, které jsou projevem neuspokojené potřeby jistoty a bezpečí, které patří mezi základní lidské potřeby.

Vlivem nedostatečné informovanosti prokazuje člověk též neznalost nebo neporozumění danému problému. Chybění informací pacientovi také ztěžuje adekvátní rozhodování a může vést k nedodržení léčebného režimu, nesprávnému plnění instrukcí, někdy v konečném důsledku až ke vzniku zbytečných komplikací. Dle kodexu práv pacientů na celém světě je uvedeno právo na informace týkající se jeho zdravotního stavu, způsobu léčby, prognózy, znalost jmen všech osob, které se na léčbě podílejí. A v neposlední řadě i informace o všech rizicích, které spolu navrhovaná léčba přináší (Špirudová, 2006, s. 66).

Zdravotník má za úkol diagnostikovat, léčit, edukovat, chápat, pomáhat, pečovat, podporovat. Ne soudit! Vždy posuzovat pacienty i jejich situace individuálně, ne zobecňovat (Špirudová, 2004, s. 46).

2.6.4 Základní pravidla a zásady komunikace s cizinci

Špirudová (2006, s. 77) tvrdí, že nalézt vhodný způsob komunikování je naprosto nejdůležitější. Komunikovat se může verbálně, ale i neverbálně – gestikulací, mimikou, pohybem. Komunikovat lze přímo či přes zprostředkovatele – osobu nebo pomůcku (komunikační karty, slovníky, papír – psaní či kreslení, obrázky, fotografie, film).

Udělat si na cizince čas, nesnažit se záležitost vyřídit „co nejrychleji“. A počítat s jazykovými i kulturními bariérami, uvažovat o možných předsudcích na obou stranách, tedy i na vaší straně. Hovořit pomalu, zřetelně artikulovat, nezvyšovat hlas. Používat jednoduché věty, se složitým souvětím (Kutnohorská, 2006, s. 2; Mastiliaková, 2003, s. 77).

Rozpoznat a vážit si kulturních odlišností – naše přesvědčení i činnost se mohou zásadně odlišovat od přesvědčení a zvyklých činností našich pacientů. Prvním krokem k překonání kulturních překážek je uvědomit si tyto rozdíly. Neschopnost či neochota poznat tyto odlišnosti vede k selhání komunikace a k neefektivní péči (Špirudová, 2006, s. 77).

V případě častého kontaktu s příslušníky jedné a téže kultury, naučit se v jejich jazyce alespoň základní pozdrav. Projevovat tak o ně zájem. Pokud není jasné, co cizinec chtěl říci, nechat jej problém zopakovat ještě jednou, případně jinými slovy.

Chápat kulturní důvody chování pacientky – k tomu je zapotřebí se aktivně zajímat případně studovat kulturu, ke které náleží či ze které pochází náš pacient (Špirudová, 2006, s. 77).

Naslouchat a učit se dříve, než začnete radit - jenom doporučeními a instrukcemi se chování pacientů nepovede změnit. Zdravotní edukace musí vždy brát v úvahu úroveň chápání pacienta a rámec přijatelnosti (Špirudová, 2006, s. 77).

Naslouchat mu se sympatiemi a snažit se pochopit jeho pohled na problém. Odhadnout i důvody, které ho k němu pravděpodobně vedou. Vysvětlit mu svůj názor na diskutovaný problém a argumenty, které za ním stojí. Upozornit cizince na shody a rozdíly v jeho a vašem stanovisku a diskutovat podrobněji o rozdílech (Kutnohorská, 2006, s. 2).

Doporučit nejvhodnější způsob řešení daného problému i s ohledem na etické, etnické a kulturní zvláštnosti cizince. Rozumná míra kompromisu z obou stran je lepší než vyhrocování neshod, zesměšňování, vyhrožování či otevřený konflikt s vážnými důsledky pro cizince a

ostatní pro - pacienta, zdravotníky i zdravotnický personál (Mastiliaková, 2003, s. 77; Kutnohorská, 2006, s. 2).

Vlivem nedostatečné informovanosti dokazuje člověk také neznalost nebo neporozumění danému problému. Chybění informací též ztěžuje nemocnému adekvátní rozhodování a může vést k nedodržení léčebného režimu, nesprávnému plnění instrukcí někdy v konečném důsledku až ke vzniku zbytečných komplikací (Špirudová, 2004, s. 184).

2.6.5 Komunikační bariéry

- poruchy verbální komunikace spojená s jazykovou bariérou
- nedostatečná či žádná spolupráce pacienta
- porucha vysvětlení okolního prostředí
- poruchy se sociální interakcí
- sociální izolovanost
- špatný přístup k léčebnému režimu (Ivanová, 2005, s. 62-63).

Komunikační bariéra se objevuje zejména v případě Vietnamců, a to nejen v důsledku nedostatečného zvládnutí češtiny, ale také kvůli rozdílným kulturním standardům, hodnotám, tradicím aj. To se týká především dospělých osob, zatímco pro vietnamské děti není jazyková bariéra natolik tíživá – většinou ovládají češtinu lépe než jejich rodiče. Vietnamské děti, které se narodily již v ČR a docházejí do českých škol, ovládají naprosto perfektně a obvykle patří k nejlepším studentům (Průcha, 2010, s. 59).

2.6.6 Alternativní způsoby komunikování

Komunikační karty (piktogramy)

Doposud byla představována především verbální komunikace s pacienty – cizinci. Tím ale spektrum možností, jak někomu sdělit důležité informace, jak od něho informace naopak získat, nekončí. Běžně tam, kde není možnost komunikovat řečí, se používají náhradní nebo doplňkové možnosti komunikace. Jde např. o využití mimiky, gestikulace, demonstrace, dramatizace. Je možno použít některé pomůcky, jako jsou slovníky a psané texty, je-li pacient gramotný, nebo nejedná-li se o malé dítě, které zatím neumí číst ani psát. (Špirudová, 2006, s. 77; Špirudová, 2004, s. 194).

V situacích, kdy je pacient negramotný, nebo jestliže nehovoří ani jedním z jazyků, v němž jsme schopni mu informace poskytovat a pokud nemáte tlumočníka, musí si zdravotníci pomáhat jinými vhodnými pomůckami. Můžou být fotografie, obrázky, videofilmy apod. Tímto způsobem je komunikace zdlouhavější, ale získává zpravidla potřebnou informaci (Špirudová, 2006, s. 77-78, Špirudová, 2004, s. 194-195).

Tlumočník

Mastiliaková (2003, s. 90) tvrdí, že při komunikaci s cizincem přes tlumočníka by se mělo dodržovat následující:

- Mluvit pomalu, v kratších větách, ponechat čas tlumočnickovi, aby mohl přeložit text.
- Cílit otázky přímo na klienta, ne na tlumočníka.
- Ověřit si zda tlumočník zná nejen čistý jazyk, ale též kulturní podmíněnost.
- Trvat na tom, aby tlumočník překládal přesně, co klientovi říkáme, a nepozměňoval překlad.
- Na konec vždy poděkovat tlumočnickovi za překlad

Tlumočení přes telefon je běžnou součástí praxe ve zdravotnictví. Přistupuje se k tomu vždy, když je interní tlumočník příliš zaneprázdněn na svém vlastním pracovišti a externí tlumočník příliš daleko. Obvykle se tlumočí větší úseky. Tlumočení klade zvýšené nároky na správnou výslovnost, to může být problematické u mluvčích s výrazným přízvukem jak v cizím, tak i českém jazyce. Kontaktovaní tlumočníci uvádějí, že většinou není problém s dialektem nebo přízvukem u klienta; právě při tlumočení po telefonu se může projevit problém v podobě idiolektu mluvčího, řečové vady, případně nejasná výslovnost způsobená stresem. V některých vzácných případech může být problematická i výslovnost tlumočníka v českém jazyce – při strukturovaných rozhovorech s tlumočnický původem ze zahraničí byl výrazný rozdíl v osobní a telefonické komunikaci. Rychlejší tempo řeči a šum v telefonní lince vedli k tomu, že ne vždy bylo tlumočnickům se silným přízvukem v českém jazyce rozumět (Janáčková, 2011-2012).

Znalost cizího jazyka

Průcha (2010, s. 84) uvádí, angličtina je v současnosti jediným z několika mezinárodních jazyků, který je rozšířen ve všech obydlených kontinentech světa, Ostatní mezinárodní

jazyky, jako němčina, ruština či španělština, jsou omezeny pouze na jeden kontinent či dva. Němčina se používá jako mezinárodní jazyk pouze v Evropě, ruština se využívá v Evropě i Asii, španělština v Evropě a Jižní Americe.

Dále Průcha (2010, s. 107) tvrdí, že bez jazyka není komunikace a bez znalosti cizího jazyka nelze provozovat interkulturní komunikaci, i když tuto znalost má třeba jen zprostředkující tlumočník, nikoliv přímý partner komunikace. Aby ke znalosti cizího jazyka došlo, je nutno se ho učit a v určité úrovni si ho osvojit. Výrazná většina, pokud jde o počet zúčastněných osob, tohoto učení se cizímu jazyku se uskutečňuje pomocí školního vzdělávání.

2.7 Etnické skupiny na území ČR

2.7.1 Romské etnikum

Romská minorita je největší etnická minorita v České republice. Romové nevytváří jednotlivé společenství, ale dělí se do řady skupin, podskupin a rodů. Romy můžeme obecně rozčlenit podle různých hledisek. Existují tři možnosti dělení: dělení vnitřní neboli romské, dělení vnější z hlediska majoritní společnosti a dělení odborné z hlediska jazykově etnického (Tóthová, 2012, s. 21).

2.7.1.1 Komunikace romského etnika

Dle Tóthové (2012, s. 27) je tradičním jazykem romské minority romština, ale většina členů minority se dohoví jazykem majority, který je vázán na zemi, ve které žijí. Komunikace u romské kultury se vyznačuje temperamentem, hlasitou intonací až křikem a rozmáchlými gesty, jež jsou neutrálními komunikačními prostředky používanými ke zdůraznění verbálního projevu. Při konfliktních situacích se zvyšuje intenzita hlasu i gesta, ale ke skutečné fyzické agresivitě dochází jen výjimečně. Při komunikaci s Romy si musíme být dále vědomi, že v jejich komunikačním stylu hraje velkou roli také empatie (je daleko větší než u většinové populace), kdy jsou Romové schopni se velmi brzy vcítit do pocitů druhého člověka a rozpoznat, co tento komunikační partner prožívá. V romské komunitě je odlišný styl v chodu rodiny a výchově dětí, které jsou od narození vychovávány ve velmi úzkém tělesném kontaktu s ostatními členy rodiny, velký důraz je kladen na dotyky a mnohem menší na verbální komunikaci s dítětem. Při komunikaci je velmi výrazná citová složka – city nepotlačují, naopak je dávají velmi zřetelně a hlasitě najevo.

2.7.1.2 Zvyky, způsob života – zvláštnosti romského etnika

Romové pozdě vstávají a špatně se orientují dle hodin. Jídlo vaří většinou jednou denně, obvykle každý jí, kdy chce. Děti pojídají spoustu sladkostí. V den výplaty utratí průměrně 60-70% peněz. Mají rádi humor, ale nerozumí ironii. Děti poprvé v jiném prostředí kradou. Romové často lžou. Peníze obvykle nevrací. Půjčené věci většinou rozbijí, nevrátí nebo poničí. Dar dívce považují za závazek a za vyznání lásky. Dospělí i děti se velmi stydí za nedostatky v domácnosti, v hygieně, v oblékání apod. Nejsou zvyklí děkovat a prosit. V rodině nemá Rom žádné soukromí. Není neobvyklé ani zahanbující, když muž pláče. Ke zvláštnostem psychiky Romů patří: slabá vůle, malá vytrvalost a trpělivost, nespolehlivost, strach, nesamostatnost, komplexy méněcennosti, spontánnost, živý temperament, urážlivost, uznávají jen dnes a teď (nemyslí na budoucnost) a citlivost vůči nespravedlnosti. Nejedná se o patologii. Jedná se o zvláštnosti ve vztahu k psychice a způsobům komunikování naší majoritní společnosti - kultury (v jiné společnosti – kultuře by tyto nemusely být zmiňovány jako zvláštnosti!) (Tóthová, 2012, s. 32).

2.7.1.3 Péče v porodní asistenci u romského etnika

Těhotenství

Tóthová ve své knize uvádí (2012, s. 32), že těhotenství mají Romové obecně kratší. Romské děti mají menší porodní váhu než děti neromské. Romské dívky začínají s menstruací později než neromské. Délka reprodukčního období je u romských žen delší – začínají i končí později. Intervaly mezi porody jsou kratší, mnoho romských žen má dalšího potomka během jednoho roku po porodu.

Těhotná žena je požehnáním a nosí štěstí. Do poslední chvíle však pracuje. (Špirudová, 2004, s. 61).

Když je žena těhotná, má různé výhody, např. musí dostat k jídlu vše na co má chuť. Při soužití ve větším společenství (např. v romských osadách) musely kolem procházející těhotné ženě nabídnout jídlo všechny ženy. Naopak těhotná žena zase nesměla nabídnuté jídlo nepřijmout. Navíc musela těhotná žena dodržovat řadu různých zákazů, aby zajistila, co nejlepší podmínky svému potomkovi. Například má zakázáno se dívat na odpuzující (žába, had, slimák) nebo na postižené lidi – dítě by bylo ošklivé nebo postižené, nesmí se leknout, a

pokud se lekne, tak se nesmí chytnout za žádnou část těla, neboť by dítě mělo na tom místě skvrnu, zrovna tak se nesmí dívat do ohně, a pokud ano, tak se opět nesmí dotýkat sama sebe (Tóthová, 2012, s. 32).

Porod

Při porodu dříve ležela žena na zemi, měla rozpuštěné vlasy a nemohla mít na sobě žádné ozdoby, šperky, sponky ani kovové předměty, neboť by jí způsobily těžký porod. Narození dítěte je považováno romskou rodinou za jedinečnou a obdivuhodnou událostí. Následuje po něm obřad romských křtin, kdy nezastupitelnou roli zaujímají kmotři. Nad dítětem se vyslovují blahopřání a dítě se přijímá do lidského společenství (Tóthová, 2012, s. 29).

Budoucnost je určena i dle dne narození. Sobota se považuje za šťastný den, stejně tak i zrození v období Vánoc. Naopak pondělí, pátek, narození na Dušičky nebo v den úmrtí člena rodiny je považováno a předzvěst špatného života (Tóthová, 2012, s. 32).

Romské ženy jakožto pacientky jsou velice citlivé na bolest! Bývají velmi emotivní, často a hlasitě sténají (často také proto, aby na sebe upozornily). Ženy bývají úzkostnější a některé špatně snáší hospitalizaci. Rady mohou pociťovat jako nespravedlnost a cítit se dotčeně. Většinu lékařských rozhodnutí probírají se svou rodinou (Špirudová, 2004, s. 62).

Nejčastějším důvodem odchodu Romek z porodnice je dle jejich názoru to, že neměly zajištěnou péči o děti. Dalším důvodem bývá nechuť zůstat v nemocnici. Romky uvedly, že nechtěly nechat doma partnera samotného, a další uvedly, že jim tuto možnost poradil někdo z rodiny (Sikorová, 2012, s. 1).

Děti se považují za největší bohatství romské rodiny. Menší děti jsou obsluhovány déle (neučí se samostatnosti). Dnes se však stává, že narozené dítě rodiče umístí v kojeneckém ústavu a teprve po delší době si jej vyzvedávají (Špirudová, 2004, s. 61).

2.7.1.4 Hospitalizace pacienta romského etnika

Bez své rodiny jsou nesamostatní, mají strach. Tyto stavy méněcennosti se mohou projevat zvýšenou agresivitou a neochotou spolupracovat se zdravotníky. Největším problémem Romů je jejich nedůvěřivost vůči zdravotnickému personálu. Romové pociťují zjevný strach

z bolesti a ze smrti, i když jejich zdravotní stav není vážný (Tóthová, 2012, s. 36; Špirudová, 2004, s. 62).

Při hospitalizaci jednoho příslušníka rodiny lze pozorovat jejich starostlivost, při které se na stav pacienta přijde zeptat celé široké příbuzenstvo. Dokáží čekat celé hodiny až do skončení operačního výkonu či vyšetření. Často žádají návštěvy mimo návštěvní hodiny a shromažďují se na pokoji nemocného, tím často ruší klid ostatních pacientů a mnohdy narušují i chod oddělení. Komunikace bývá dalším problémem s pacientovou rodinou. Je důležité si stanovit komu poskytovat informace a kdo bude se zdravotníky za rodinu hovořit. Zpravidla touto osobou bývá muž – hlava rodiny, nebo muž, jenž je rodině velmi blízký. V některých skupinách touto osobou ale bývá matka. Kontakt se však mnohdy nepodaří navázat i přes velkou snahu zdravotníků (Špirudová, 2004, s. 62).

V souvislosti s hospitalizací tedy nevyžadují členové romské minority dodržování žádných specifík. Romové neodmítají žádné léčebné ani diagnostické výkony a jsou schopni dodržovat dietní opatření (Tóthová, 2012, s. 40).

2.7.2 Vietnamské etnikum

Vietnamská minorita je po Ukrajincích a Slovácích třetí nejpočetnější skupinou v ČR (Vybíralová, 2012; Michálková, 2009).

Úředním jazykem je vietnamština, velmi rozšířená je i čínština, starší generace mluví francouzsky, s mladší lze komunikovat v angličtině. Proto je důležité zdůraznit problematiku multikulturní péče (Michálková, 2009).

2.7.2.1 Komunikace vietnamského etnika

Protože se zdravotníci stále častěji setkávají s Vietnamci, pár jejich zvláštností: Úsměv má u nich víc významů, nejde pouze o projev humoru, veselí. Úsměv je i omluvou, že vám dobře nerozumí. Také úsměvem zakrývají nepříjemné situace, proto může být k vidění Vietnamec, který s úsměvem vyplácí svého nezdárného potomka, prý proto, aby zmírnil jeho bolest. Nepovolený je polibek na veřejnosti, s tím nejcennějším se Vietnamec nevychloubá. Dotyk je výsadou rodičů k dětem, jinak je projevem přílišné sebedůvěry. Při podání ruky překrývají stisk i druhou rukou. Smrkání do kapesníku je neslušné a směšné. Obecně mít na paměti, že

citové vnímání hraje v životě Asiatů mnohem větší roli než u Evropanů (Kutnohorská, 2006, s. 2).

Tlumočníka vyžadují spíše starší lidé, těm často překládá člen rodiny, což ovšem v případě projednávání intimních záležitostí není nejvhodnější varianta komunikace (Novák, 2009; Tóthová, 2010, s. 133).

Často s pacientkou přijde a tlumočí její manžel, případně sourozenec, občas tlumočí i dítě, často dívka. Pokud je tlumočnickem dospělý, bývá to většinou muž. Pro pacientku je z toho důvodu velmi těžké mluvit o tak intimních symptomech, jako je zapáchající výtok, otok stydkých pysků, svědění v pochvě, výrůstek na rodidlech, před svým manželem nebo před úplně cizím člověkem, kterého si zaplatila pro překlad. I nové pacientky, které jsou v ČR krátkou dobu, se mnohem více snaží domluvit, pochopit naše slova a říct alespoň pár slov česky (Vybíralová, 2012).

Průcha (2010, s. 165) tvrdí, že při prožívání bolesti zůstávají klidní, dokonce se mohou i usmívat. Jak je známo, úsměv ve vietnamské kultuře nevyjadřuje pocity radosti, ale také verbálně neprojevené rozpaky či odmítání.

2.7.2.2 Zvyky, způsob života – zvláštnosti

Vietnamci, kteří v ČR žijí krátce anebo sem přijeli až v dospělosti, si aktivně a cíleně udržují svoji rozdílnost a své vazby na domácí kulturu. Pomáhá jim to překonat nepříjemné změny pojící se s životem v cizí zemi. Druhá generace Vietnamců jsou ti, kteří se tu již narodili a jsou od dětství vystavováni působení česko-evropské kultury, ale i silnému vlivu výrazně kulturně odlišné rodiny. Ti už mají snahu přizpůsobit se evropským kulturně-společenským zvyklostem, i když jejich vazba na rodinu zůstává velmi silná (Vybíralová, 2012).

2.7.2.3 Péče v porodní asistenci u vietnamského etnika

Prevence

Vietnamky přicházejí nejčastěji jen na jednorázové vyšetření, tudíž o nějakém užitečném onkologickém screeningu se nedá mluvit. Výrazně však přibývá těch, jež chodí na prevence pravidelně v relativně správných intervalech. K vyšetření je většinou vede nějaký akutní či chronický problém. Jen pomalu se mezi nimi bohužel rozšiřuje informace o důležitosti

pravidelných kontrol děložního čípku. Proto stojí ambulantní gynekologická sestra před velkým úkolem: edukace pacientky a její rodiny. Rodinná vazba a podpora má výhodu v tom, že když se podaří přesvědčit jednu ženu, která začne docházet pravidelně, přijdou i ostatní, protože pacientka přivádí ženy ze širší rodiny, jelikož má s touto péčí dobré zkušenosti (Vybíralová, 2012).

Těhotenství

Vietnamské ženy berou těhotenství velmi zodpovědně, kladou důraz na zdravou výživu (součástí stravy těhotné vietnamské ženy je dostatek masa, vitamínů a vajec) a dostatek odpočinku. Pokud vietnamské ženě sestra či lékař nezdůrazní důležitost preventivních prohlídek, nebude je vyhledávat ani navštěvovat. Během těhotenství pečuje o ženu celá rodina, jí i jejímu těhotenství je věnováno mnoho pozornosti; na preventivní prohlídky, jestliže na ně chodí, jí často doprovází manžel nebo jiný člen rodiny, kterého si žena vybere (Tóthová, 2010, s. 113).

Manžel se účastní všech vyšetření, všechno platí a hlavně celé těhotenství s partnerkou velice prožívá. Navíc si péče oba velmi váží, za všechno opakovaně děkují, nezřídka formou malé pozornosti (Vybíralová, 2012).

Jestliže je třeba v souvislosti s těhotenstvím či porodem vyřešit nějaký problém, nebude ho žena řešit sama, ale vždy s partnerem i rodinou. Pokud by v případě úmrtí dítěte byla nutná pitva, i v tom případě se do diskuze zapojí celá rodina, protože těhotenství a narození dítěte není jen starost rodičů, ale celé rodiny. Jestliže budoucí rodiče spolu navštěvují předporodní kurz, bude chtít být otec dítěte přítomen u porodu. Žena nesmí během těhotenství provádět namáhavou práci, a to zejména ve třetím trimestru. Těhotné ženy mají být v teple a dodržovat speciální hygienu, např. na čištění zubů používat slanou vodu (Tóthová, 2010, s. 113-114).

Porod

Těsně před porodem provádí Vietnamky rituál očisty. Rády se před porodem sami nebo za přítomnosti otce dítěte koupou. Naopak v prvních dnech po porodu se vůbec nekoupou, protože to jejich tradiční kultura nepovoluje. Nastávající rodičky většinou neudávají slovně bolest, celkově jednají tiše (křik není u vietnamských žen obvyklý), je nutné je uklidnit a zajistit pohodlí. Vždy je hlavní hygiena. Pokud se vyskytnou problémy s dítětem, je zvykem

vše prokonzultovat s otcem či jiným členem rodiny. Tato osoba rozhodne o tom, kdo to sdělí matce. V souvislosti s porodem je odlišný pohled Vietnamců na placentu, která je velmi ceněna jako posilující lék. Vietnamské ženy nepovažují placentu za odpad, ale za léčivo. Přesto, že by se většina Vietnamek pravděpodobně nepustila do výroby léků z placenty, tak znají tradici i postupy jejich výroby (Tóthová, 2010, s. 114).

Při narození se dítě považuje za 1 rok staré. Většina Vietnamců si přeje mít za prvorozené dítě chlapce. Pro Vietnamce je velice citlivým tématem odhalení pohlaví dítěte. Je nutné dávat si především při komunikaci pomocí tlumočnicka pozor na sdělování těchto údajů. Vietnamky jsou velice citlivé na dodržování soukromí především v souvislosti s cizími muži, proto jsou velmi stydlivé. Vietnamky jsou při porodu tiché a tiše trpí, bolest tají. Vietnamské ženy nechtějí jakékoliv agresivní zákroky včetně císařského řezu. Vietnamské ženy by tedy daly přednost vaginálnímu porodu nejlépe v domácím prostředí mezi svými blízkými. Avšak si uvědomují možná rizika, proto ve většině případů rodí v porodnici. Vůči svému narozenému dítěti jsou Vietnamky jakožto matky velmi zodpovědné (Tóthová, 2010, s. 114).

Michálková (2009) ve svém článku tvrdí, že z určitého pohledu české a vietnamské ženy mají v oblasti porodu obdobné požadavky. Přesto by se nemělo zapomínat na jistá specifika obou kultur, která je potřeba respektovat.

2.7.3 Ukrajinské etnikum

Ukrajinská minorita je nejpočetnější národnostní menšinou v České republice. Hlavním důvodem emigrace je v současné době ekonomická situace, kdy Ukrajinci přicházejí do ČR především za prací. Různé studie prokázaly, že od roku 1989 začali do ČR masově přijíždět hlavně muži v produktivním věku, většinou sami, vydělat si na uživení svých rodin, které zůstaly doma. Po návratu do vlasti se znovu objeví ekonomické problémy a nezaměstnanost a pracovní cesta se tak opakuje. Zprvu cirkulující migranti si časem vytvoří silnější vztah k imigrační zemi a rozhodnou se zůstat a tvořit základnu pro usazení své rodiny a blízkých (Tóthová, 2012, s. 61).

2.7.3.1 Komunikace ukrajinského etnika

Ukrajinašтина je oficiálním jazykem na Ukrajině. V úředním styku se používá rovněž ruština (především ve východních oblastech – Luhanské, Doněcké, Charkovské oblasti a na Krymu).

Někteří příslušníci spíše mladší generace, kteří žijí v centrech Ukrajiny, ovládají na dobré úrovni i angličtinu (Tóthová, 2012, s. 66).

Další překážkou pro Ukrajince při užívání zdravotní péče v České republice je komunikační bariéra. Značná část Ukrajinců, kteří v České republice žijí, ale nerozumí dostatečně česky. S komunikační bariérou se pojí i nedostatečná informovanost o systému zdravotnictví (Tóthová, 2012, s. 73).

2.7.3.2 Zvyky, způsob života – zvláštnosti ukrajinského etnika

Při setkání s Ukrajincem je nutné se vždy navzájem přivítat a představit. Muž nepodává ženě ruku jako první, vždy má vyčkat, až mu ji žena sama nabídne. Při vstupu do domu či bytu se návštěva zouvá a jsou jí zpravidla nabízeny přezuvky. Pokud je host pozván předem, má s sebou donést malý dar. Nabídnuté nápoje se nemají odmítnout, je to neslušné, pro některé Ukrajince je to stejně závažné jako odmítnout podanou ruku (Tóthová, 2012, s. 66).

V minulosti byl živitelem ukrajinské rodiny vždy muž. Nyní vzhledem k velké nezaměstnanosti přináší peníze do domácnosti převážně žena. Počet dětí v rodině vzhledem k horším sociálním poměrům upadá. Antikoncepce je na Ukrajině příliš drahá a pro většinu Ukrajinců přesto nedostupná jako možná interrupce. Nechtěná těhotenství se proto přerušují (z důvodu sociálních či finančních) i v pokročilejších stádiích těhotenství (Špirudová, 2004, s. 65).

2.7.3.3 Péče v porodní asistenci u ukrajinského etnika

Těhotenství

Předporodní příprava je pro těhotnou ženu, zvláště prvorodičku, velmi důležitá. Základem je příprava matky k duševním a tělesným změnám, které k těhotenství a pozdějšímu mateřství patří. Důležité je také to, že ženy uznávají pravidelné návštěvy těhotné v prenatálních poradnách. Roli partnera při porodu je nutné chápat komplexně. Správně totiž není omezena pouze na samotný porod, ale uplatňuje se již v období těhotenství (Tóthová, 2012, s. 69).

Porod

V současnosti jsou partneři u porodu více do problematiky zapojeni, než tomu bývalo v minulosti. Přítomnost partnera u samotného porodu je žádoucí a etická, pokud je to

z hlediska vybavení zdravotnického zařízení možné. Pokud však partner není přesvědčen o tom, že by chtěl být přítomen, není vhodné jej nijak nutit (Tóthová, 2012, s. 69).

Ukrajínští pacienti jsou velice ukáznění a nemají žádné speciální požadavky, emocionálně se příliš neprojevují. Rodinní příslušníci ve většině případů do nemocnice nedorazí, protože nejsou přítomni v ČR. Jsou maximálně ochotní přizpůsobit se a pochopit režimové podmínky oddělení. Největším problémem v ošetřování ukrajinských pacientů je neschopnost kvalitní a produktivní komunikace z důvodu neznalosti jazyka. Pozornost je nutné věnovat tomu, zda a kde jsou pojištěni (Špirudová, 2004, s. 65).

2.7.3.4 Hospitalizace pacienta ukrajinského etnika

Zdravotní systém v České republice je založen na zákonem povinném všeobecném zdravotním pojištění. Vstup do veřejného zdravotního pojištění mají cizinci, kteří pobývají na území České republiky nebo mají zaměstnanecký status, popřípadě jsou občany EU nebo jsou žadateli o mezinárodní ochranu. Imigranti ze třetích zemí, kteří nesplňují výše uvedené podmínky, musí zvolit různou formu cestovních zdravotních pojištění (soukromé zdravotní pojištění). Komerční pojištění je pro cizince často nákladné a zároveň nedostatečné v případě závažných zdravotních obtíží (Tóthová, 2012, s. 73).

V případě, že pacient podaným informacím nerozumí, mělo by zdravotnické zařízení mít možnost požádat o služby tlumočníka. Zdravotníci mají povinnost poskytnout všechny informace o chystaném výkonu a vyžádat si od pacienta informovaný souhlas (Tóthová, 2012, s. 73).

3 PRŮZKUMNÁ ČÁST

Průzkumná část této práce se věnuje kvantitativnímu dotazníkovému šetření, na základě kterého je zjištěno, jak porodní asistentky vnímají péči, jaké jsou jejich znalosti a zkušenosti pojící se s péčí o etnicky odlišné pacientky. Dotazník, který byl rozdán respondentkám, byl částečně inspirován modelem kulturních kompetencí L. Purnella. Dotazník se skládal jak z uzavřených, tak otevřených otázek v celkovém počtu 24. Z toho byla možnost u otázek č. 9, 21, 22, 23 a 24 vybrat více odpovědí.

Průzkum probíhal v období od 1. 10. 2020 do 21. 1. 2021 na gynekologicko-porodnických odděleních dvou nejmenovaných zdravotnických zařízení na území České republiky. Jedním ze zařízení byla oblastní nemocnice a druhým fakultní nemocnice. Jednalo se o oddělení rizikového těhotenství, gynekologické, porodní sál a šestinedělí. Zdravotnická zařízení byla vybrána záměrně, aby bylo pokryto spektrum nejčastějších pracovišť porodních asistentek, kde se mohou setkat s péčí o etnicky odlišné pacientky.

Po domluvě a schválení provedení průzkumu s vrchními sestrami daných zdravotnických zařízení, jsem v průběhu praxe docházela na jednotlivá oddělení a dotazníky porodním asistentkám nabízela. Ujistila jsem je, že dotazníkové šetření je zcela anonymní a výsledky šetření budou použity pouze v rámci mé bakalářské práce.

Celkem bylo rozdáno 50 dotazníků, zpět se vrátilo 78 % (39) dotazníků. Žádný z dotazníků nebyl vyloučen. Konečný počet dotazníků pro průzkum tedy činil 39 dotazníků.

3.1 Dílčí cíle

Na základě stanovených cílů byly zvoleny následující dílčí průzkumné cíle:

- 1) Zjistit povědomí porodních asistentek o etnicitě a pojmech s ní spojenými.
- 2) Zjistit s jakými etnickými skupinami pacientek se porodní asistentky setkávají nejčastěji
- 3) Zjistit, které pomůcky porodním asistentkám usnadňují péči o etnicky odlišné skupiny pacientek v porodní asistenci.
- 4) Zjistit problémy porodních asistentek při komunikaci s etnicky odlišnými skupinami pacientek v porodní asistenci.

3.2 Charakteristika průzkumného vzorku

Průzkumného šetření se zúčastnilo 39 respondentek (porodních asistentek), s různou délkou praxe počínajíc do pěti let až po praxi delší 15 ti let.

Respondentky (dále už jen PA) pracovaly v rámci gynekologicko-porodnických klinik na oddělení rizikového těhotenství, gynekologickém, porodním sále a šestinedělí. Bohužel nebylo možné blíže procentuálně prezentovat výsledky z jednotlivých oddělení, z důvodu dočasného uzavření několika oddělení z nejmenované oblastní nemocnice. Přesto PA, které na těchto odděleních běžně pracují, se průzkumu zúčastnily, jelikož v tu dobu vykonávaly službu na gynekologickém oddělení téže kliniky. I na straně nejmenované fakultní nemocnice vznikl problém v identifikování PA, dle oddělení. Z důvodu toho, že část PA střídá v rámci měsíců oddělení, aby se rozšiřovala jejich praxe a pole působnosti.

PA lze rozdělit v rámci stupně nejvyššího ukončeného vzdělání. Největší zastoupení činily PA s vysokoškolským studiem zakončeným titulem Bc. se 69 % (27 respondentek). Absolventky vyšší odborné školy zdravotnické tvořily 21 % (8 respondentek). A nejnižší zastoupení činily PA s vysokoškolským studiem zakončeným titulem Mgr. s 10 % (4 respondentky). Poslední možnou odpověď – vysokoškolské studium zakončené titulem Ph.D. nevybrala žádná PA.

Další rozdělení porodních asistentek spočívá v délce praxe v oboru porodní asistence. PA s délkou praxe 5 -10 let byly nejvíce zastoupeny a to v 38 % (15 respondentek). PA s praxí do 5 let tvořily 23 % (9 respondentek) shodně s PA s praxí 15 let a více 23 % (9 respondentek). Nejmenší zastoupení měly PA s praxí 10-15 let s 16 % (6 respondentek).

3.3 Zpracování a vyhodnocení dat

Ke zpracování a vyhodnocení dat byl použit program Microsoft Office Excel 2010 a Microsoft Office Word. Data byla znázorněna pomocí sloupcových grafů a popisné statistiky s použitím absolutní a relativní četnosti dat.

Σ - Suma (součet řady)

n – Počet prvků (celkový počet PA)

n_i – Absolutní četnost (počet PA, které odpověděly na danou otázku)

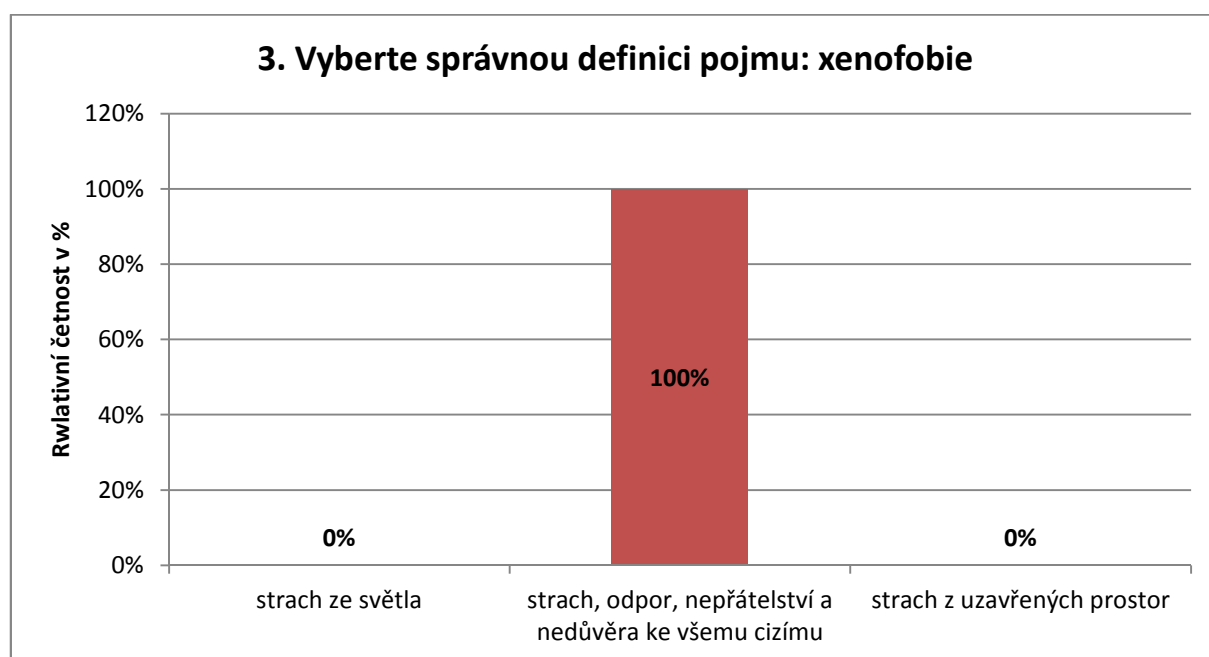
f_i – Relativní četnost (poměrové zastoupení dané varianty, vyjádřené v %)

Vzorec pro výpočet Relativní četnosti je $f_i (\%) = n_i/n \times 100$

3.4 Prezentace výsledků

Následující kapitola se věnuje grafickým a písemným vyhodnocením jednotlivých otázek.

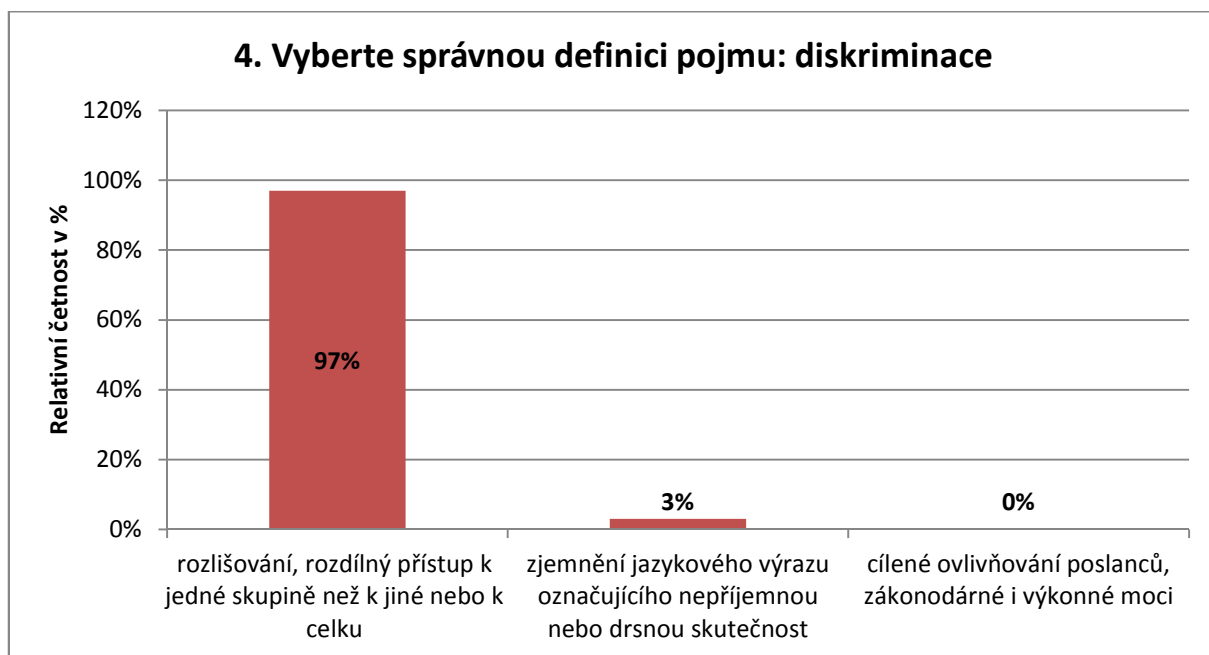
Otázka č. 3: Vyberte správnou definici pojmu: xenofobie



Obrázek 1 Definice pojmu xenofobie

Z obrázku číslo 1 jednoznačně plyne, že všech 39 respondentek odpovědělo shodně. Vybraná odpověď je správnou definicí pojmu xenofobie.

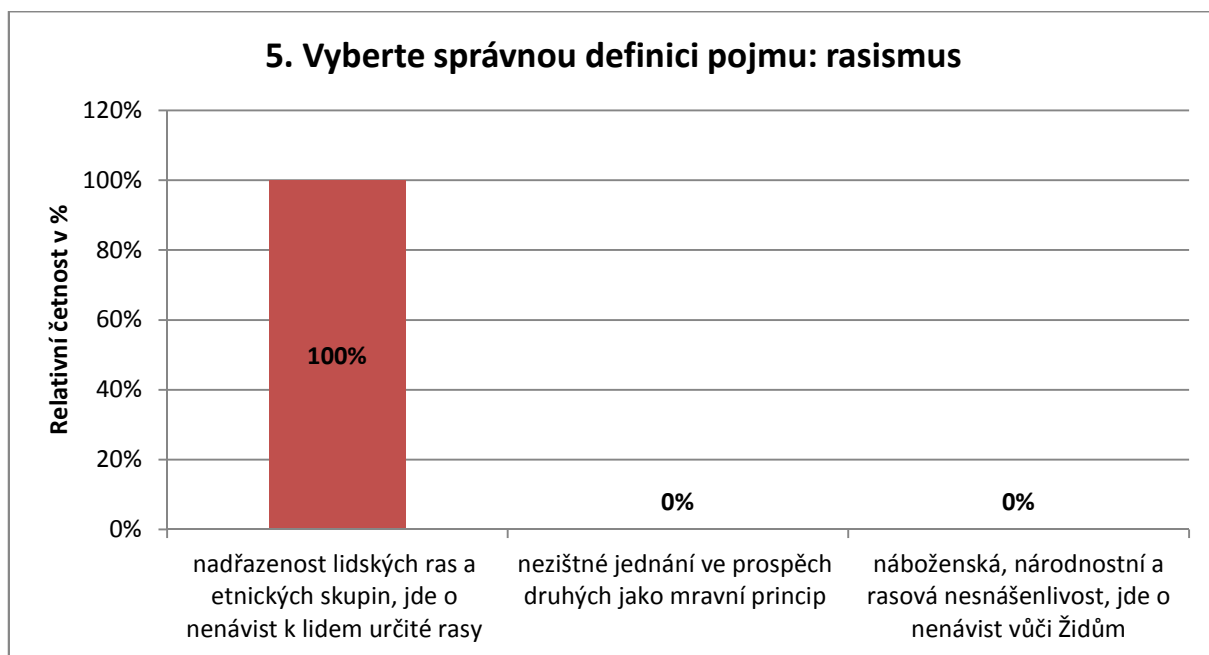
Otázka č. 4: Vyberte správnou definici pojmu: diskriminace



Obrázek 2 Definice pojmu diskriminace

Z obrázku číslo 2 je viditelné, že 97 % (38 respondentek) označilo správnou definici pojmu diskriminace. Pouze 3 % (1 respondentka) označila odpověď, která není definicí pojmu diskriminace.

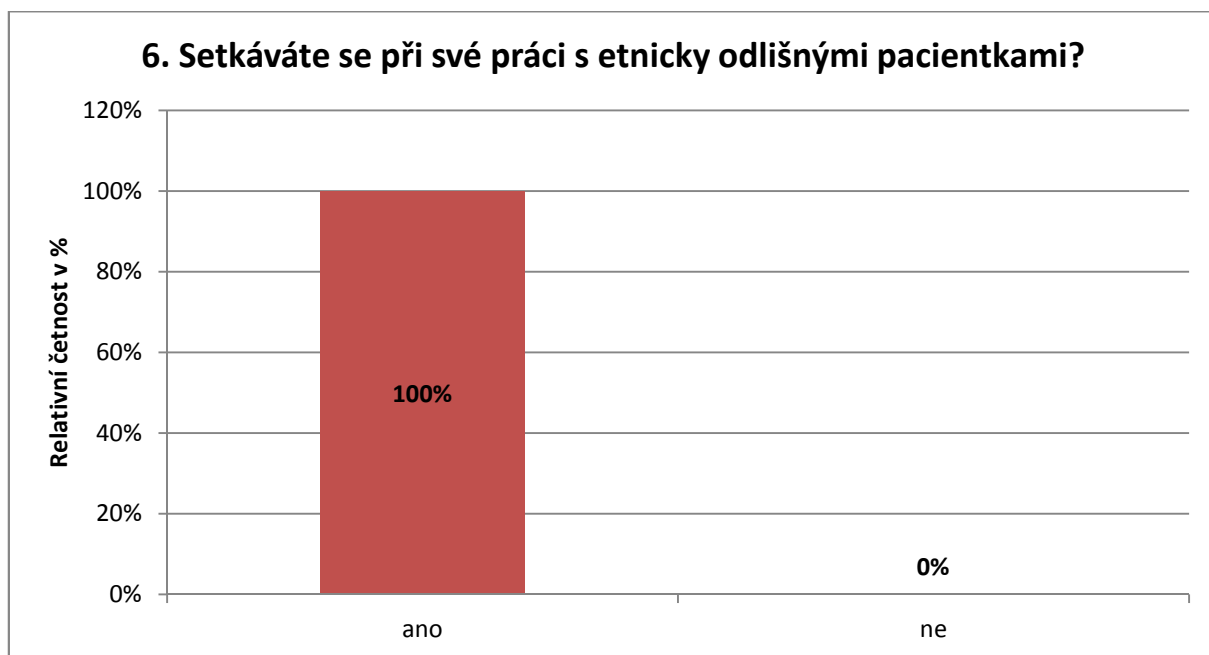
Otázka č. 5: Vyberte správnou definici pojmu: rasismus



Obrázek 3 Definice pojmu rasismus

Z obrázku číslo 3 je zřejmé, že všech 39 respondentek odpovědělo naprosto shodně. Vybraná odpověď je správnou definicí pojmu rasismus.

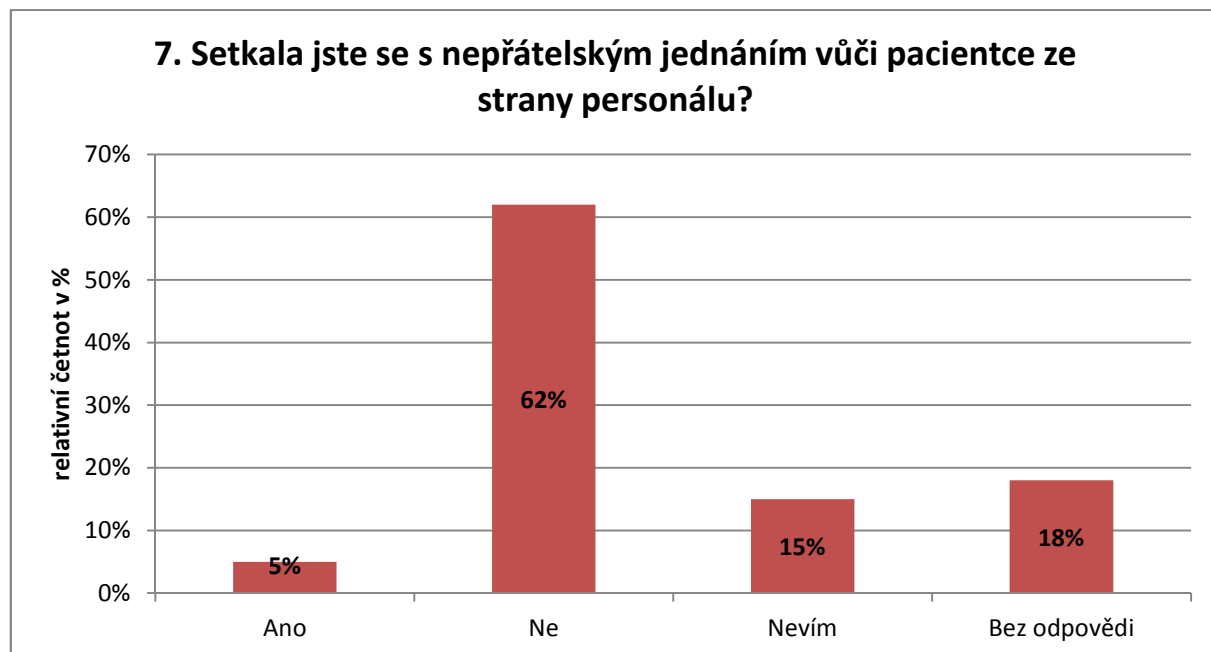
Otázka č. 6: Setkáváte se při své práci s etnicky odlišnými pacientkami?



Obrázek 4 Setkání s etnicky odlišnými pacientkami

Z obrázku číslo 4 vyplývá, že všech 39 respondentek shodně odpovědělo, že se při své práci setkávají s etnicky odlišnými pacientkami.

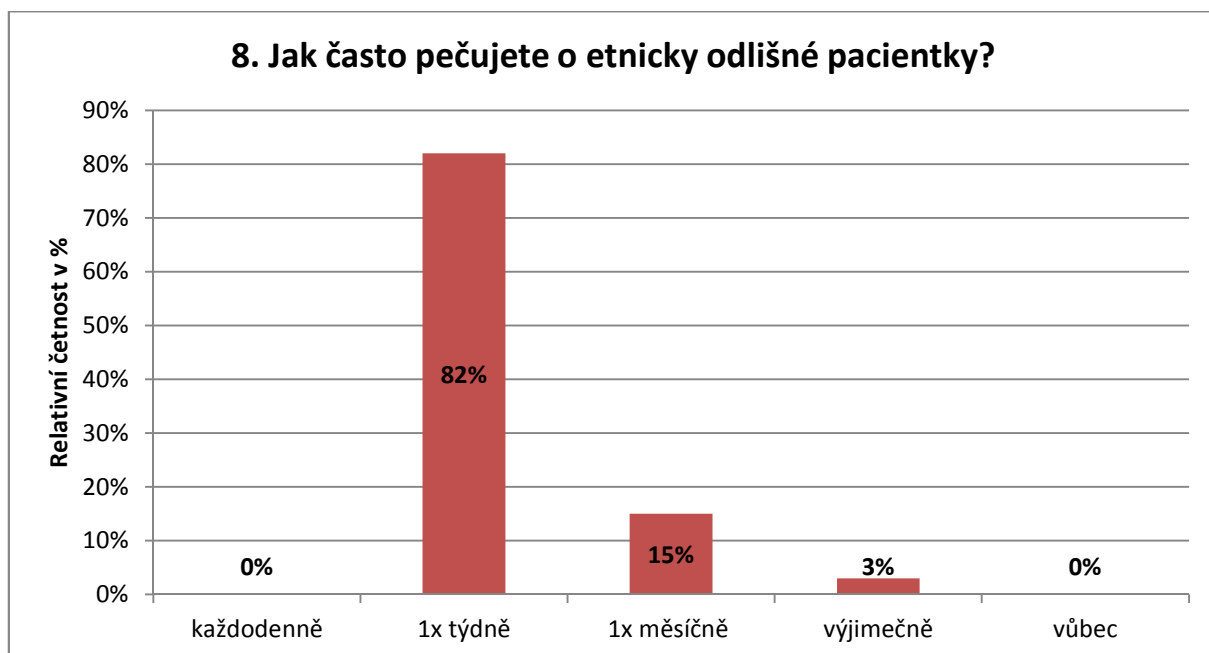
Otázka č. 7: Setkala jste se s nepřátelským jednáním vůči pacientce ze strany personálu?
Pokud ano, prosím vypište:



Obrázek 5 Nepřátelské jednání vůči pacientce ze strany personálu

Otázka byla s otevřenou odpovědí, data byla zakódována do čtyř možností a převedena do grafové podoby. Z obrázku číslo 5 lze vyčíst, že 62 % (24 respondentek) se nesetkalo s nepřátelským jednáním. Dalších 18 % (7 respondentek) na otázku neodpovědělo a 15 % (6 respondentek) odpovědělo, že neví. Pouze 5 % (2 respondentky) odpovědělo, že se s nepřátelským jednáním vůči pacientce ze strany personálu setkalo. Z toho jedna z respondentek odpověděla: „Ano, kolegyně. Asiatka vůbec nerozuměla, řekla bych, že ani nechtěla komunikovat, otravovaly jsme ji“. Druhá respondentka odpověděla: „Ano, lékař – přišla pozdě k výkonu – Romka“.

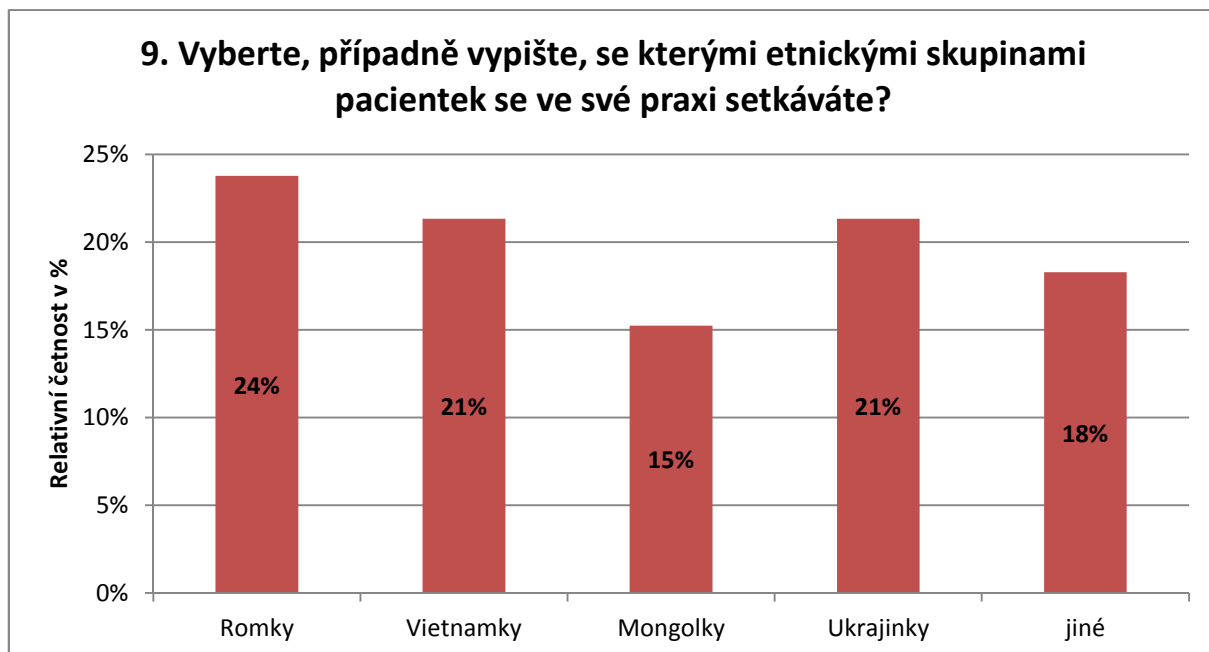
Otázka č. 8: Jak často pečujete o etnicky odlišné pacientky?



Obrázek 6 Péče o etnicky odlišné pacientky

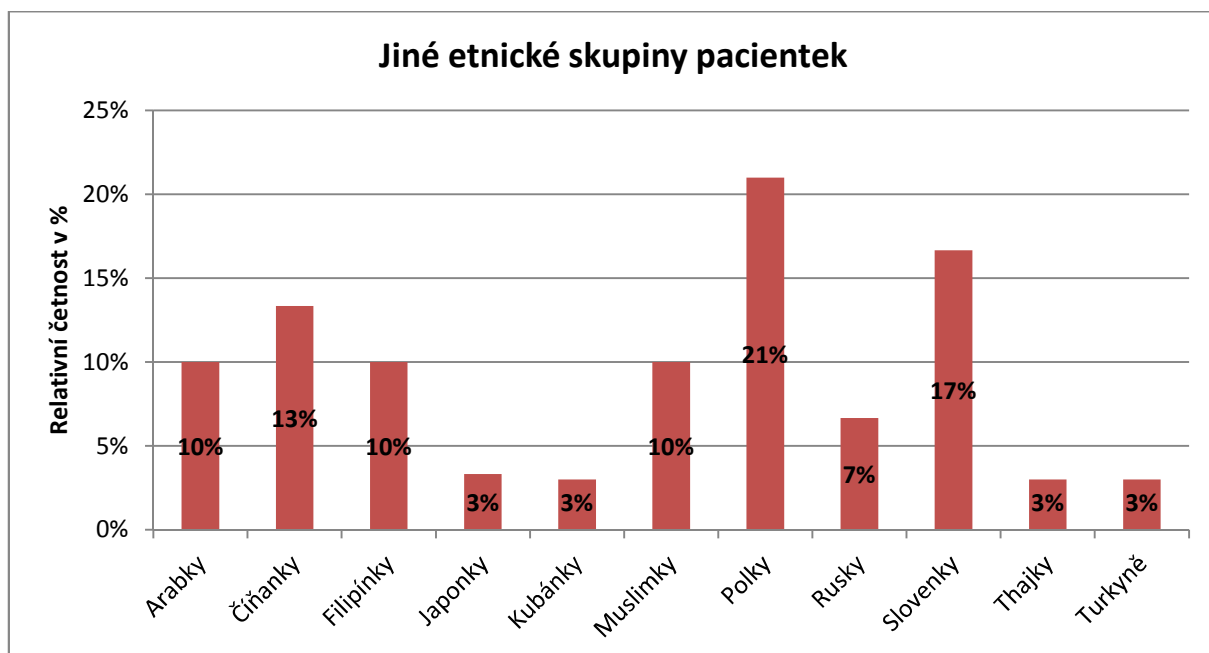
Z obrázku číslo 6 plyne, že 82 % (32 respondentek) odpovědělo, že o etnicky odlišné pacientky pečuje 1x týdně, 15 % (6 respondentek) 1x měsíčně a 3 % (1 respondentka) pečuje zcela výjimečně. Odpověď „každodenně“ a „vůbec“ nevybrala žádná z respondentek.

Otázka č. 9: Vyberte, případně vypište, se kterými etnickými skupinami pacientek se ve své praxi setkáváte? (Možno i více odpovědí)



Obrázek 7 Skupiny etnický odlišných pacientek

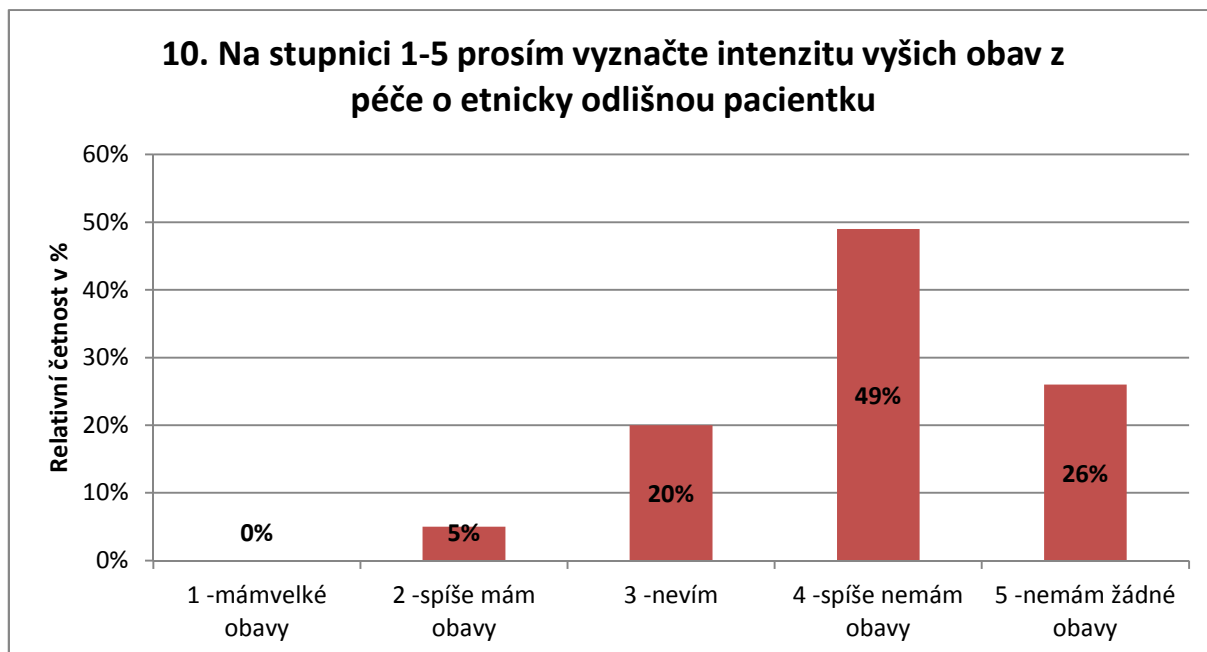
PA měli možnost výběru více odpovědí či svoji odpověď dopsat do možnosti „jiné“. Z obrázku číslo sedm vyplývá, že výsledky byly velmi vyrovnané. Z toho Romky tvořily 24 % (39 respondentek), Vietnamky a Ukrajinky představovaly shodně 21 % (35 respondentek), dále Mongolky s 15 % (25 respondentek). A 18 % tvořily jiné etnické skupiny pacientek, jejichž přehled je uveden na následujícím obrázku číslo 8. Záměrem bylo získat detailnější přehled o etnických skupinách, se kterými se PA při své praxi dále setkávají.



Obrázek 8 Jiné etnické skupiny pacientek

Vypsané odpovědi byly zakódovány a grafově znázorněny. Celkově bylo do položky „jiné“ porodními asistentkami zahrnuto dalších 11 etnických skupin, které tvoří 18 % z předešlého obrázku číslo 7. Z toho Polky tvořily 21 % (6 respondentek), Slovenky 17 % (5 respondentek), Číňanky 13 % (4 respondentky), shodně se umístily Arabky, Filipínky a Muslimky po 10 % (vždy 3 respondentky), poté Rusky 7 % (2 respondentky) a nakonec shodně Japonky, Kubánky, Thajky a Turkyně po 3 % (vždy 1 respondentka).

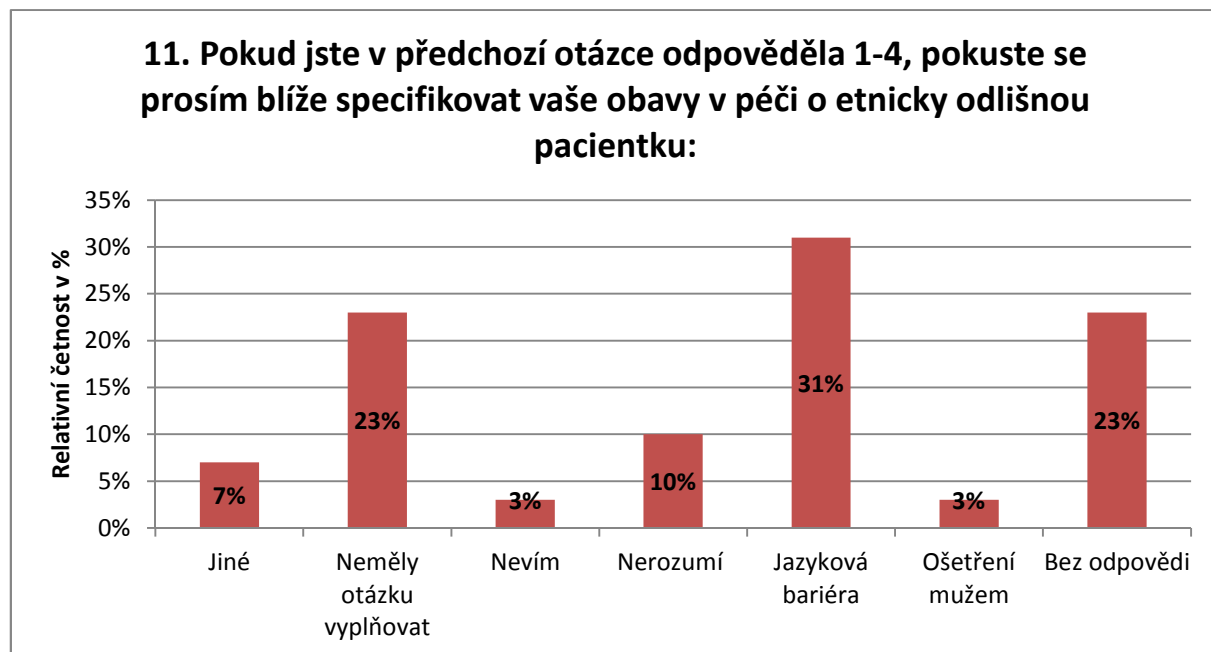
Otázka č. 10: Na stupnici 1-5 prosím vyznačte intenzitu vašich obav z péče o etnicky odlišnou pacientku:



Obrázek 9 Intenzita obav z péče o etnicky odlišnou pacientku

Z obrázku číslo 9 plyne, že 49 % (19 respondentek) spíše nemá obavy, 26 % (10 respondentek) nemá žádné obavy, 20 % (8 respondentek) neví a 5 % (2 respondentky) spíše má obavy. Odpověď „*mám velké obavy*“ nevybrala žádná z respondentek.

Otázka č. 11: Pokud jste v předchozí otázce odpověděla 1-4, pokuste se prosím blíže specifikovat vaše obavy v péči o etnicky odlišnou pacientku:



Obrázek 10 Obavy v péči o etnicky odlišnou pacientku

Otázka byla otevřená, vypsané odpovědi byly zakódovány do sedmi možností a v grafu znázorněny. Úkolem bylo zjistit, z čeho mají PA obavy v péči o etnicky odlišnou pacientku. Z obrázku číslo 10 plyne, že 31 % (12 respondentek) uvádí jazykovou bariéru, 23 % (9 respondentek) odpověď uvádět nemělo, z důvodu zvolení odpovědi „5- nemám žádné obavy“ v předchozí otázce. Stejný počet 23 % (9 respondentek) přestože odpověď uvést mělo, tak neodpovědělo. Jinou odpověď uvedlo 7 % (2 respondentky) a to: „Romky jsou drzé, přehání“. Dále v 3 % (1 respondentka) uvedly ošetření mužem. A 3 % (1 respondentka) uvedly, že neví.

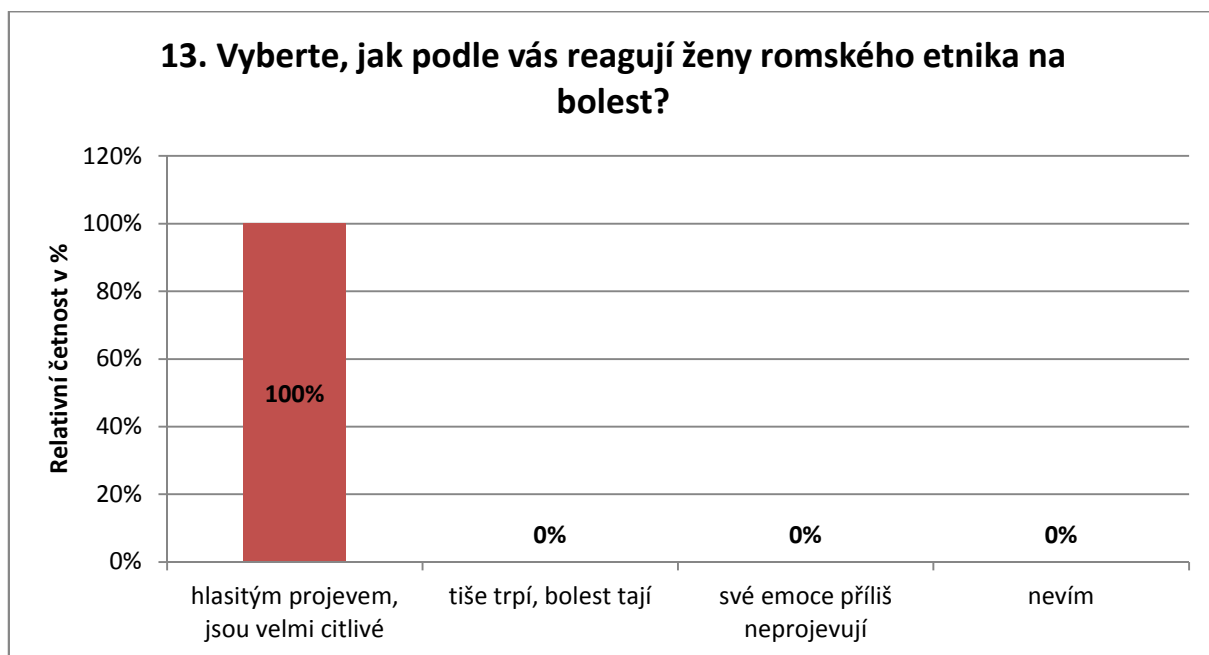
Otázka č. 12: Jak byste hodnotila vaši péči, poskytovanou etnicky odlišným pacientkám?



Obrázek 11 Hodnocení péče poskytované etnicky odlišným pacientkám

Z obrázku číslo 11 plyne, že odpovědi byly velmi vyrovnané. Z toho 31 % (12 respondentek) odpovědělo, že si jsou vědomi znalostí o jiných kulturách, učí se je, dále 28 % (11 respondentek) uvedlo, že si jsou vědomy, že postrádají znalosti o jiných kulturách, 23 % (9 respondentek) odpovědělo, že si nejsou vědomy, že by postrádaly znalosti o jiných kulturách, 15 % (6 respondentek) uvedlo, že si nejsou vědomy znalostí o jiných kulturách, ale péči provádí přirozeně správně. Pouze 3 % (1 respondentka) uvedly, že neví.

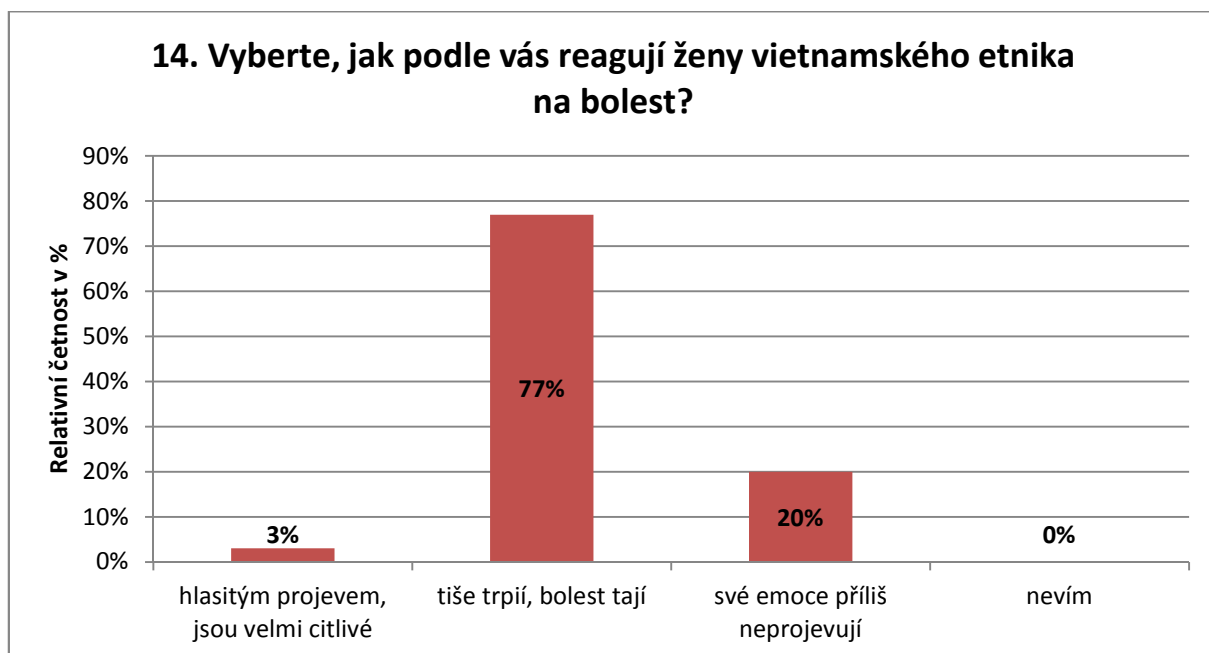
Otázka č. 13: Vyberte, jak podle vás reagují ženy romského etnika na bolest?



Obrázek 12 Reakce na bolest u žen romského etnika

Z obrázku číslo 12 je zřejmé, že všech 39 respondentek odpovědělo naprosto shodně, že reagují hlasitým projevem, jsou velmi citlivé. Odpověď „*tíše trpí, bolest tají*“, „*své emoce příliš neprojevují*“ ani „*nevím*“ nevybrala žádná z respondentek.

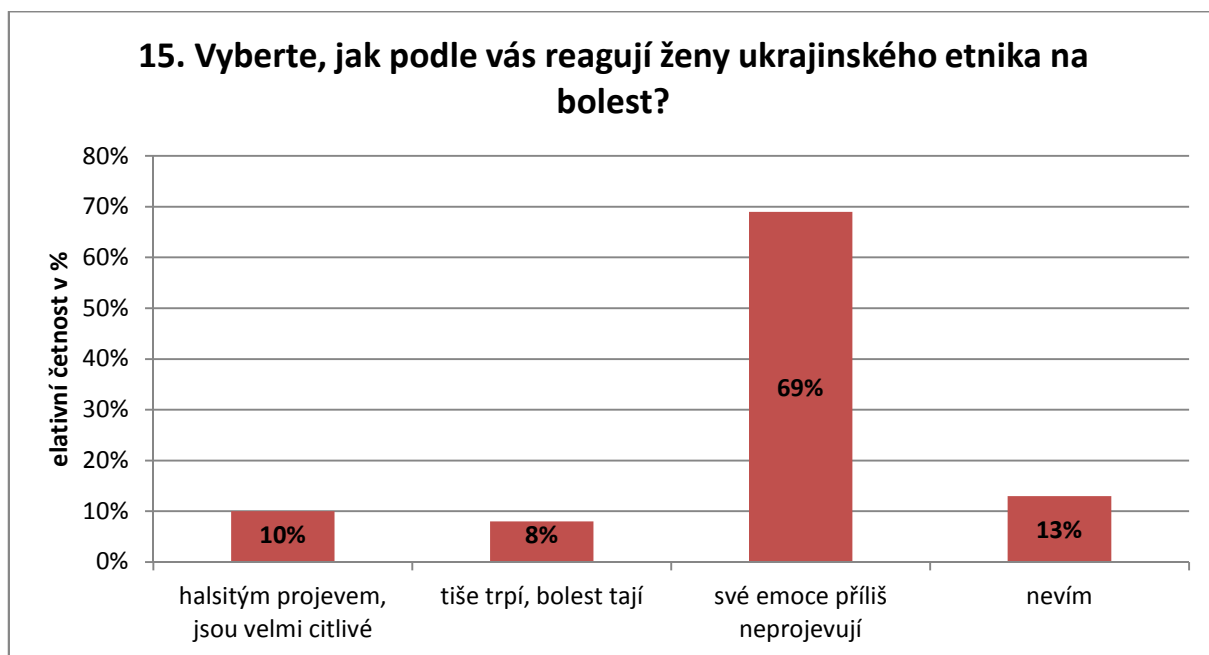
Otázka č. 14: Vyberte, jak podle vás reagují ženy vietnamského etnika na bolest?



Obrázek 13 Reakce na bolest u žen vietnamského etnika

Z obrázku číslo 13 lze vyčíst, že 77 % (30 respondentek) uvedlo, že tiše trpí, bolest tají, 20 % (8 respondentek) uvedlo, že své emoce příliš neprojevují a 3 % (1 respondentka) uvedly, že reagují hlasitým projevem, jsou velmi citlivé. Odpověď „nevím“ nevybrala žádná z respondentek.

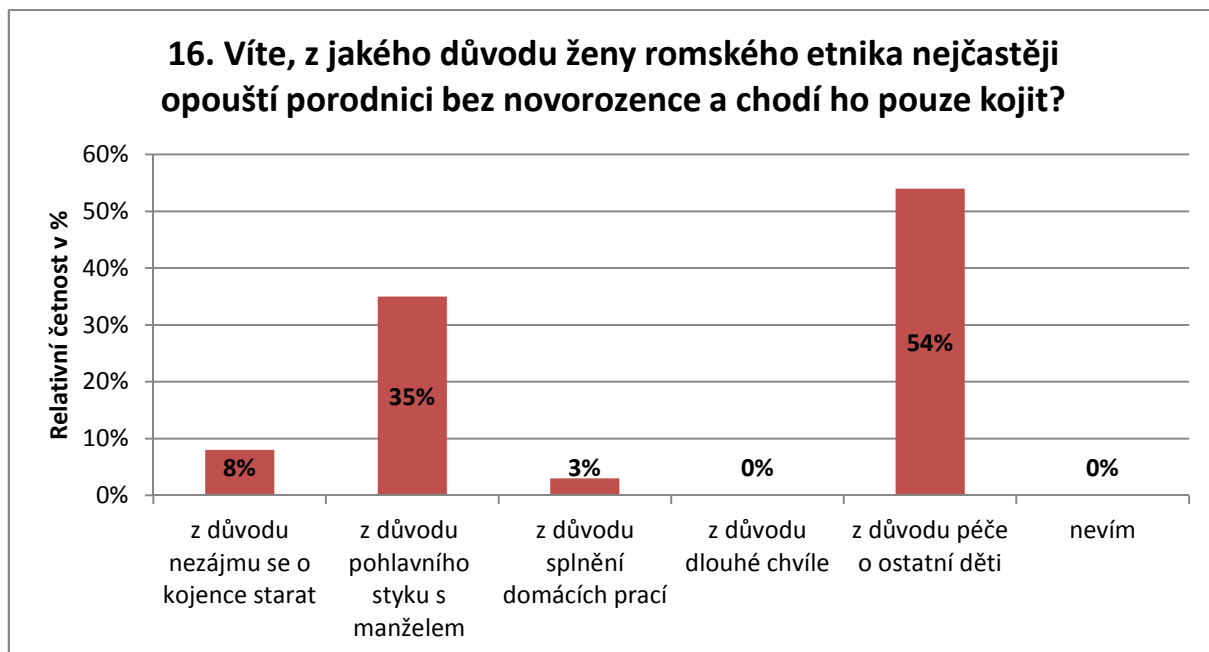
Otázka č. 15: Vyberte, jak podle vás reagují ženy ukrajinského etnika na bolest?



Obrázek 14 Reakce na bolest u žen ukrajinského etnika

Z obrázku číslo 14 lze vyčíst, že 69 % (27 respondentek) odpovědělo, že své emoce příliš neprojevují, 13 % (5 respondentek) neví, 10 % (4 respondenty) uvedly, že reagují hlasitým projevem, jsou velmi citlivé a 8 % (3 respondenty) vybralo, že tiše trpí, bolest tají.

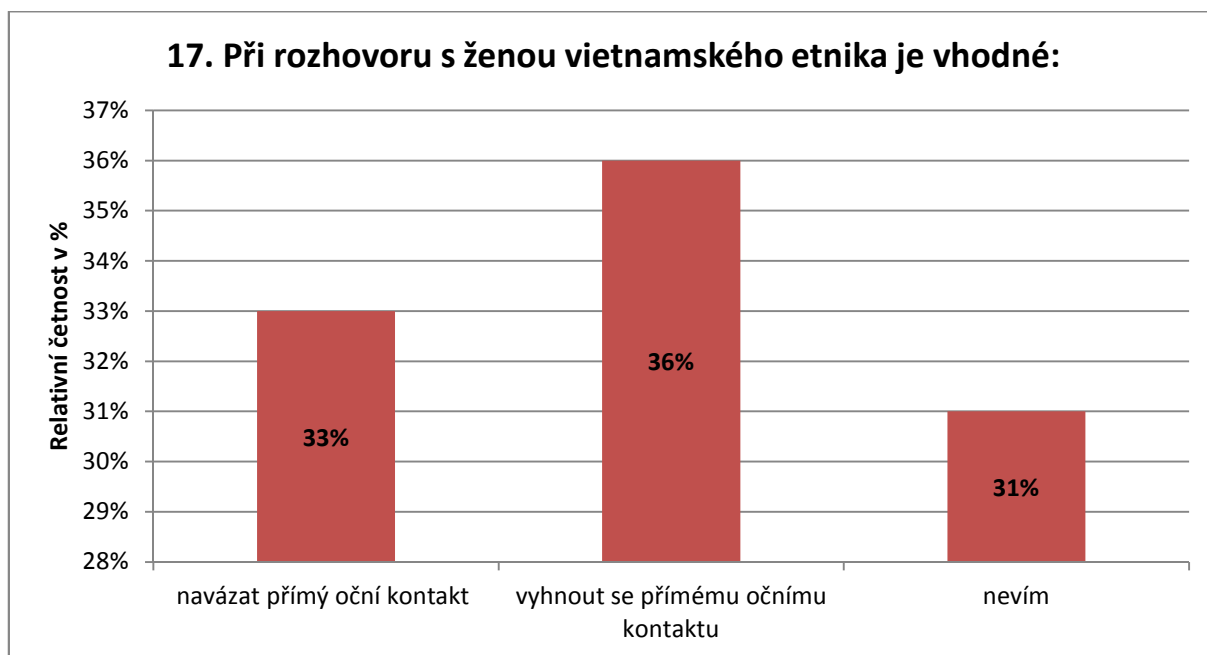
Otázka č. 16: Víte, z jakého důvodu ženy romského etnika nejčastěji opouští porodnici bez kojence a chodí ho pouze kojít?



Obrázek 15 Odchod romských žen z porodnice bez kojence

Z obrázku číslo 15 vyplývá, že 54 % (21 respondentek) uvedlo, že je to z důvodu péče o ostatní děti, 35 % (14 respondentek), uvedlo do položky „jiné“ jako důvod pohlavní styk s manželem, 8 % (3 respondentky) uvedlo, že je to z důvodu nezájmu se o kojence starat a 3 % (1 respondentka) uvedly, že z důvodu splnění domácích prací. Odpověď „z důvodu dlouhé chvíle“ ani „nevím“ nevybrala žádná z respondentek.

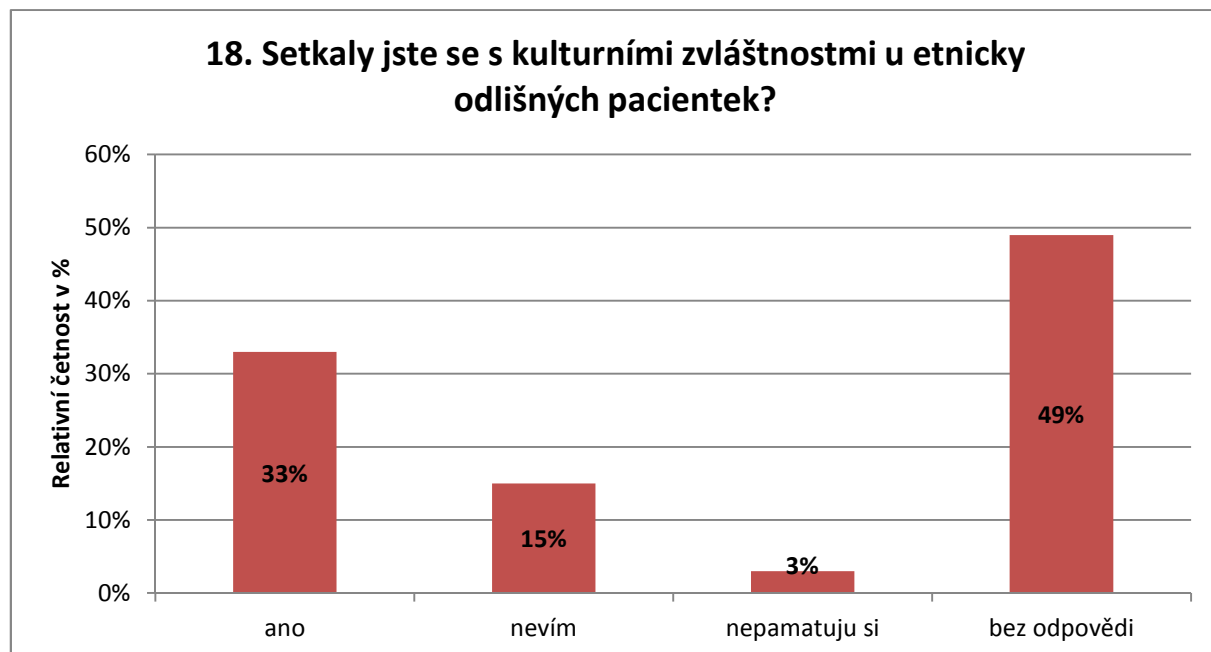
Otázka č. 17: Při rozhovoru s ženou vietnamského etnika je vhodné:



Obrázek 16 Oční kontakt s ženou vietnamského etnika

Z obrázku číslo 16 plyne, že 36 % (14 respondentek) zvolilo odpověď vyhnout se přímému očnímu kontaktu, 33 % (13 respondentek) uvedlo, že je vhodné navázat přímý oční kontakt a 31 % (12 respondentek) nevědělo).

Otázka č. 18: Setkaly jste se s kulturními zvláštnostmi u etnicky odlišných pacientek? Pokud ano, vypište prosím s jakými:



Obrázek 17 Kulturní zvláštnosti u etnicky odlišných pacientek

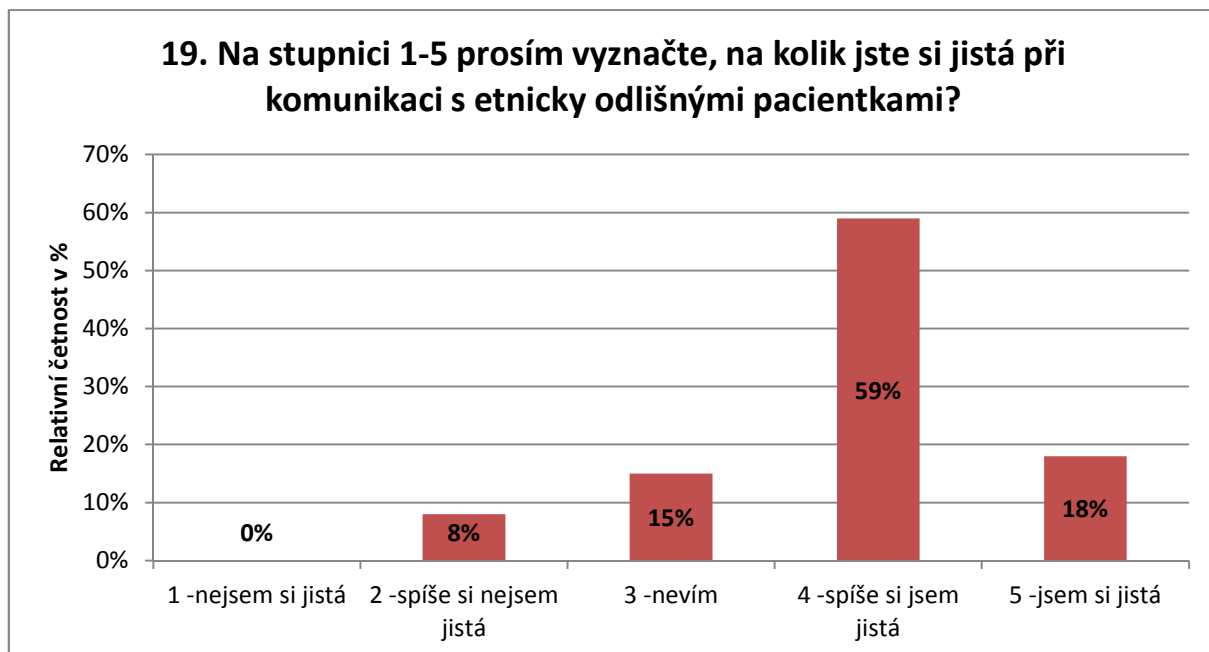
Otázka byla otevřená, vypsané odpovědi byly zakódovány do čtyř možností, kde je patrné z obrázku číslo 17, že 49 % (19 respondentek) na otázku neodpovědělo, 33 % (13 respondentek) uvedlo slovní odpověď, která je uvedena níže, 15 % (6 respondentek) uvedlo, že neví a 3 % (1 respondentka) napsala, že si nepamatuje.

Slovní odpovědi týkající se kulturních zvláštností u etnicky odlišných pacientek:

- 1) „Vietnamka chtěla placentu domů. Za Romkami chodí mnoho návštěv. Vietnamky často nechťejí léky na bolest“.
- 2) „Romové hodně slaví narození dítěte“.
- 3) „Vietnamky jsou štědré, nosí dary“.
- 4) „Vietnamka odmítala sprchu po porodu. Romka odešla bez dítěte domů“.
- 5) „Muslimky upřednostňují lékařky, dbají na soukromí“.
- 6) „Vietnamci nosí do nemocnice jídlo – spousty. Za Romkami normálně chodí velké množství návštěv, když mají jít domů, tak nikdo nemůže přijít – všichni jsou v práci“.
- 7) „Vietnamky si nechají nosit vlastní jídlo, jsou velmi až přehnaně čistotné“.

- 8) *„Arabky potřebují pokoj samy pro sebe, chtějí se v klidu modlit, žádají lékařky ženského pohlaví“.*
- 9) *„Velké návštěvy za romskou ženou“.*
- 10) *„Každá kultura má své návyky a jinak pečuje o dítě“.*
- 11) *„Vietnamky jsou hrozně tiché a dochvilné“.*
- 12) *„Romky se o sebe moc nestarají, nosí si málo věcí do porodnice“.*
- 13) *„Mongolka – odmítá hygienu v oblasti rodidel“.*

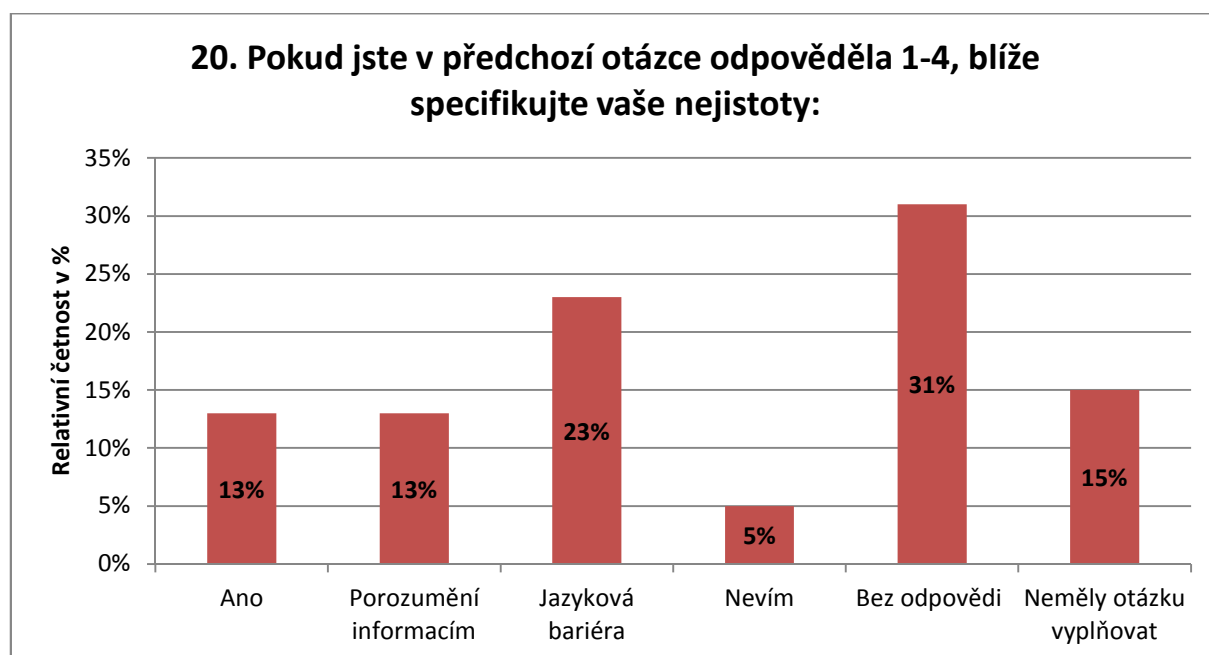
Otázka č. 19: Na stupnici 1-5 prosím vyznačte, na kolik jste si jistá při komunikaci s etnicky odlišnými pacientkami?



Obrázek 18 Jistota při komunikaci s etnicky odlišnými pacientkami

Z obrázku číslo 18 vyplývá, že 59 % (23 respondentek) uvedlo, že si spíše jsou jisté, 18 % (7 respondentek) uvedlo, že si jsou jisté, 15 % (6 respondentek) nevědělo a 8 % (3 respondentky), že si jsou spíše jisté. Odpověď „*nejsem si jistá*“ neuvedla žádná z respondentek.

Otázka č. 20: Pokud jste v předchozí otázce odpověděla 1-4, blíže specifikujte vaše nejistoty:



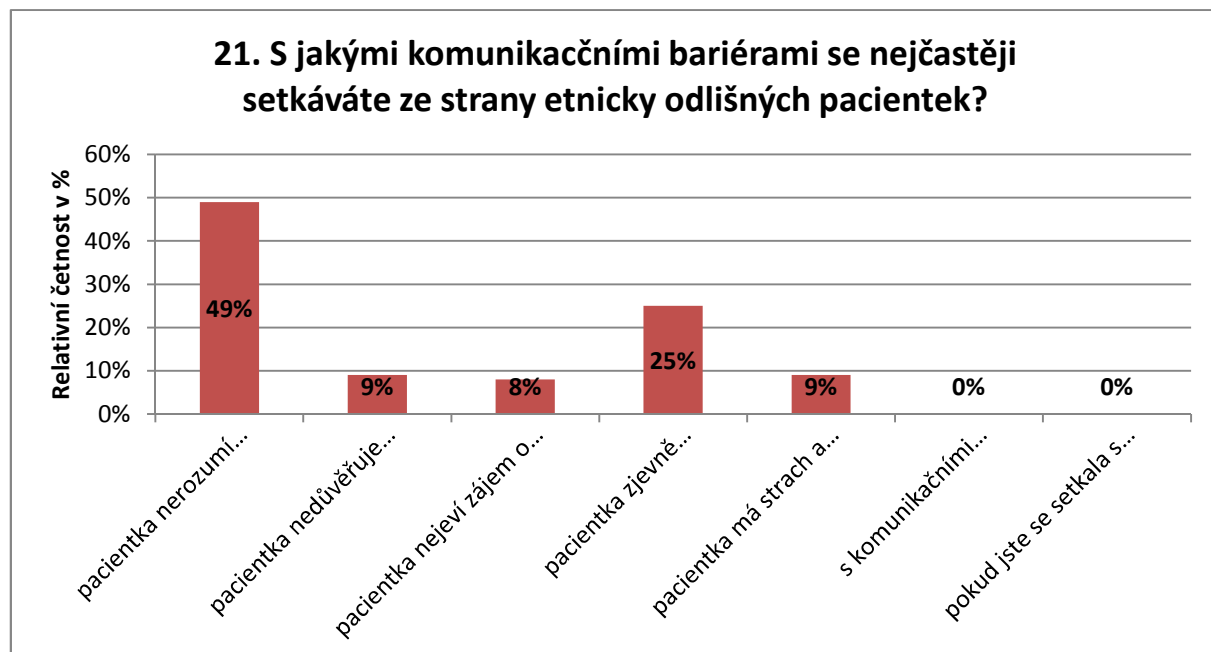
Obrázek 19 Nejistoty při komunikaci s etnicky odlišnými pacientkami

Otázka byla otevřená, vypsání odpovědi byly zakódovány do šesti možností a uvedeny v grafu. Z obrázku číslo 19 lze vyčíst, že 31 % (12 respondentek) na otázku neodpovědělo, 23 % (9 respondentek) uvedlo jazykovou bariéru, 15 % (6 respondentek) odpověď uvádět nemělo, z důvodu zvolení odpovědi číslo pět v předešlé otázce, 13 % (5 respondentek) napsalo porozumění informacím, 13 % (5 respondentek) nebylo možné zakódovat, proto je jejich odpověď vypsána níže, 5 % (2 respondentky) odpovědělo, že neví.

Slovní odpovědi týkající se specifikovaných nejistot porodních asistentek při komunikaci s etnicky odlišnými pacientkami:

- 1) „Muslimky nedůvěřují personálu“.
- 2) „Kubánky nejeví zájem o komunikaci.“
- 3) „Vietnamky nerozumí, všechno odkývují“. (2 respondentky)
- 4) „Nepřijímá naši kulturu“.

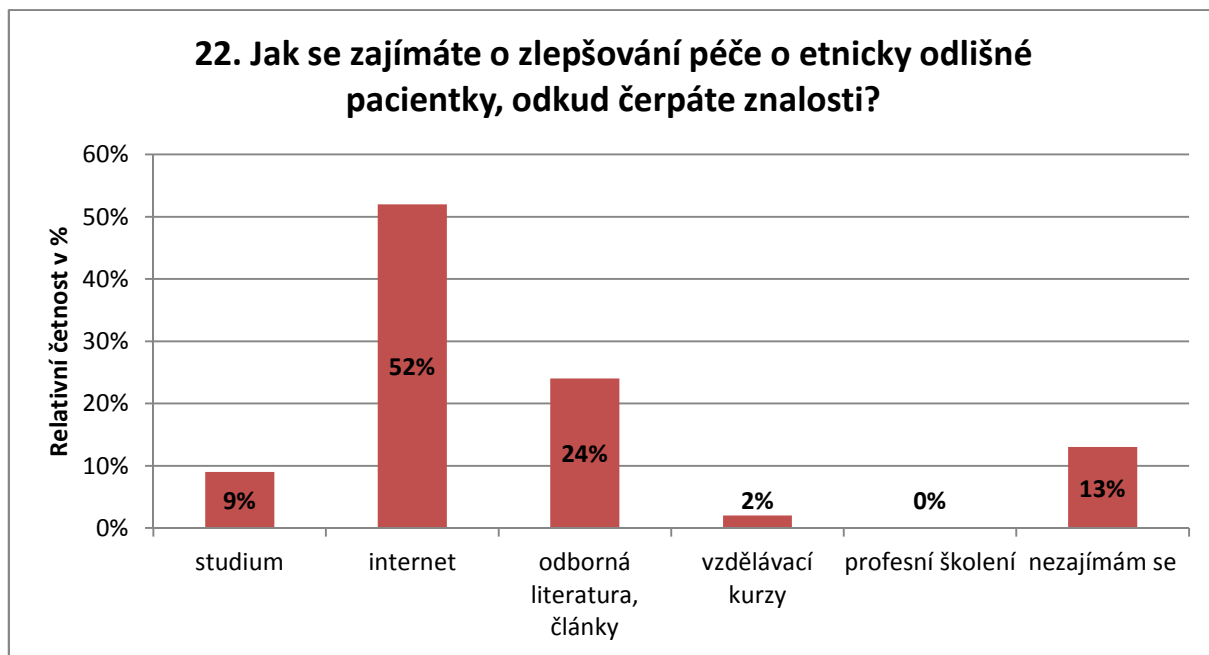
Otázka č. 21: S jakými komunikačními bariérami se nejčastěji setkáváte ze strany etnicky odlišných pacientek? (Možnost i více odpovědí)



Obrázek 20 Komunikační bariéry ze strany etnicky odlišných pacientek

Z obrázku číslo 20 lze vyčíst, že 49 % (31 respondentek) vybralo odpověď „*pacientka nerozumí slovním pokynům*“, 25 % (16 respondentek) uvedlo odpověď „*pacientka zjevně nerozumí, všechno odkývá*“, 9 % (6 respondentek) „*pacientka nedůvěřuje personálu*“, stejný počet 9 % (6 respondentek) uvedlo možnost „*pacientka má strach a stydí se*“, 8 % (5 respondentek) vybralo, že „*pacientka nejeví zájem o komunikaci*“. Odpověď „*s komunikačními bariérami jsem se nesešla*“, ani odpověď „*pokud jste se setkala s jinými, prosím vypíšte*“ nevybrala žádná z respondentek.

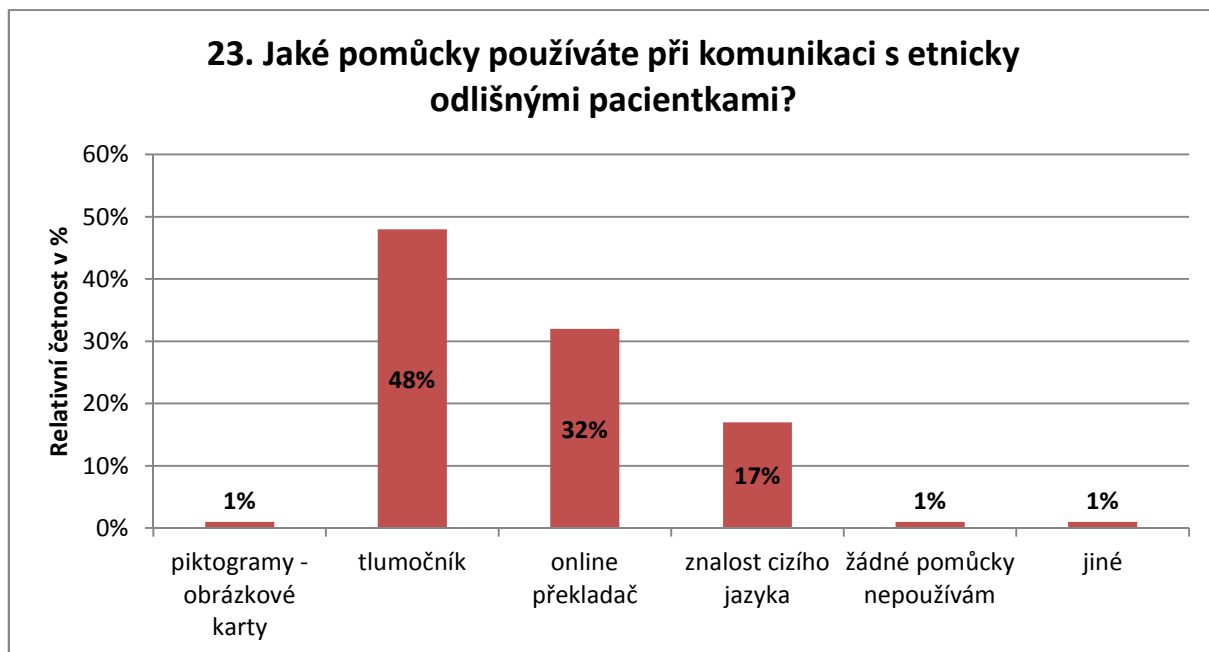
Otázka č. 22: Jak se zajímáte o zlepšování péče o etnicky odlišné pacientky, odkud čerpáte znalosti? (Možno i více odpovědí)



Obrázek 21 Zlepšování péče, čerpání znalostí

Otázka měla možnost více odpovědí. Z obrázku 21 plyne, že 52 % (28 respondentek) uvedlo, že své znalosti čerpá z internetu, 24 % (13 respondentek) čerpá z odborné literatury, článků, 13 % (7 respondentek) se o zlepšování péče nezajímá, 9 % (5 respondentek) čerpá znalosti ze studia a 2 % (1 respondentka) se účastní vzdělávacích kurzů. Žádná z respondentek nevybrala možnost „*profesního školení*“.

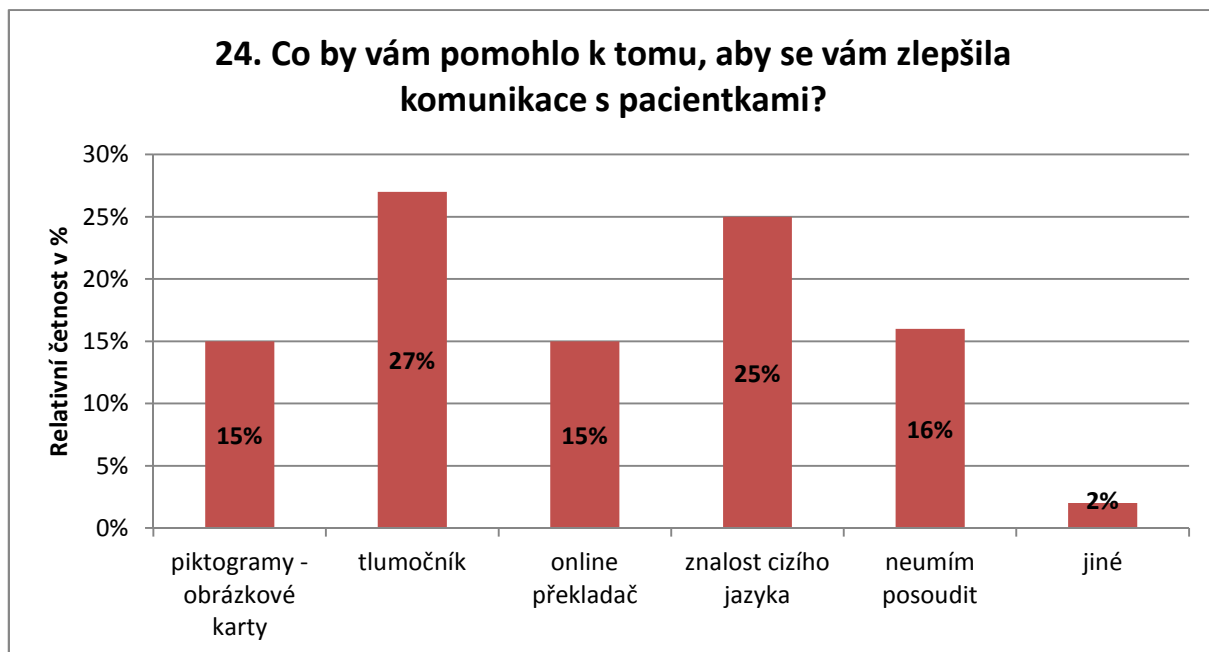
Otázka č. 23: Jaké pomůcky používáte při komunikaci s etnicky odlišnými pacientkami?
(Možno i více odpovědí)



Obrázek 22 Pomůcky používané při komunikaci s etnicky odlišnými pacientkami

Otázka měla možnost více odpovědí. Z obrázku 22 lze vyčíst, že 48 % (33 respondentek) používá při komunikaci s etnicky odlišnými pacientkami tlumočníka, 32 % (22 respondentek) používá online překladač, 17 % (11 respondentek) využívá znalosti cizího jazyka. Další možnosti byly vybrány malým množstvím respondentek, 1 % (1 respondentka) uvedla piktogramy-obrázkové karty, 1 % (1 respondentka) uvedla, že žádné pomůcky nepoužívá. Pouze 1 % (1 respondentka) uvedla možnost „jiné“, kde uvedla: „*Občas si pomohu ukázkou*“.

Otázka č. 24: Co by vám pomohlo k tomu, aby se zlepšila komunikace s pacientkami?
(Možno i více odpovědí)



Obrázek 23 Pomůcky, které by zlepšily komunikaci s pacientkami

Otázka měla možnost více odpovědí. Z obrázku 23 lze vyčíst, že 27 % (15 respondentek) uvádí, že by jim ke zlepšení komunikace pomohl tlumočník, 25 % (14 respondentek) uvádí znalost cizího jazyka, 16 % (9 respondentek) neumí posoudit, 15 % (8 respondentek) vybralo piktogramy – obrázkové karty, stejný počet 15 % (8 respondentek) uvedlo online překladač. Pouze 2 % (1 respondentka) uvedla možnost „jiné“, kde slovně uvedla: „Aby pacientky chodily automaticky na příjem s tlumočníkem“.

4 DISKUZE

Na začátku této práce byly stanoveny průzkumné cíle. Díky získaným průzkumným datům z kvantitativního dotazníkového šetření mohou být stanovené dílčí cíle zodpovězeny. Hlavním cílem průzkumné části bylo: Zmapovat zkušenosti porodní asistentky v péči o etnicky odlišné pacientky v porodní asistenci. Tento cíl se skládal z dalších čtyř dílčích cílů, které jsou diskutovány v rámci této kapitoly.

Dílčí cíl č. 1: Zjistit povědomí porodních asisterek o etnicitě a pojmech s ní spojenými.

Dílčím cílem číslo jedna se zabývaly otázky: 3, 4, 5 a 7

Otázka číslo tři, čtyři a pět se zaměřovaly na terminologii úzce spojenou s etnicky odlišnými pacientkami, z výsledků průzkumu vyplývá, že všechny respondentky, až na jednu, znají základy této terminologie. Podobnou definici k pojmu xenofobie jako je uvedena v dotazníku, uvádí Ivanová (2005), že z předsudků může vycházet strach z cizího či neznámého a to umocňuje napětí jednotlivce a posléze i skupiny. Dále podobnou definici k pojmu diskriminace označuje Ivanová (2005), že se jedná o věcné rozlišování, jež znevažuje jednu skupinu vůči druhé. Též i poslední definice pojmu rasismus je velice podobná definici od Giddense (2013) tvrdí, že jde o předsudek založený na rozdílech mezi lidmi.

Otázka číslo sedm měla za úkol zjistit, jestli se respondentky setkávají s nepřátelským chováním vůči pacientce ze strany personálu. Více než polovina respondentek se s nepřátelským chováním nesetkala, mnoho respondentek na otázku neodpovědělo nebo odpovědělo, že neví. Pouze dvě respondentky se setkaly s nepřátelským jednáním vůči pacientce ze strany personálu. Z toho jedna respondentka uvedla, že se nepřátelsky chovala její kolegyně, žena byla Asiatka a dle její výpovědi vůbec nerozuměla a nejspíše ani nechtěla, otravovaly jí. Bohužel přesné znění chování neuvedla. S podobným chováním jsem se setkala v odborné literatuře Špirudové (2006, 2004) kde vysvětluje, že dostávají-li se tito pacienti do nemocničního zařízení a nejsou schopni na základě neznalosti jazyka popsat svoje těžkosti, vyjádřit problémy a porozumět instrukcím, dochází tak k neuspokojování potřeby komunikace. Tato jazyková bariéra a s ní související nedostatek informací může poté vyvolat frustraci, strach, úzkost, hněv, smutek a další nepříznivé emočních stavy, které jsou projevem

neuspokojené potřeby jistoty a bezpečí, jež jsou řazeny mezi základní lidské potřeby. Druhá respondentka se setkala s nepřátelským jednáním ze strany lékaře, vůči ženě romského etnika, když přišla pozdě k výkonu. Obdobné informace jsem zaznamenala v literatuře autorky Tóthové (2012), která uvádí, že mezi kulturní specifika romských pacientek patří, že pozdě vstávají a špatně se orientují dle hodin. A ke zvláštnostem psychiky Romů patří slabá vůle, malá vytrvalost a trpělivost, nespolehlivost, strach, nesamostatnost, komplexy méněcennosti, spontánnost, živý temperament, citlivost vůči nespravedlnosti, urážlivost, uznávají jen dnes a teď nemyslí na budoucnost. Na to navazuje tvrzení Tóthové (2012), že v současné pluralitní společnosti je víc než nezbytné, aby poskytovatelé zdravotní péče dokázali použít znalosti o rozdílných kulturách svých klientů do poskytované zdravotní péče.

Dílčí cíl č. 2: Zjistit s jakými etnickými skupinami pacientek se porodní asistentky setkávají nejčastěji.

Dílčím cílem číslo čtyři se zabývaly otázky: 6, 8 a 9

V otázkách zaměřených na setkávání s etnickými skupinami pacientek z průzkumu plyne, že všechny respondentky se s etnickými odlišnými pacientkami setkávají. A naprostá většina o ně pečuje 1x týdně, s tím, že se nejčastěji setkávají s Romkami, Ukrajinkami a Vietnamkami.

Otázky číslo šest a osm se dotazovaly, jestli a jak často se porodní asistentky setkávají s etnickými odlišnými pacientkami. Všechny respondentky se s etnickými odlišnými pacientkami setkávají. Naprostá většina respondentek uvedla, že o etnickými odlišnými pacientkami pečuje 1x týdně, menší počet odpověděl 1x měsíčně a zanedbatelné množství vybralo odpověď výjimečně. Podle Českého statistického úřadu a Ředitelství služby cizinecké policie (2019) narůstá počet cizinců pobývajících na území ČR. Dle informací tohoto úřadu tvořili cizinci s pobytem delším než 1 rok v České republice k datu 31. 12. 2019 vůči celkovému počtu obyvatel ČR 5,4 %. Oproti roku 2004, kdy cizinci tvořili pouze 1,9 %, s tím, že do celkového počtu byli zařazeni i cizinci s aktuálně platným azylem na území ČR. Dále Český statistický úřad (2019) uvádí, že v roce 2004 se cizincům v ČR živě narodilo 1 352 dětí (z celkového počtu narozených dětí tvořily 1,4 %), v roce 2019 to bylo již 4 717 dětí (z celkového počtu narozených dětí tvořily 4,2 %). Výsledky mého výzkumu jsou v souladu s těmito

informacemi, že počet cizinců na území ČR stoupá, z toho důvodu stoupá i počet cizinců v nemocnicích narozených, proto všechny respondentky odpověděly, že se s etnicky odlišnými pacientkami setkávají a pečují o ně ve zdravotnických zařízeních.

Otázka číslo devět měla více možností odpovědi, včetně vypsání vlastní. Měla za úkol zjistit, se kterými etnickými skupinami se PA setkávají nejčastěji. Získaná data byla velmi vyrovnaná, pokud by se měly blíže specifikovat, tak se PA nejvíce setkávají s Romkami, poté se společně na stejném místě umístily Ukrajinky i Vietnamky, o trochu hůře dopadly Mongolky. Do položky „jiné“ uvedly PA nejvíce Polky, Slovenky, poté Čiňanky, na stejném místě se zanedbatelným počtem respondentek se umístily Arabky, Filipínky, Muslimky a další etnicky odlišné pacientky. Tvrzení Tóthové (2012) vysvětluje, že romská minorita je největší etnickou minoritou na území ČR, proto jsou zastoupeny nejvíce. Dále, že ukrajinská minorita je zase nejpočetnější národnostní menšinou v České republice. A Vybíralová (2012) a Michálková (2009) uvádí, že vietnamská minorita je po Ukrajincích a Slovácích třetí nejpočetnější skupinou v ČR. Výsledky mého průzkumu tedy odpovídají nejčastějšímu zastoupení etnických skupin na území ČR.

Dílčí cíl č. 3: Zjistit, které pomůcky porodním asistentkám usnadňují péči o etnicky odlišné skupiny pacientek v porodní asistenci.

Dílčím cílem číslo dva se zabývaly otázky: 22, 23 a 24

V otázkách zaměřený na pomůcky usnadňující péči porodním asistentkám o etnicky odlišné pacientky, z výsledků průzkumu vyplývá, že většina respondentek se zajímá o zlepšování péče. Znalosti čerpají nejvíce z internetu, poté z odborné literatury, článků a studia. Nejčastěji ke komunikaci používají tlumočníka, online překladač a znalosti cizího jazyka.

Otázka číslo dvaadvacet se zabývala tím, jak se respondentky zajímají o zlepšování péče o etnicky odlišné pacientky a odkud čerpají znalosti. Otázka měla možnost více odpovědí. Většina respondentek se zajímá o zlepšování péče o etnicky odlišné pacientky, z toho polovina respondentek uvedla, že své znalosti čerpá z internetu, čtvrtina čerpá znalosti z odborné literatury, článků, desetina čerpá znalosti ze studia a jedna respondentka se účastní vzdělávacích kurzů. Zbývající desetina respondentek se o zlepšování péče nezajímá.

Ve srovnání s průzkumným šetřením vyšly podobné výsledky jako u Vaculíkové (2010), kde pokládala podobnou otázku „*Pokud ano, jaké informační zdroje využíváte?*“. Dotazník byl určen pro všeobecné sestry v počtu 100 respondentů, z nichž 50 tvořily sestry se středoškolským vzděláním a 50 tvořily sestry s vysokoškolským vzděláním. Přestože Vaculíková (2010) ve svém výzkumu měla přibližně dvojnásobné množství respondentek oproti mému dotazníkovému šetření, výsledky byly velmi podobné. Na prvním místě v jejím průzkumu vyšel internet, stejně jako v této práci. Na druhém místě se též umístily časopisy, ale obdobou v naší práci byla odpověď odborná literatura a články. Zatímco na čtvrtém místě se v její práci umístily jiné zdroje, kam bylo zařazeno i studium, které se naopak v této práci umístilo na třetím místě. Překvapením bylo, že konference se v její práci umístily na místě třetím, zatímco v této práci až na místě posledním v podobě vzdělávacích kurzů.

Otázky číslo třiadvacet a čtyřadvacet zjišťovaly, jaké pomůcky respondentky používají a co, by jim pomohlo ke zlepšení komunikace s etnicky odlišnými pacientkami. Otázky měly možnost více odpovědí. Polovina respondentek používá při komunikaci tlumočníka, třetina používá online překladač, zbývající respondentky využívají znalosti cizího jazyka. Jedna respondentka vybrala piktogramy – obrázkové karty, další respondentka se o žádné pomůcky nezajímá a jedna respondentka svoji odpověď vypsala, že si občas pomůže ukázkou. Na otázku, co by pomohlo ke zlepšení komunikace s pacientkami, třetina uvedla tlumočníka, další třetina uvedla znalost cizího jazyka, zbytek vybralo piktogramy – obrázkové karty, stejný počet uvedlo online překladač. Jedna respondentka slovně uvedla, aby pacientky chodily automaticky na příjem s tlumočníkem. Ostatní respondentky neumí posoudit. Pro obě předchozí otázky platí tvrzení dle Průchy (2010), že bez jazyka není komunikace a bez znalosti cizího jazyka nelze provozovat interkulturní komunikaci, i když tuto znalost má třeba jen zprostředkující tlumočník, nikoliv přímý partner komunikace. Aby ke znalosti cizího jazyka došlo, je nutno se ho učit a v určité úrovni si ho osvojit. Ale Špirudová (2006; 2004) tvrdí, že tam, kde není běžně možnost komunikovat řečí, se používají náhradní nebo doplňkové možnosti komunikace. Jde např. o využití mimiky, demonstrace, gestikulace, dramatizace. Je možno použít některé pomůcky, jako jsou slovníky a psané texty, je-li pacient gramotný, nebo nejedná-li se o malé dítě, které neumí zatím číst ani psát. V mém průzkumu se k tvrzení Průchy (2010) vztahuje výpomoc tlumočníka, kterou zvolila polovina respondentek a využití znalosti cizího jazyka, kterou zvolilo malé množství respondentek.

Naopak s tvrzením Špirudové se pojí využití online překladače, kterou zvolila třetina respondentek, a piktogramů – obrázkových karet, ukázky, které zvolilo malé množství respondentek.

Dílčí cíl č. 4: Zjistit problémy porodních asistentek při komunikaci s etnicky odlišnými skupinami pacientek v porodní asistenci.

Dílčím cílem číslo tři se zabýval zbývajícím počet otázek.

V otázkách, které byly zaměřeny na problematiku komunikace s etnicky odlišnými pacientkami, vyplývá z průzkumného šetření, že z komunikace polovina respondentek spíše nemá obavy a třetina nemá žádné obavy. Obavy nejčastěji plynou z jazykové bariéry. Respondentky hodnotí svoji péči o etnicky odlišné pacientky dle Modelu kulturních kompetencí L. Purnella a jeho fází velmi vyrovnaně. Znájí nejčastější reakce romského, vietnamského a ukrajinského etnika na bolest. Vědí nejčastější důvody dřívějšího odchodu žen romského etnika z porodnice, a třetina respondentek ví, co je vhodné při kontaktu s ženou vietnamského etnika. Dále se vyznají v odlišnostech a zvláštěnostech etnicky odlišných pacientek a při komunikaci s nimi si je více než polovina jistá. Zbývajícím nejistoty plynuly především z už zmiňované jazykové bariéry a nepochopení informací. Ke snížení komunikační (jazykové) bariéry by porodním asistentkám pomohl nejvíce tlumočník a znalost cizího jazyka.

Otázky číslo deset a jedenáct zjišťovaly intenzitu obav z péče o etnicky odlišné pacientky. Polovina respondentek spíše nemá obavy, třetina nemá žádné obavy, zbytek respondentek odpovědělo, že neví a dvě respondentky spíše mají obavy. Podle Kutnohorské (2013) je cílem multikulturních přístupů poznávání a respektování jiných kultur než své vlastní, znamená to poznávat a respektovat jiná etnika – nositele těchto kultur. Směřuje k péči „šité na míru“ a k péči, jež je v souladu s osobností a kulturou klienta. S tím se pojí tvrzení dle Ivanové (2005), že sestry by si měly uvědomit, že naše středoevropská (a dá se říct evropská kultura) není jedinou normou a některé jiné kultury se značně odlišují od její normativnosti, utilitářství i povinných schémat. Od sester je dnes očekáváno, že porozumí rozmanitým kulturním postojům k etice narození, života a umírání. V případě, že respondentky nevybraly odpověď

„nemám obavy“, měly v otázce číslo jedenáct blíže specifikovat jejich obavy v péči o etnicky odlišnou pacientku. Otázka byla otevřená, vypsané odpovědi byly zakódovány do sedmi možností. Třetina respondentek uvedla jazykovou bariéru a slabší třetina neodpověděla na otázku. Dvě respondenty odpověděly: „*Romky jsou drzé, přehání*“. Jedna respondentka uvedla: „*Ošetření mužem*“. K tomu se váže tvrzení Tóthové (2012), kde Purnell tvrdí, že v současné pluralitní společnosti je víc než nezbytné, aby poskytovatelé zdravotní péče dokázali použít znalosti o rozdílných kulturách svých klientů do poskytované zdravotní péče. Pro to, aby kulturních kompetencí nabyli, je nezbytné rozvíjet povědomí o své vlastní kultuře, zvycích a o podkulturách, komunitách či minoritách, jež se v dané společnosti vyskytují. Získávání a rozvoj těchto poznatků napomáhá přijmutí a respektování kulturních rozdílů, tak aby byl poskytovatel zdravotní péče v průběhu ošetrovatelského procesu schopen provádět kulturně objektivní hodnocení, které je základem stanovení individuálního ošetrovatelského plánu.

Otázka číslo dvanáct měla za úkol zjistit, jak respondenty hodnotí svojí péči etnicky odlišné pacientky. Tato otázka byla vztažena k Modelu kulturních kompetencí od L. Purnella. Odpovědi byly velmi vyrovnané. Třetina respondentek odpověděla, že si je vědoma znalostí o jiných kulturách, učí se je, další třetina uvedla, že si je vědoma, že postrádá znalosti o jiných kulturách a další část respondentek odpověděla, že si není vědoma, že by postrádala znalosti o jiných kulturách. Dále menší část respondentek uvedla, že si není vědoma, že by postrádala znalosti o jiných kulturách, ale péči provádí přirozeně správně. Této otázce se věnuje ve své knize Tóthová (2012) podle které Purnell tvrdí, že kulturní kompetence jsou neukončeným procesem. Začátkem tohoto procesu může být nevědomá kompetentnost, která je určena neznalostí či nepřipuštěním faktu o nedostatku znalostí ve vztahu k jiné kultuře. Druhým stupněm tohoto procesu je vědomá nekompetentnost, přičemž si poskytovatel péče tuto neznalost velmi dobře uvědomuje. Vědomá kompetentnost již označuje stav, kdy poskytovatel péče zasahuje do ošetrovatelského procesu a realizace individuálního plánu, s přihlédnutím ke specifickým potřebám klientů z různých kultur, začleňuje kulturně specifické intervence. Čtvrtou úrovní tohoto procesu je nevědomá kompetentnost, která je dána nevědomým, automatickým poskytováním kulturně kompetentní péče jedincům v pluralitní, multikulturní společnosti. Z výzkumu vyplývá, že dle Purnella se respondenty nachází v různých fázích kulturních kompetencí.

Otázka číslo třináct zjišťovala, jak podle respondentek reagují ženy romského etnika na bolest. Všechny respondentky odpověděly naprosto shodně, že reagují hlasitým projevem, jsou velmi citlivé. Ve srovnání s průzkumným šetřením Bubeníkové (2011), kde pokládala podobnou otázku „*Chovají se Romky u porodu jinak než většinová společnost?*“. Z jejího průzkumu vyplývá, že čtvrtina respondentek uvedla, že se Romky u porodu nechovají jinak než většinová společnost. A tři-čtvrtě respondentek uvedlo, že se Romky chovají jinak u porodu, než většinová společnost - slovní odpovědi tohoto průzkumu se ve velké míře shodovaly s reakcí – hlasitý projev, jsou velmi citlivé. Odpovědi byly velmi podobné v porovnání s tímto průzkumným šetřením. Mimo tento průzkum potvrzuje Tóthová (2012), že komunikace u romské kultury se vyznačuje temperamentem, hlasitou intonací až křikem a rozmáchlými gesty, jež jsou neutrálními komunikačními prostředky používanými ke zdůraznění verbálního projevu. Při konfliktních situacích se zvyšuje intenzita hlasu i gesta, ale ke skutečné fyzické agresivitě dochází jen výjimečně.

Otázka číslo čtrnáct zjišťovala, jak podle respondentek reagují ženy vietnamského etnika na bolest. Tři-čtvrtě respondentek uvedlo, že tiše trpí, bolest tají, zbylých počet respondentek uvedl, že své emoce příliš neprojevují a podle jedné respondentky reagují hlasitým projevem, jsou velmi citlivé. Ve srovnání s průzkumným šetřením vyšly rozdílné výsledky od Bubeníkové (2011), kde pokládala podobnou otázku „*Chovají se Vietnamky u porodu jinak než většinová společnost?*“. Více než polovina jejích respondentek uvedla, že se nechovají jinak u porodu, než většinová společnost. Třetina uvedla, že se chovají u porodu jinak než většinová společnost – slovní odpovědi tohoto průzkumu se ve velké míře shodovaly s reakcí - tiše trpí, bolest tají. Odpovědi byly rozdílné v porovnání s tímto průzkumem. Výsledky této práce se ztotožňují s tvrzením Tóthové (2010), že Vietnamky jsou při porodu tiché a tiše trpí, bolest tají. Zároveň podobné tvrzení nalézáme u Průchy (2010), který tvrdí, že při prožívání bolesti zůstávají klidné, dokonce se mohou i usmívat. Jak je známo, úsměv ve vietnamské kultuře nevyjadřuje pocity radosti, ale také verbálně neprojevené rozpaky či odmítání.

Otázka číslo patnáct zjišťovala, jak podle respondentek reagují ženy ukrajinského etnika na bolest. Téměř tři-čtvrtě respondentek odpovědělo, že své emoce příliš neprojevují, menší procento respondentek odpovědělo, že neví, desetina respondentek uvedla, že reagují hlasitým projevem, jsou velmi citlivé a minimální množství respondentek vybralo, že tiše trpí, bolest

tají. Výsledky průzkumu jsou shodné se Špirudovou (2004), která tvrdí, že ukrajinští pacienti jsou velmi ukáznění a nemají žádné speciální požadavky, emocionálně se neprojevují příliš.

Otázka číslo šestnáct se zabývala tím, z jakého důvodu ženy romského etnika nejčastěji opouští porodnici bez kojence a chodí ho pouze kojít? Polovina respondentek uvedla, že je to z důvodu péče o ostatní děti, třetina uvedla do položky „jiné“ jako důvod pohlavní styk s manželem, menší množství respondentek vybralo, že je to z důvodu nezájmu se o kojence starat a jedna respondentka uvedla, že je to z důvodu splnění domácích prací. Ve srovnání s průzkumným šetřením Bubeníkové (2011), kde pokládala podobnou otázku „*Víte, proč romské klientky chtějí odcházet ihned po porodu domů?*“ vyšly podobné výsledky. V jejím průzkumu třetina respondentek neví důvod dřívějšího odchodu, ale skoro tři-čtvrtě respondentek uvedlo, že ví důvod, proč odchází domů dříve – ze slovních odpovědí se nejvíce opakovalo odchod za partnerem/manželem, péče o děti a pohřeb/úmrtí v rodině. Z toho osm respondentek vybralo odchod za manželem nebo přímo pohlavní styk s manželem, v této práci byly výsledky velmi podobné. Dále pět respondentek uvedlo péči o děti – v mém průzkumu byl tento důvod na prvním místě. Zároveň tento výsledek koresponduje s tvrzením dle Síkorové (2012) kde je z pohledu Romek nejčastějším důvodem odchodu z porodnice to, že neměly zajištěnou péči o děti. Dalším důvodem bývá nechuť zůstat v nemocnici. Romky uvedly, že nechtěly nechat doma partnera samotného, a další uvedly, že jim tuto možnost poradil někdo z rodiny. I s tímto srovnáním jsou výsledky velmi podobné.

Otázka číslo sedmnáct se zabývala tím, co je vhodné při rozhovoru s ženou vietnamského etnika. Výsledky byly velmi vyrovnané. Třetina respondentek zvolila odpověď vyhnout se přímému očnímu kontaktu, další třetina uvedla, že je vhodné navázat přímý oční kontakt a poslední třetina nevěděla. Oční kontakt je dle Kutnohorské (2006) v různých kulturách vnímán různým způsobem. Afričané a Asiati považují např. příliš mnoho pohledů jako projev nadřazenosti, neúcty, dokonce urážky. Ale na druhou stranu pro zdravotníky platí, že čím lépe budou tento kontakt využívat, tím větší sympatie vzbudí.

Otázka číslo osmnáct měla za úkol zjistit zvláštnosti u etnicky odlišných pacientek. Otázka byla otevřená, vypsání odpovědí byly zakódovány do čtyř možností. Polovina respondentek na otázku bohužel neodpověděla, třetina uvedla slovní odpověď, která je uvedena níže, zbylé respondentky odpověděly, že neví a nepamatují si. V otevřených otázkách se vyskytovaly

odpovědi, kdy respondentky odpovídaly, že pacientky vietnamského etnika žádaly placentu domů. S tím koresponduje tvrzení Tóthové (2010), že v souvislosti s porodem je odlišný pohled Vietnamců na placentu, která je velmi ceněna jako posilující lék. Vietnamské ženy nepovažují placentu za odpad, ale za léčivo. Přesto, že by se většina Vietnamek pravděpodobně nepustila do výroby léků z placenty, tak znají tradici i postupy jejich výroby. Dále často odmítají sprchu po porodu. S tím se pojí tvrzení Tóthové (2010), že těsně před porodem provádí Vietnamky rituál očisty. Rády se před porodem sami nebo za přítomnosti otce dítěte koupou. Naopak v prvních dnech po porodu se vůbec nekoupou, protože to jejich tradiční kultura nepovoluje. Dále se v otevřených otázkách vyskytovaly odpovědi respondentek, že za pacientkami romského etnika normálně chodí velké množství návštěv. Toto tvrzení je shodné se Špirudovou (2004), že při hospitalizaci jednoho příslušníka rodiny můžeme pozorovat jejich starostlivost, kdy se na stav pacienta přijde zeptat celé široké příbuzenstvo. Dokáží čekat celé hodiny až do skončení operačního výkonu či vyšetření. Často žádají návštěvy mimo návštěvní hodiny a shlukují se na pokoji nemocného, tím často narušují klid ostatních pacientů a mnohdy narušují i chod oddělení. Dále respondentky vybraly, že Romové hodně slaví narození dítěte. Nebo Romka odešla bez dítěte domů. Tato tvrzení korespondují se Špirudovou (2004), že děti se považují za největší bohatství romské rodiny. Menší děti jsou déle obsluhovány (samostatnosti neučí se). Přesto se dnes stává, že narozené dítě rodiče umístí v kojeneckém ústavu a teprve po určité době si jej vyzvedávají. Všechna tvrzení jsou podložena odbornou literaturou, která zvláštnosti vysvětluje.

Otázky číslo devatenáct a dvacet zjišťovaly jistotu při komunikaci s etnicky odlišnými pacientkami. Více než polovina respondentek uvedla, že si je spíše jistá, téměř pětina uvedla, že si je jistá nebo nevěděla a zbylé respondentky si jsou spíše jisté. Kutnohorská (2006) ale tvrdí, že zdravotníci musí počítat s řadou možných problémů při komunikaci, s ošetřovatelskou bariérou, možnou nízkou spoluprací pacienta, nedorozuměním s ohledem na okolní prostředí, poruchou sociální interakce, sociální izolací, nesprávným přístupem pacienta k léčebnému režimu. Zároveň Ivanová (2005) tvrdí, že pacient, který nerozumí tomu, co se děje, nebo který nerozumí řečenému, se cítí nepochopený, méněcenný, ztracený. Sestry se mohou též cítit rozčarované a bezmocné, když je jejich sdělení nesrozumitelné nebo nemohou rozumět pacientovi. Komunikace je základem pro vybudování terapeutického vztahu mezi sestrou a pacientem.

V případě, že respondentky zvolily jinou odpověď, než „*jsem si jistá*“, blíže specifikovaly své nejistoty v otázce dvacet. Otázka byla otevřená, vypsané odpovědi byly zakódovány do šesti možností. Třetina respondentek na otázku neodpověděla, další třetina uvedla jazykovou bariéru, porozumění informacím. Zbylé odpovědi respondentek nebylo možné zakódovat, proto je jejich odpověď vypsána níže, pouze dvě respondentky odpověděly, že neví. Slovní odpovědi týkající se specifikovaných nejistot porodních asistentek při komunikaci s etnicky odlišnými pacientkami: „*Vietnamky nerozumí, všechno odkývují*“ (2 respondentky). Na toto tvrzení reaguje Průcha (2010), že komunikační bariéra se objevuje zejména v případě Vietnamců, a to nejen v důsledku nedostatečného zvládnutí češtiny, ale také kvůli rozdílným kulturním standardům, hodnotám, tradicím aj. To se týká především dospělých osob, zatímco pro vietnamské děti není jazyková bariéra natolik tíživá – většinou ovládají češtinu lépe než jejich rodiče.

Otázka číslo jednadvacet zjišťovala pomůcky snižující komunikační bariéry, se kterými se respondentky setkávají nejčastěji ze strany pacientek. Otázka měla možnost více odpovědí. Třetina uvádí, že by jim ke zlepšení komunikace pomohl tlumočník, další třetina uvádí znalost cizího jazyka, další respondentky neumí posoudit nebo vybraly piktogramy – obrázkové karty, stejný počet uvedlo i online překladač. Pouze jedna respondentka uvedla možnost „*jiné*“, kde slovně uvedla: „*Aby pacientky chodily automaticky na příjem s tlumočníkem*“. Mezi nejčastější komunikační bariéry řadí Ivanová (2005) poruchy verbální komunikace spojená s jazykovou bariérou, nedostatečná či žádná spolupráce pacienta, porucha vysvětlení okolního prostředí, poruchy se sociální interakcí, sociální izolovanost a špatný přístup k léčebnému režimu. Špirudová (2006; 2004) tvrdí, že v situacích, kdy je pacient negramotný, nebo ještěliže nehovoří ani jedním z jazyků, v němž jsme schopni mu informace poskytnout a pokud nemáte tlumočníka, musí si zdravotníci vypomoci jinými vhodnými pomůckami. Můžou být obrázky, fotografie, videofilmy apod. Komunikace tímto způsobem je zdlouhavější, ale získává zpravidla potřebnou informaci.

5 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce je teoreticko – průzkumného charakteru. Předmětem této práce bylo teoretické vymezení multikulturního ošetrovatelství a průzkumné zmapování zkušeností porodních asistentek s péčí o etnicky odlišné pacientky.

Teoretická část této práce byla zpracována na základě nastudované odborné literatury. Zaměřovala se na profesi porodní asistentky, popis pojmů s etnicitou spojených, multikulturní a transkulturní ošetrovatelství. Z výsledků průzkumu vyplynulo, že všechny respondentky, až na jednu, znají základy terminologie s etnicitou spojené. Což je důležité pro pochopení základů multikulturního ošetrovatelství. Dále se zabývala modelem kulturních kompetencí dle L. Purnella a popisu základů zdravotnické péče pro cizince. Fáze tohoto modelu byly využity v dotazníkovém šetření, ve kterém respondentky hodnotily svojí péči o etnicky odlišné pacientky velmi vyrovnaně. Významnou kapitolou byla komunikace s etnicky odlišnými pacientkami, protože dle Ivanové (2005, s. 61) je komunikace v ošetrovatelství velmi důležitou a její výuka je jádrem ošetrovatelských kurikul. Autorka je v souladu se závěry svých průzkumných šetření, které potvrzují důležitost komunikace v ošetrovatelství, protože je navzdory tomu příčinou bariéry mezi sestrou a pacientem z odlišných etnik. Mezi tyto závěry dle výsledků dotazníkového šetření se řadí jazyková bariéra ve formě neporozumění informacím, odkyvování všeho řečeného, strach, stud a nedůvěra personálu. Dle výsledků dalších otázek zaměřených na komunikaci se porodní asistentky vyznají v odlišnostech a zvláštěnostech etnicky odlišných pacientek a při komunikaci s nimi si je více než polovina jistá. Zbývající nejistoty plynuly především z už zmiňované jazykové bariéry a neporozumění informacím. Ke snížení komunikační (jazykové) bariéry by porodním asistentkám pomohl nejvíce tlumočník a znalost cizího jazyka. Jedna z respondentek by dokonce uvítala, aby pacientky automaticky na příjem chodily s tlumočníkem samy. Při rozdávání dotazníků ve zdravotnických zařízeních, ve kterých průzkum probíhal, jsem se dotazovala na vypracované standardy či pomocné edukační materiály pro porodní asistentky, které by usnadňovaly komunikaci a péči o etnicky odlišné pacientky. Přesto, že se většina respondentek zajímá o zlepšování péče, v jednom ze zařízení edukační materiál zpracovaný mají, ale není personálem vůbec využíván. Lze v něm vyčíst nejčastější dotazy ze strany sestry či lékaře mířené na pacientku a to jak v češtině, angličtině, tak i jazyce etnika. Nechybí

zde ani piktogramy – komunikační karty zaměřené zejména na hygienu a časové intervaly. Ve druhém zařízení nemají vyhotovený žádný edukační materiál a dle slov několika staničních sester by ani nebyl ve velké míře využit. Dle výsledků respondentky totiž čerpají nejvíce informací z internetu, poté z odborné literatury, článků a studia a nejčastěji ke komunikaci používají tlumočníka, online překladač a znalosti cizího jazyka. Tyto informace byly podloženy i dalšími výzkumy proběhlými v této oblasti.

Průzkumná část této práce se věnovala zjištění prostřednictvím kvantitativního šetření, jak porodní asistentky vnímají péči, jaké jsou jejich znalosti a zkušenosti pojící se s péčí o etnicky odlišné pacientky. V otázkách zaměřených na setkávání s etnickými skupinami pacientek z průzkumu plyne, že všechny respondentky se s etnicky odlišnými pacientkami setkávají. A naprostá většina o ně pečuje 1x týdně, s tím, že se nejčastěji setkávají s Romkami, Ukrajinkami a Vietnamkami, je to zdůvodněno největším zastoupením těchto etnik v ČR. Dále dle odborné literatury a z výsledků šetření vychází, že nejčastější reakce romského, vietnamského a ukrajinského etnika na bolest respondentky většinou znají. Vědí nejčastější důvody dřívějšího odchodu žen romského etnika z porodnice, třetina respondentek ví co je vhodné při kontaktu s ženou vietnamského etnika a vyznají se v odlišnostech a zvlátnostech etnicky odlišných pacientek, což je pro praxi velmi důležité.

Závěr této bakalářské práce koresponduje s odbornou literaturou multikulturního ošetrovatelství. Je nutné, aby poskytovatel odborné péče byl schopen provádět kulturně objektivní hodnocení a na základě toho přizpůsobit komunikaci a péči možnostem a zvyklostem pacientky, jelikož získávání a rozvoj těchto poznatků napomáhá přijmutí a respektování kulturních rozdílů. Tato práce pro mě byla přínosem ve zdokonalování péče o pacientky odlišných etnik, rozšířila mé povědomí o důležitosti komunikace a znalosti etnických rozdílů, které jsou při poskytování nemocniční péče velmi podstatné. Díky tomu jsem prohloubila své znalosti o etnických skupinách, s tím, že některé výsledky průzkumu mě velice překvapily, jelikož jsem se s nimi za dobu své praxe ještě nesešla. Díky této práci jsem však dosáhla svého profesního růstu, jelikož nyní už znám i hlubší význam těchto zvláštností a zvyklostí. Víím, že je oblast multikulturního ošetrovatelství velmi náročná, přesto edukační materiály mezi porodními asistentkami nemají valné zastoupení, důvod nevyužívání však nebyl předmětem této bakalářské práce. Problém může být v tom, že brožurka či

edukační materiál, který leží na stole, nezaujme tolik, jako tlumočník, který dorazí na oddělení a poskytne rychlejší a živější komunikaci s pacientkou. S touto náročnou problematikou se budou porodní asistentky i jiní zdravotničtí pracovníci setkávat čím dál častěji vlivem narůstajícího počtu cizinců v ČR, z toho důvodu by se neměla tato oblast podceňovat. Se základy multikulturního ošetrovatelství jsem se setkala již při studiu a v tu chvíli mě toto téma oslovilo a jsem ráda, že jsem se mu mohla ve své bakalářské práci věnovat.

6 POUŽITÁ LITERATURA

- 1) GIDDENS, Anthony. *Sociologie*. Aktualizované a rozšířené vydání revidované Philipem W. Suttonem. Praha: Argo, 2013, 1052 s. ISBN 728-80-257-0807-1.
- 2) IVANOVÁ, Kateřina, Lenka ŠPIRUDOVÁ a Jana KUTNOHORSKÁ. *Multikulturní ošetrovatelství I*. Praha: Grada Publishing, 2005, 248 s. ISBN 80-247-1212-1.
- 3) KUTNOHORSKÁ, Jana. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Praha: Grada Publishing, 2013, 160 s. ISBN 978-247-4413-1.
- 4) MASTILIAKOVÁ, Dagmar, Jana KUTNOHORSKÁ, Roman ADAMCZYK, Petr HLUŠTÍK, Dagmar KOLÍNKOVÁ a Jana KOŠKOVÁ. *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče. Respektování jejich transkulturní/multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu*. Ostrava: Repronis, 2003, 120 s. ISBN 80-7042-344-7.
- 5) PRŮCHA, Jan. *Multikulturní výchova. Teorie – praxe – výzkum*. Praha: ISV, 2001, 210 s. ISBN 80-85866-72-2.
- 6) PURNELL, Larry D. *Transcultural Health Care: a culturally competent approach*. 4th edition. Philadelphia: F. A. Davis Company, 2013, 258 s. ISBN 978-0-8036-3705-4.
- 7) ŠPIRUDOVÁ, Lenka, TOMANOVÁ, Danuška, KUDLOVÁ, Pavla, HALMO, Renata. *Multikulturní ošetrovatelství II*. Praha: Grada Publishing. 2006, 252 s. ISBN 80-247-1213-X.
- 8) TÓTHOVÁ, Valérie, HUDÁČKOVÁ, Andrea, MICHÁLKOVÁ, Helena, NOVÁKOVÁ, Dita, ROLANTOVÁ, Lucie, OLIŠAROVÁ, Věra. *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin*. Praha: Triton. 2012, 278 s. ISBN 978-80-7387-645-6.
- 9) TÓTHOVÁ, Valérie. *Zabezpečení účinné ošetrovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu*. Praha: Triton. 2010, 195 s. ISBN 978-80-7387-414-8.

7 INTERNETOVÉ ZDROJE

- 1) Česká komora porodních asistentek (ČKPA), *Kdo je porodní asistentka* [online]. © 2013-2021 [cit. 2020-10-21]. Dostupné z: <https://www.ckpa.cz/rodice/pece-porodni-asistentky/kdo-je-porodni-asistentka.html>

- 2) Český statistický úřad, R01 Cizinci v ČR v letech 2004 - 2019 (stav k 31. 12.) [online]. 31. 12. 2019 (11. 02. 2021) [cit. 2021-04-01]. Dostupné z: https://www.czso.cz/documents/11292/27320905/c01R01_2019.pdf/b7bb92f9-2082-4637-8f85-a3219d418a9a?version=1.0
- 3) JANÁČKOVÁ, Tereza. Tlumočení a komunikace v cizím jazyce ve Fakultní nemocnici Hradec Králové In: *Jednota tlumočnicků a překladatelů.org* [online]. Hradec Králové: © 2012. [cit. 2021-02-11]. Dostupné z: http://old.jtpunion.org/spip/article.php3?id_article=3454
- 4) KUTNOHORSKÁ, Jana. Multikulturní/ transkulturní komunikace. *Interní medicína pro praxi*. [online]. Solen medical education, 2006, **16**(2), 96-98s. [cit. 2021-02-13]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2006/02/15.pdf>
- 5) MICHÁLKOVÁ, Helena, Lenka ŠEDOVIČOVÁ a Valérie TÓTHOVÁ. Specifika ošetrovatelské péče u vietnamské minority. *Sestra* [online]. Internet info, s.r.o., 2009, **19**(2), 26-27s. [cit. 2021-02-16]. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/specifika-osetrovatelske-pece-u-vietnamske-minority-448616/check-status/>
- 6) Ministerstvo zdravotnictví České republiky (MZČR). *Kdo je porodní asistentka a jak se stát porodní asistentkou* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, © 2019.[cit. 2020-10-21]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/kdo-je-porodni-asistentka-a-jak-se-stat-porodni-asistentkou/>
- 7) Ministerstvo zdravotnictví České republiky (MZČR). *Veřejné zdravotní pojištění* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, © 2020. [cit. 2020-12-05]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/verejne-zdravotni-pojisteni-2/>
- 8) SIKOROVÁ, Lucie, ZÁVĚŠICKÁ, Jana. Přístup romských a neromských matek k péči o novorozence. *Pediatric pro praxi* [online]. Solen medical education, 2012, **13**(5), 342-344s. [cit. 2021-02-13]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2012/05/14.pdf>
- 9) Slovník cizích slov. ABZ. *Pojem diskriminace*. [online]. © 2005a [cit. 2020-02-14]. Dostupné z: https://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?cizi_slovo=diskriminace&typ_hledani=prefix

- 10) Slovník cizích slov. ABZ. *Pojem rasismus*. [online]. © 2005b [cit. 2020-02-14]. Dostupné z: <https://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/rasismus-rasizmus>
- 11) Slovník cizích slov. ABZ. *Pojem xenofobie*. [online]. © 2005c [cit. 2020-02-14]. Dostupné z: <https://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/xenofobie>
- 12) ŠKORNÍČKOVÁ, Zuzana, NOVÁKOVÁ, Dita. Česká verze Purnellova modelu kulturní kompetence. In: *Semanticscholar.org* [online]. Allen Institute for All: © 2017 [cit. 2020-02-14]. Dostupné z: <https://www.semanticscholar.org/paper/The-Czech-Version-of-the-Purnell%E2%80%99s-Model-for-%C5%A0korni%C4%8Dkov%C3%A1-Nov%C3%A1kov%C3%A1/2b3793eeaa2d9cb352ee4b1feb65d4d0aedc331b>
- 13) ŠPIRUDOVÁ, Lenka, IVANOVÁ, Kateřina, HALMO, Renata, TOMANOVÁ, Danuška, BURSOVÁ, Jindra. 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. Uživatelský 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). In: *Meta, o.p.s.* [online]. © 2004 [cit. 2020-01-02]. Dostupné z: https://www.meta-ops.cz/sites/default/files/pecujeme_o_klienty_odlisnych_etnik_a_kultur.pdf
- 14) TESAŘ, Jakub. 2015. Zdravotní péče a pojištění cizinců v České republice. In: *Šance dětem.cz* [online]. Obecně prospěšná společnost Sirius, o.p.s. 2011–2021 [cit. 2020-01-10]. Dostupné z: <https://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/rodina-v-problemove-situaci/cizinci-v-cr/zdravotni-pece-a-pojisteni-cizincu-v-ceske-republice.shtml>
- 15) VYBÍRALOVÁ, Kateřina. Specifika předporodní péče o gravidní Vietnamku. *Florence* [online]. Care comm s.r.o 2012, **26** (12), 29-31s. [cit. 2021-02-16]. ISSN 1801-464X., Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2012/12/specifika-pr-edporodni-pe-c-e-o-gravidni-vietnamku/>
- 16) *Zákony pro lidi*, 2000a. Zákon č. 325/1999 Sb. Zákon o azylu a o změně zákona č. 283/1991 Sb., o Policii České republiky, ve znění pozdějších předpisů, (zákon o azylu). In: Aion cs, s.r.o. [cit. 2020-01-12]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1999-325#cast1>

- 17) Zákony pro lidi, 2000b. Zákon č. 326/1999 Sb. Zákon o pobytu cizinců na území České republiky a o změně některých zákonů. In: Aion cs, s.r.o. [cit. 2020-01-12]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1999-326>

8 ZÁVĚREČNÉ PRÁCE

- 1) BUBENÍKOVÁ, Štěpánka. *Kulturní antropologie v porodní asistenci*. Olomouc, 2011. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Mgr. Věra Vránová, Ph.D. Dostupné z: https://theses.cz/id/qwj1bg/Bubenikova_Stepanka_Kulturni_antropologie_v_porodni_asist.pdf?lang=en;zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3Dkojen%26start%3D79
- 2) VACULÍKOVÁ, Lenka. *Antropologické a pedagogické aspekty multikulturního ošetrovatelství*. Zlín, 2010. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce doc. Mgr. Martina Cichá, Ph. D. Dostupné z: http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/13086/vacul%C3%ADkov%C3%A1_2010_bp.pdf?sequence=1&isAllowed=y

9 PŘÍLOHY

Příloha A – *Domény modelu získávání kulturních kompetencí (Tóthová, 2012, s. 16-17)*

Příloha B - *Česká verze Purnellova modelu kulturní kompetence (Škorníčková, 2017)*

Příloha C - *Cizinci se zvláštním statusem na území ČR (Tesař, 2015; Zákony pro lidi, 2000a; Zákony pro lidi, 2000b)*

Příloha D - *Dotazník k průzkumné části práce (Zdroj: vlastní)*

9.1 Příloha A - Domény modelu získávání kulturních kompetencí

(Tóthová, 2012, s. 16-17)

- **Přehled a dědictví**

Pojmy patřící k zemi původu, současnému místu pobytu, ekonomickým a politickým faktorům, podnětům pro emigraci a hodnotovou orientaci ve vztahu ke vzdělávání.

- **Komunikace**

Pojmy náležící k dominantnímu jazyku, dialektu a kontextuálnímu užití jazyka, paralingvistickým jevům, jako jsou výška hlasu, tón, intonace apod., mimo verbální komunikaci zahrnuje také pojmy vztahující se k neverbální komunikaci a využívání gest, pauz, udržování očního kontaktu, využívání doteků při komunikaci a odlišnosti ve vnímání času na ose minulost – přítomnost – budoucnost.

- **Rodina – role a organizace rodiny**

Otázky a pojmy vztahující se k rodinnému uspořádání se zohledněním rolí, které jedinec v rodině splňuje – otázky výchovy dětí, vliv pohlaví na sociální status a role uvnitř rodiny a komunity.

- **Problematika zaměstnanosti**

Otázky pojící se s jazykovou neznalostí, akulturací, asimilací, s možnostmi získání zaměstnání ve vztahu k pohlaví v kontextu kultury, se způsobem poskytování zdravotní péče v zemi původu.

- **Biokulturní ekologie**

Oblast zahrnuje biologické, psychologické a fyziologické znaky, jako jsou barva kůže, tělesná konstituce, výskyt dědičných onemocnění, rozdílný způsob metabolismu některých látek (léčiv, drog).

- **Vysoce rizikové chování**

Otázky pojící se s užíváním návykových látek (kouření, alkohol, rekreační drogy), ale i se sexuálními praktikami, nepřiměřenou fyzickou aktivitou či užíváním ochranných pomůcek při provozování rizikových sportů (např. přileb, chráničů, apod.).

- **Výživa**

Otázky pojící se s preferencí potravin ve zdraví i v nemoci, nepřístupných potravin, rituálů spojených s výživou a význam v dané kultuře jako takový:

- **Těhotenství a rodičovská praxe**

Pojmy patřící k těhotenství a výchově dětí – otázka plánovaného rodičovství a způsob porodu.

- **Smrt a s ní spojené rituály**

Vnímání smrti, péče o umírající, rituály a praktiky spojené s umíráním, se smrtí, vztah k eutanázii.

- **Spiritualita**

Otázka náboženského vyznání, náboženské praktiky a modlitby, které provází jedince po celý život a tomuto životu dávají smysl.

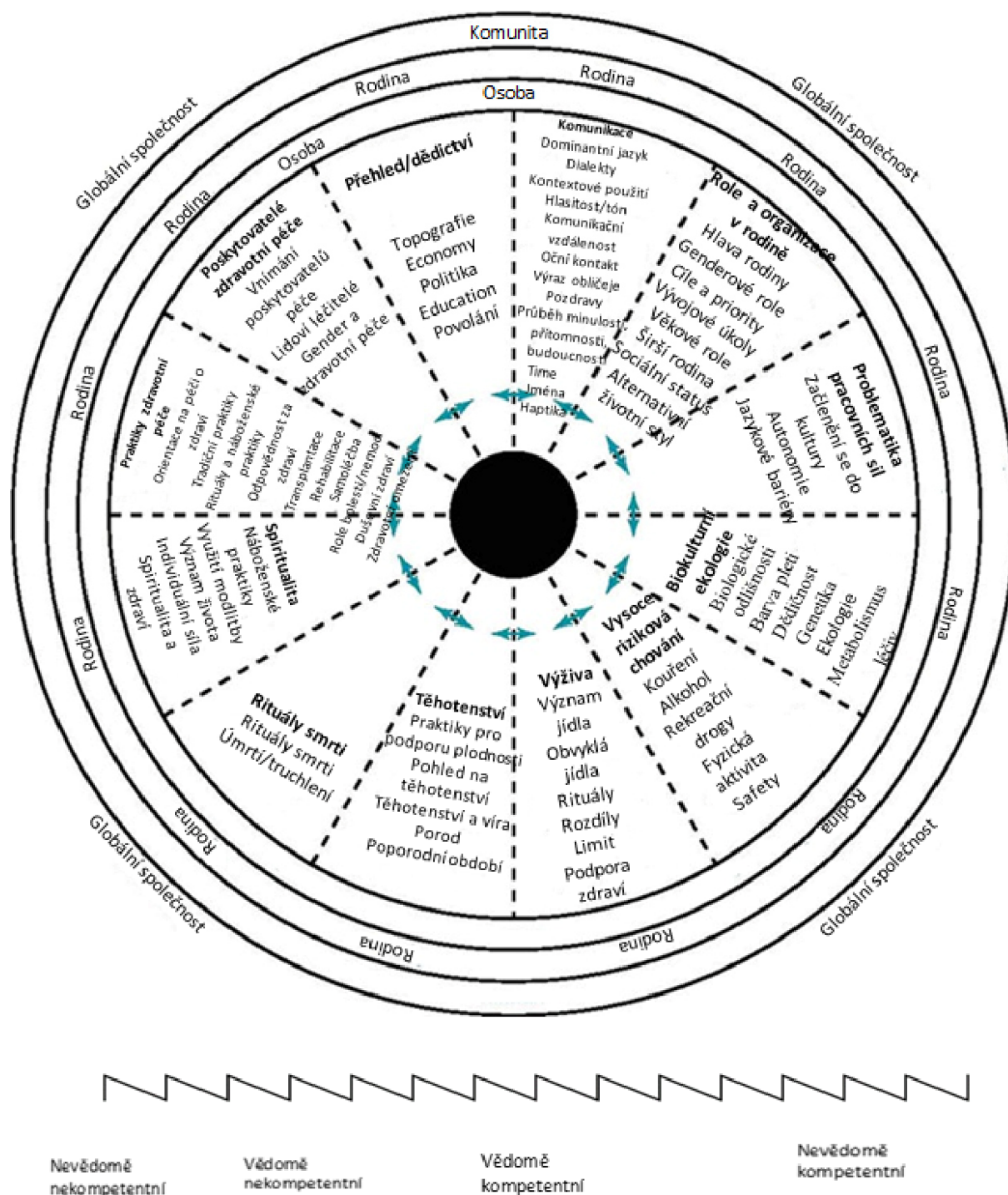
- **Zdravotnické praktiky**

Pojmy patřící k zdravotní péči zaměřené na prevenci, vnímání zdraví a nemoci (původ nemocí ve vztahu k náboženskému vyznání), postoj k dárce orgánů, transplantací, vnímání bolesti a případným překážkám v užívání zdravotní péče

- **Poskytovatelé zdravotnické péče**

Zohlednění konceptu tradiční a západní medicíny, preference pohlaví u poskytovatelů péče ve vztahu k náboženskému vyznání, zvláštnosti jednotlivých kultur (Tóthová, 2012, s. 18-19).

9.2 Příloha B – Česká verze Purnellova modelu kulturní kompetence (Škorníčková, 2017)



9.3 Příloha C – Cizinci se zvláštním statusem na území ČR

(Tesař, 2015; *Zákony pro lidi, 2000a; Zákony pro lidi, 2000b*)

Jedná se o:

- azylanty po dobu platnosti uděleného azylu, (dle § 76 zákona č. 325/1999 Sb., o azylu)
- děti azylantek po dobu, než bude rozhodnuto o azylu nebo jiném druhu pobytu dítěte (dle § 88 zákona č. 325/1999 Sb., o azylu)
- žadatele o získání mezinárodní ochrany, (dle § 88 zákona č. 325/1999 Sb., o azylu)
- cizince, kterým bylo uděleno povolení k dlouhodobému pobytu za účelem strpění pobytu, pokud jejich pobyt na území bude delší než jeden rok a trvají-li důvody, pro něž bylo uděleno vízum k pobytu nad 90 dnů za účelem strpění pobytu na území dle § 88 zákona č. 325/1999 Sb., o azylu (Zákony pro lidi, 2000a; Tesař, 2015).
- děti cizinců, jež jsou svěřené do náhradní rodinné výchovy rozhodnutím příslušného orgánu, a to tehdy, je-li alespoň jedna fyzická osoba, již je dítě svěřeno, přihlášena k trvalému pobytu na území České republiky nebo se na našem území nachází ústav, ve kterém je dítě umístěno (dle § 87 zákona č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území ČR).
- děti cizinců od okamžiku narození do právní moci rozhodnutí o povolení pobytu, jde-li o děti rodičů s trvalým pobytem, kteří podají v zákoně stanovené lhůtě žádost o udělení povolení k pobytu dítěte (dle § 88, odst. 3 zákona č. 326/1999 Sv., o pobytu cizinců na území ČR).
- cizince, kterým bylo uděleno vízum k pobytu nad 90 dnů za účelem strpění pobytu v případech uvedených v § 32 odst. 2 zákona o pobytu cizinců, například pokud vycestování brání překážka na jeho vůli nezávislá; dobu platnosti víza stanoví policie na dobu nezbytně nutnou, maximálně na dobu jednoho roku (Zákony pro lidi, 2000b; Tesař, 2015).

9.4 Příloha D – Dotazník k průzkumné části práce

Zdroj: vlastní

Dobrý den, vážené porodní asistentky,

jmenuji se Kateřina Pečenková a jsem studentkou 3. ročníku studijního oboru Porodní asistentka na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice.

Chtěla bych vás touto cestou požádat o zcela anonymní vyplnění dotazníku, který bude podkladem průzkumné části mé bakalářské práce na téma „Zkušenosti porodních asistentek s péčí o etnicky odlišné pacientky“. Získané informace nebudou použity k jiným účelům. Pokud není uvedeno jinak, zvolte jednu odpověď.

Mnohokrát Vám děkuji za Váš čas s vyplněním dotazníku.

1. Jaké je vaše nejvyšší ukončené vzdělání?

- a) Vyšší odborná škola zdravotnická
- b) Vysokoškolské studium – Bc.
- c) Vysokoškolské studium – Mgr.
- d) Vysokoškolské studium – Ph.D.

2. Jaká je vaše praxe v oboru porodní asistence?

- a) do 5 let
- b) 5-10 let
- c) 10-15 let
- d) 15 let a více

3. Vyberte správnou definici pojmu: xenofobie

- a) strach ze světla
- b) strach, odpor, nepřátelství a nedůvěra ke všemu cizímu
- c) strach z uzavřených prostor

4. Vyberte správnou definici pojmu: diskriminace

- a) rozlišování, rozdílný přístup k jedné skupině než k jiné nebo k celku
- b) zjemnění jazykového výrazu označujícího nepříjemnou nebo drsnou skutečnost
- c) cílené ovlivňování poslanců, zákonodárné i výkonné moci

5. Vyberte správnou definici pojmu: rasismus

- a) nadřazenost lidských ras a etnických skupin, jde o nenávist k lidem určité rasy
- b) nezištné jednání ve prospěch druhých jako mravní princip
- c) náboženská, národnostní a rasová nesnášenlivost, jde o nenávist vůči Židům

6. Setkáváte se při své práci s etnicky odlišnými pacientkami?

a) ano

b) ne

7. Setkala jste se s nepřátelským jednáním vůči pacientce ze strany personálu? Pokud ano, prosím vypište:

.....

.....

.....

8. Jak často pečujete o etnicky odlišné pacientky?

a) každodenně

b) 1x týdně

c) 1x měsíčně

d) výjimečně

e) vůbec

9. Vyberte, případně vypište, se kterými etnickými skupinami patientek se ve své praxi setkáváte? (Možno i více odpovědí)

a) Romky

b) Vietnamky

c) Mongolky

d) Ukrajinky

e) jiné, prosím vypište:

.....

.....

.....

10. Na stupnici 1-5 prosím vyznačte intenzitu vašich obav z péče o etnicky odlišnou pacientku

a) 1 – mám velké obavy

b) 2 – spíše mám obavy

c) 3 – nevím

d) 4 – spíše nemám obavy

e) 5 – nemám žádné obavy

11. Pokud jste v předchozí otázce odpověděla 1-4, pokuste se prosím blíže specifikovat vaše obavy v péči o etnicky odlišnou pacientku:

.....

.....

.....

12. Jak byste hodnotila vaši péči, poskytovanou etnicky odlišným pacientkám?

- a) nejsem si vědoma, že bych postrádala znalosti o jiných kulturách
- b) jsem si vědoma, že postrádám znalosti o jiných kulturách
- c) jsem si vědoma znalostí o jiných kulturách, učím se je
- d) nejsem si vědoma znalostí o jiných kulturách, ale péči provádím přirozeně správně
- e) nevím

13. Vyberte, jak podle vás reagují ženy romského etnika na bolest?

- a) hlasitým projevem, jsou velmi citlivé
- b) tiše trpí, bolest tají
- c) své emoce příliš neprojevují
- d) nevím

14. Vyberte, jak podle vás reagují ženy vietnamského etnika na bolest?

- a) hlasitým projevem, jsou velmi citlivé
- b) tiše trpí, bolest tají
- c) své emoce příliš neprojevují
- d) nevím

15. Vyberte, jak podle vás reagují ženy ukrajinského etnika na bolest?

- a) hlasitým projevem, jsou velmi citlivé
- b) tiše trpí, bolest tají
- c) své emoce příliš neprojevují
- d) nevím

16. Víte, z jakého důvodu ženy romského etnika nejčastěji opouští porodnici bez kojence a chodí ho pouze kojit?

- a) z důvodu nezájmu se o kojence starat
- b) z důvodu splnění domácích prací a péči o děti
- c) z důvodu dlouhé chvíle
- d) nevím
- e) jiné, prosím vypište:

.....
.....
.....

17. Při rozhovoru s ženou vietnamského etnika je vhodné:

- a) navázat přímý oční kontakt
- b) vyhnout se přímému očnímu kontaktu
- c) nevím

18. Setkaly jste se s kulturními zvláštnostmi u etnicky odlišných pacientek? Pokud ano, vypište prosím s jakými:

.....
.....
.....

19. Na stupnici 1-5 prosím vyznačte, na kolik jste si jistá při komunikaci s etnicky odlišnými pacientkami?

- a) 1 – nejsem si jistá
- b) 2 – spíše si nejsem jistá
- c) 3 – nevím
- d) 4 - spíše si jsem jistá
- e) 5 – jsem si jistá

20. Pokud jste v předchozí otázce odpověděla 1 – 4, blíže specifikujte vaše nejistoty:

.....
.....
.....

21. S jakými komunikačními barierami se nejčastěji setkáváte ze strany etnicky odlišných pacientek? (možnost více odpovědí)

- a) pacientka nerozumí slovním pokynům
- b) pacientka nedůvěřuje personálu
- c) pacientka nejeví zájem o komunikaci
- d) pacientka zjevně nerozumí, všechno odkývá
- e) pacientka má strach a stydí se
- f) s komunikačními barierami jsem se nesetkala
- g) pokud jste se setkala s jinými, prosím vypište:

.....
.....
.....

22. Jak se zajímáte o zlepšování péče o etnicky odlišné pacientky, odkud čerpáte znalosti? (Možno i více odpovědí)

- a) studium
- b) internet
- c) odborná literatura, články
- d) vzdělávací kurzy
- e) profesní školení
- f) nezajímám se

23. Jaké pomůcky používáte při komunikaci s etnicky odlišnými pacientkami? (Možno i více odpovědí)

- a) obrázkové karty – piktogramy
- b) komunikační karty
- c) tlumočník
- d) online překladač
- e) znalost cizího jazyka
- f) žádné pomůcky nepoužívám
- g) pokud používáte jiné, prosím vypište:

.....

.....

.....

.....

24. Co by vám pomohlo k tomu, aby se vám zlepšila komunikace s pacientkami? (Možno i více odpovědí)

- a) obrázkové karty – piktogramy
- b) komunikační karty
- c) tlumočník
- d) online překladač
- e) znalost cizího jazyka
- f) neumím posoudit
- g) pokud byste použila jiné, prosím vypište:

.....

.....

.....

.....

