

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2018

Bc. Zuzana Smilková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Poskytování kulturně kompetentní péče

Bc. Zuzana Smilková

Diplomová práce

2018

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE
(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Zuzana Smilková**
Osobní číslo: **Z15238**
Studijní program: **N5345 Specializace ve zdravotnictví**
Studijní obor: **Perioperační péče v gynekologii a porodnictví**
Název tématu: **Poskytování kulturně kompetentní péče**
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

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

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 50 stran

Forma zpracování diplomové práce: tištěná/elektronická

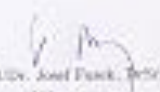
Seznam odborné literatury:

1. HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. 4. přeprac. a rozš. vyd. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.
2. KUTNOHORSKÁ, Jana. Multikulturní ošetrovatelství pro praxi. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4413-1.
3. KUTNOHORSKÁ, Jana. Výzkum v ošetrovatelství. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2713-4.
4. PRŮCHA, Jan. Interkulturní komunikace. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3069-1.
5. TÓTHOVÁ, Valérie. Zabezpečení efektivní ošetrovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu. Praha: Triton, 2010. ISBN 978-80-7387-414-8.

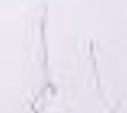
Vedoucí diplomové práce: Mgr. Zuzana Škorničková
Katedra poradní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání diplomové práce: 1. prosince 2015

Termín odevzdání diplomové práce: 4. května 2018


prof. MUDr. Josef Pavek, Ph.D.
děkan

L.S.


Mgr. Markéta Moravská, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 5. února 2018

Prohlášení autora

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

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 4. 5. 2018.

Bc. Zuzana Smilková

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí práce Mgr. Zuzaně Škorníčkové, za odborné vedení, poskytnutí materiálů, věnovaný čas a ochotu při tvorbě této diplomové práce. Dále bych chtěla poděkovat zdravotním sestřím/porodním asistentkám zvoleného zdravotnického zařízení za ochotu a spolupráci během průzkumného šetření. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat ženám vietnamského etnika, za vstřícnost a čas věnovaný průzkumné části diplomové práce. Na závěr bych chtěla poděkovat své rodině za obrovskou podporu a trpělivost při tvorbě diplomové práce.

ANOTACE

Diplomová práce se zabývá problematikou poskytování kulturně kompetentní péče klientkám, které přicházejí na gynekologicko-porodnické oddělení nemocnice ve Zlínském kraji. Práce je teoreticko-průzkumného charakteru. V teoretické části práce je popsána základní terminologie, související s poskytováním kulturně kompetentní péče, Model kulturních kompetencí dle Larryho D. Purnella, specifika vietnamské komunity a interkulturní komunikace. Průzkumná část se dělí na kvalitativní a kvantitativní výzkum. Cílem kvalitativního průzkumného šetření bylo odhalit kulturní odlišnosti klientek vietnamského etnika, které by mohly ovlivnit poskytovanou péči během hospitalizace. Hlavním cílem kvantitativního průzkumného šetření bylo zjistit míru znalostí a zkušeností zdravotních sester/porodních asistentek vybraného zdravotnického zařízení s poskytováním péče klientkám z odlišného kulturního prostředí.

KLÍČOVÁ SLOVA

Kultura, multikulturní ošetřovatelství, Purnellův model, vietnamské etnikum.

TITLE

Providing culturally competent nursing care

ANNOTATION

The diploma thesis deals with the issue of providing culturally competent care to clients who come to the gynecological and obstetric department of the hospital in the Zlín region. The work is of a theoretical-research character. The theoretical part describes the basic terminology related to the provision of culturally competent care. Purnell's model, Vietnamese Community Specifics and Intercultural Communication. The research part is divided into qualitative and quantitative research. The objective of a qualitative research survey was to reveal the cultural differences of Vietnamese ethnicity clients who could influence the care provided during hospitalization. The main objective of the quantitative research was to find out the level of knowledge and experience of nurses/midwives of a selected healthcare facility with the provision of care to clients from a different cultural environment.

KEYWORDS

Culture, Purnell model, multicultural nursing, vietnamese ethnic.

OBSAH

Úvod	13
1 Základní pojmy.....	15
1.1 Etnikum, etnicita, etnická příslušnost a etnické vědomí	15
1.2 Kultura.....	16
1.3 Kulturní šok	17
2 Kulturně kompetentní Péče	19
2.1 Kulturní kompetence	20
2.2 Model kulturních kompetencí dle Larryho D. Purnella	21
2.2.1 Struktura modelu.....	22
2.2.2 Grafické znázornění modelu.....	24
3 Vietnamské etnikum	25
3.1 Zdraví a životní styl.....	27
3.2 Péče o umírajícího	28
3.3 Porod a šestinedělí.....	29
4 Interkulturní komunikace.....	31
4.1 Verbální komunikace	33
4.2 Neverbální komunikace.....	33
4.3 Komunikace s vietnamskými klientkami	34
5 průzkumné otázky	36
6 Metodika Průzkumného šetření.....	37
6.1 Metodika první fáze průzkumného šetření	37
6.1.1 Charakteristika zkoumaného vzorku.....	37
6.1.2 Průběh průzkumu	38
6.2 Metodika druhé fáze průzkumného šetření	38
6.2.1 Charakteristika zkoumaného vzorku.....	38
6.2.2 Průběh průzkumného šetření	41
6.2.3 Analýza dat	41

7	Interpretace výsledků.....	42
7.1	Kvalitativní průzkum.....	42
7.2	Vyhodnocení kvantitativního průzkumu	56
8	Diskuse.....	71

SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

Tabulka 1 Identifikační údaje respondentek.....	38
Tabulka 2 Délka praxe respondentek.....	39
Tabulka 3 Vzdělání respondentek.....	40
Tabulka 4 Oddělení nemocnice.....	40
Tabulka 5 Věk respondentek.....	41
Tabulka 6 Seznam kategorií a podkategorií.....	43
Tabulka 7 Přehled/topografie.....	44
Tabulka 8 Komunikace.....	45
Tabulka 9 Role a organizace v rodině.....	46
Tabulka 10 Problematika pracovních sil.....	47
Tabulka 11 Biokulturní ekologie.....	48
Tabulka 12 Vysoce rizikové chování.....	49
Tabulka 13 Výživa.....	50
Tabulka 14 Rituály smrti.....	51
Tabulka 15 Spiritualita.....	52
Tabulka 16 Praktiky zdravotní péče.....	53
Tabulka 17 Poskytovatelé zdravotní péče.....	54
Tabulka 18 Těhotenství.....	55
Tabulka 19 Nejčastěji zastoupené etnikum klientek na oddělení.....	56
Tabulka 20 Vnímání klientek jiného etnika.....	57
Tabulka 21 Pomůcky pro rozhovor s klientkou.....	60
Tabulka 22 Kontakt s tlumočnickem.....	61
Tabulka 23 Definice efektivní komunikace.....	62
Tabulka 24 Vliv neefektivní komunikace na léčbu.....	63

Tabulka 25 Důsledky neefektivní komunikace.....	64
Tabulka 26 Multikulturní ošetrovatelství.....	65
Tabulka 27 Respektování kulturních odlišností svých klientek.....	66
Tabulka 28 Způsob tolerance kulturních odlišností klientek.....	67
Tabulka 29 Vietnamské stravování.....	68
Tabulka 30 Co netolerují Vietnamky.....	69
Tabulka 31 Vzdělávání v oblasti multikulturní péče.....	70
Obrázek 1 Jazyková vybavenost porodních asistentek.....	58
Obrázek 2 Jazyková úroveň respondentek.....	59
Obrázek 3 Model kulturních kompetencí.....	83

CÍLE PRÁCE

Teoretické cíle

Cíle teoretické části práce jsou:

- popsat problematiku multikulturního ošetrovatelství,
- definovat specifika komunikace s klienty odlišné kultury,
- charakterizovat Model kulturních kompetencí dle Larryho D. Purnella,
- popsat specifika vietnamské kultury.

Průzkumné cíle

Cíle průzkumné části práce jsou:

- zjistit míru znalostí a zkušeností zdravotních sester/porodních asistentek vybraného zdravotnického zařízení s poskytováním péče klientkám z odlišného kulturního prostředí,
- zjistit, zda zdravotní sestry/porodní asistentky využívají pomůcky usnadňující komunikaci s klientkami odlišné kultury,
- odhalit kulturní odlišnosti klientek vietnamského etnika, které by mohly ovlivnit poskytovanou péči během hospitalizace v českém zdravotnickém zařízení.

ÚVOD

„Až sestry pochopí a uplatní etické principy ve všech oblastech transkulturní péče, dosáhneme jednoho z největších humánních cílů ošetrovatelství.“ (M. Leiningerová)

Globální migrace je fenoménem současnosti, který se nevyhýbá ani České republice. Ta se stává pro řadu migrujících obyvatel domovinou. Danému trendu napomáhá nejen výhodné umístění České republiky, ale i otevření hranic v minulosti politicky izolované Československé socialistické republiky. V současné době žije na území České republiky 496 413 cizinců, což tvoří necelých 5 % populace. Mezi nejpočetnější minoritní skupiny patří Slováci, Ukrajinci, Rusové, Němci a Vietnamci. Je nutné si uvědomit, že všichni tito lidé jsou potenciaálními příjemci zdravotní péče (CZSO, 2016).

Moderní ošetrovatelství je samostatná humanitní věda, jejíž filozofií je holistický přístup ke klientovi. Hlavním cílem je dosáhnout optimálního fyzického, psychického a sociálního stavu klienta. Mezi základní činitele hodnocení kvality poskytované péče je uspokojování potřeb klienta. Za kvalitní ošetrovatelskou péči můžeme považovat právě tu, která je založena na individuálním přístupu ke klientovi. Každá kultura zaujímá jiný postoj ke zdraví a nemoci a každá kultura má vlastní představu o tom, co je „normální“. Je proto nezbytné, aby se zdravotnický personál vzdělával tak, aby rozuměl rozmanitým kulturním postojům k etice narození, života a smrti.

Diplomová práce je rozdělena na teoretickou a průzkumnou část. V teoretické části je na základě studia odborné literatury popsána základní terminologie související s poskytováním kulturně kompetentní péče, Model kulturních kompetencí dle Larryho D. Purnella a specifika vietnamské komunity. Vietnamská komunita byla zvolena záměrně, protože zvolena minorita tvoří významnou složku naší společnosti a zároveň je tato menšina kulturně nejvzdálenější.

Praktická část práce je tvořena kombinací kvalitativních a kvantitativních průzkumných metod. Kvantitativní část průzkumného šetření proběhla pomocí dotazníků vlastní konstrukce. Průzkumný vzorek tvořily zdravotní sestry/porodní asistentky pracující ve zvoleném zdravotnickém zařízení. Cílem šetření bylo zjistit míru znalostí a zkušeností zdravotních sester/porodních asistentek daného zařízení v oblasti poskytování péče klientkám z odlišného kulturního prostředí. Sběr dat pro kvalitativní část průzkumu proběhl formou polostrukturovaných rozhovorů. Vzorem pro tvorbu otázek byl Model kulturních kompetencí dle Larryho Purnella. Rozhovory probíhaly na gynekologicko-porodnickém oddělení vybrané

nemocnice ve Zlínském kraji. Vietnamská komunita byla oslovena záměrně, protože tvoří významnou složku naší společnosti. Zároveň jsou nám kulturně nejvzdálenější. Cílem kvalitativní průzkumné části bylo odhalit kulturní odlišnosti klientek vietnamského etnika, které by mohly ovlivnit poskytovanou ošetrovatelskou péči.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 ZÁKLADNÍ POJMY

Česká republika se stává pro řadu migrujících obyvatel domovinou. Proto by měla být připravena na to, že se zde budou setkávat lidé různé rasy, morálky, původu a náboženství. Všichni tito obyvatelé jsou potenciaálními příjemci zdravotní péče.

Ošetřování nemocných bylo vždy vnímáno jako umění a morální povinnost, která vychází z kulturní výbavy lidstva. Cílem moderního ošetřovatelství je poskytovat kvalitní ošetřovatelskou péči, která je orientovaná na individuální potřeby klienta. Toho lze dosáhnout pouze při dostatečné znalosti kulturních projevů různých minoritních skupin. Proto je nutné, aby všichni zdravotničtí pracovníci měli dostatečné znalosti o poskytování kulturně kompetentní péče, které lze získat pouze systematickým studiem rasových a etnických rozdílů podílejících se na zdravotním stavu klienta. Jen díky tomu budou schopni poskytovat profesionální zdravotní péči, která bude kulturně citlivá, kulturně vhodná a kulturně kompetentní. Kulturní kompetence pomáhá jedinci rozvíjet povědomí o vlastní kultuře a respektovat kulturní odlišnosti minoritních skupin. Pro lepší orientaci v problematice kulturně kompetentní péče, jsou v následujících podkapitolách vysvětleny základní pojmy, které úzce souvisí s danou problematikou (Tóthová, 2010, s. 16).

1.1 Etnikum, etnicita, etnická příslušnost a etnické vědomí

Pojem *etnikum* pochází z antické řečtiny, v níž slovo *ethnos* znamenalo totéž jako „kmen nebo národ“. Lze tedy předpokládat, že teorie o kulturní odlišnosti různých populací existovaly již ve starověku. Etnikum je často definováno jako společenství lidí, které má stejný rasový původ, obvykle společný jazyk a sdílí společnou kulturu. V současné době je pojem *etnikum* mylně vydáváno za synonymum pro *etnickou skupinu*. Etnikum je společenství rozvinuté do úrovně národa. Zatímco výraz *etnická skupina* označuje ta společenství, která do úrovně národa nedospěla (Kutnohorská, 2005 s. 19; Slezáková, 2012, s. 193; Kuzníková, 2011, s. 150).

Etnická příslušnost je sounáležitost jednotlivce s určitou etnickou skupinou. Základní složkou etnické příslušnosti člověka je kulturní zázemí. Síla projevu etnické příslušnosti závisí na síle etnického vědomí, které je charakterizováno jako uvědomování si sounáležitosti s určitou etnickou skupinou. Toto uvědomování se děje na základě společně sdílených subjektivních

a objektivních znaků etnicity. Kognitivní složka vědomí obsahuje souhrn názorů na původ, historické osudy, povahu vlastního etnika a povahu. Emocionální složka je tvořena subjektivními stavy prožívání, cítění, vážící se k vlastní etnické identitě. Tato složka může být v některých situacích silně zvýrazněna a může překrývat složku kognitivní (Škorníčková, 2010, s. 10; Ivanová a kol., 2005, s. 21).

Etnocentrismus spočívá v přesvědčení, že vlastní kultura je nadřazená všem ostatním. Jde o tendenci lidí myslet si, že jejich způsob myšlení víra a chování je jediné správné, přirozené a pravdivé. Etnocentrismus může být hlavní překážkou pro poskytování kulturně kompetentní péče. Určitá míra etnocentrismu je pozorovatelná u všech kultur. Jedná se o univerzální projev lidské psychiky. Zcela eliminovat jej je prakticky nemožné. Etnocentrismus je podmínkou socializace a enkulturace, podporuje vnitřní soudržnost sociálních společenství a je mechanismem identifikace jedince se skupinou, k níž přísluší. Etnocentrismus je zodpovědný za přežití kultur, hodnot a vnímání sebe samého (Purnell, 2005 s. 6; Kutnohorská, 2013, s. 18-19).

Dle intenzity tohoto psychického rysu lze rozdělit etnocentrismus na umírněný a agresivní. Umírněný etnocentrismus má toleranci k projevům odlišných kultur a připouští jejich právo existovat. Naopak agresivní etnocentrismus je netolerantní k odlišným kulturám. Vyvolává konflikty při setkání jedince s projevy odlišných kulturních společenství (Kutnohorská, 2013 s. 18-19).

1.2 **Kultura**

Každý člověk je ovlivněn prostředím, kde vyrůstal a kulturou v níž byl vychován. Pozdrav, neverbální komunikace, oblékání, zvyky, respekt, ohleduplnost, úcta to všechno jsou projevy kultury, které se promítají do všech úrovní mezilidských interakcí. Kultura je pro mnoho z nás známým pojmem, který používáme v různých kontextech. Termín pochází z latinského jazyka. Původně byl pojem spojován s obděláváním zemědělské půdy. Až Marcus Tullius Cicero v Tuskulských hovorech nazval filozofii „kulturou ducha“ a tím položil základ pro vnímání kultury jako charakteristiky lidské vzdělanosti (Urban, 2008, s. 97; Petrusek a kol., 1999, s. 548-549).

Své využití nachází v různých vědních disciplínách, proto ji každý autor definuje jinak. Obecně lze kulturu charakterizovat jako souhrn materiálních a duchovních hodnot vytvořených lidstvem v celé jeho historii. Antropologové ji vnímají jako propracované, sdílené a předávané chápání hodnot, životního stylu a přesvědčení určité skupiny lidí. Přechází z generace na generaci, ovlivňuje jednání, myšlení, rozhodování a zdravotník by to

měl brát v úvahu. Každý člověk má určitou kulturní hierarchii danou výchovou, vzděláním a tradicí. Sociologové definují kulturu jako: „*Souhrn prostředků a mechanismů specifické lidské adaptace k vnějšímu prostředí. Představuje program činnosti jednotlivců a skupin, který je fixovaný sociokulturními stereotypy a předávaný prostřednictvím kulturního dědictví.*“ Podle sociologů kultura zahrnuje sociální zvyklosti určité etnické skupiny, její zákony, obyčeje a zvyky. Kultura je společný rámeček, který byl vytvořen pro snazší komunikaci, předával se mezi generacemi a neustále se modifikoval (Kutnohorská, 2013, s. 22-23; Petrušek a kol., 1999, s. 548-549).

Kultura nelze předat geneticky. Osvojujeme se jí po narození na základě získaných znalostí a zkušeností. Hlavním nositelem kultury je jazyk. Jednotlivé kultury se neustále mění a vyvíjí. Zvyky, praktiky, přesvědčení se mění a vždy se přizpůsobují sociálnímu prostředí a biologickým a psychologickým potřebám lidí. S měnícími se životními podmínkami se mohou některé tradiční formy kultury postupně oslabovat až zcela vymizet (Kutnohorská 2013, s. 22-23).

1.3 Kulturní šok

Jakmile se člověk ocitne v neznámém kulturním prostředí, musí se nejprve zorientovat a překonat pocit cizoty. V rámci adaptace může u člověka dojít k rozvinutí traumatické reakce, která je v literatuře popsána jako kulturní šok (Kopecká, 2015, s. 229).

Termín „*kulturní šok*“ využívá literatura k popsání pocitů dezorientace a stresu, kterým jsou vystaveni lidé vstupující do neznámého kulturního prostředí. Tento stav je způsoben hlavně nečekanými zjištěními, která jsou vyvolána kontaktem s neznámou kulturou. Kulturní šok není jednorázový problém, může trvat týdny až měsíce. Délka je ovlivněna schopností jedince přijmout změny, které ho v neznámém kulturním prostředí obklopují. Kulturní šok často doprovází psychosomatické obtíže. Mezi nejčastější symptomy řadíme deprese, vztek, nespavost, bolesti hlavy, stesk po rodině, ztráta pocitu bezpečí, ztráta identity aj. Symptomy se mohou postupem času měnit (Kutnohorská, 2013, s. 73-74).

Autoři ve svých publikacích rozlišují čtyři odlišné fáze emocionálních reakcí spojených s pobytem v nové kulturní společnosti:

1. fáze „medových týdnů“ (honeymoon) se projevuje počáteční euforickou náladou, která je způsobená okouzlením či fascinací novým prostředím a lidmi kolem sebe.
2. kritická fáze se projevuje náhlou změnou nálady. Dochází k nepřiměřeným pocitům frustrace a hněvu.

3. fáze zotavení je charakterizována odhodláním se učit nové kultuře.

4. fáze přizpůsobení přináší období, kdy se člověk těší z nové kultury, je schopen fungovat v nových životních podmínkách (Kutnohorská, 2013, s. 74; Ivanová a kol., 2005, s. 158).

Kulturní šok a zdravotní následky s ním spojené mohou být natolik závažné, že se doporučuje zvážit předčasné ukončení pobytu v zahraničí. Návrat jedince do známého kulturního prostředí obvykle pomáhá překonat psychosomatické obtíže související s kulturním šokem (Moudilou-Mouanga, 2018, s. 24).

2 KULTURNĚ KOMPETENTNÍ PÉČE

V preambuli Mezinárodního etického kodexu porodních asistentek stojí, že „*kodex uznává lidská práva žen, usiluje o spravedlnost pro všechny a rovnost v přístupu ke zdravotní péči. Zakládá se na vzájemných vztazích úcty, důvěry a důstojnosti mezi všemi členy společnosti.*“

Druhá polovina 20. století předznamenává éru transkulturalismu ve zdravotní péči. Nový směr v ošetrovatelství začal vznikat ve Spojených státech amerických. Myšlenkou transkulturního ošetrovatelství se jako první zabývala v 50. letech minulého století profesorka Madeleine Leininger. V té době pracovala jako zdravotní sestra na dětské psychiatrii, kde přicházela do styku s dětmi z různého kulturního zázemí. Jednalo se především o dětské pacienty afrického, židovského či německého původu. Všimla si, že tyto děti mají zcela odlišné potřeby. Kulturní rozdíly pozorovala u společných her, učení, jídla, spánku apod. Uvědomila si, že kultura zásadně ovlivňuje poskytování a přijímání ošetrovatelské péče. V roce 1960 definovala teorii transkulturního ošetrovatelství a následujících 30 let ji dále rozvíjela. Leininger definovala transkulturní ošetrovatelství jako: „*komparativní teoretický a praktický obor zaměřený holisticky na kulturu, péči, vzorce zdraví a nemoci lidí s ohledem na rozdíly a podobnosti v jejich kulturních hodnotách, přesvědčeních a životních zvyklostech s cílem poskytovat kulturně shodnou, citlivou a kompetentní péči, podporu zdraví a nemoci.*“.

Leininger vydala řadu publikací, vyučovala a obohacovala tento obor o nové postupy či modely. Například Model vycházejícího slunce pomáhá zdravotníkům pochopit klienta, jenž má odlišné potřeby spojené s jinou kulturou (Purnell, 2005, s. 8; Kutnohorská, 2013, s. 42-46; Bužgová, Plevová, 2011, s. 159).

V literatuře autoři mnohdy uvádí pojmy multikulturní a transkulturní. Tyto termíny jsou často považovány za synonyma. Je však nutné upozornit, že mají své specifické významové rozdíly. Pojem *multikulturalismus* znamená v překladu mnohokulturní. Termín začal vznikat v 60. až 70. letech minulého století. Lze jej chápat jako sociální a politický proces, který vznikl v důsledku migrace obyvatelstva, která způsobuje soužití lidí z různého kulturního prostředí. Tyto kultury se vzájemně respektují, ale nedochází k prolínání jednotlivých kultur do sebe. Multikulturalismus může být v různých souvislostech vnímán různě. Lze jej chápat jako myšlenkový proces, způsob reagování a jednání v multikulturní společnosti, která se vyznačuje náboženskou i kulturní rozmanitostí. Vnímání multikulturalismu se neustále vyvíjí, existuje tedy řada definic. *Pluralistický multikulturalismus* vnímá kulturu jako uzavřenou skupinu, kterou je nutno podporovat a zachovat. Tomuto směru je blízký *liberální multikulturalismus*, který vyzdvihuje shodné znaky a přístup ke zdrojům. Cílem tedy není

pouze uznání odlišností, ale také snaha o integraci jednotlivců v občanské společnosti rovnoprávných osob (Tóthová, 2012, s. 14; Ivanová a kol., 2005, s. 39).

Transkulturalismus se více jak na charakteristiku jednotlivých skupin orientuje na osobní zkušenosti jedince, které jsou vytvářeny jeho kulturou v procesu socializace. Pro transkulturalismus je typické, že nestaví do centra pozornosti kulturu, ale obousměrnou interakci a komunikaci mezi majoritní společností a minoritní skupinou. Jednotlivé kultury se mezi sebou mísí a vzájemně se ovlivňují (Tóthová, 2012, s. 14; Ivanová a kol., 2005, s. 39).

2.1 Kulturní kompetence

V současné době neexistuje jednotná definice pro kulturní kompetence, což je dáno především multidimenzionálním pohledem na tuto problematiku. Obecně ji lze charakterizovat jako schopnost zdravotníka poskytovat odbornou zdravotní péči klientům s odlišným způsobem života, vírou, sexualitou a genderovou problematikou. Kulturní kompetence vede ke zkvalitňování ošetrovatelské péče, která by měla být především orientována na potřeby klienta. Kulturní kompetence vzniká spojením znalostí a dovedností získaných během osobního a profesionálního života. V transkulturním ošetrovatelství znamenají kulturní kompetence učení se novým vzorcům chování a následné efektivní uplatňování těchto naučených vzorců v praxi (Maňhalová, Tóthová, 2016, s. 79; Ptáček a kol., 2011, s. 31).

V dnešní době existuje mnoho ošetrovatelských modelů, které jsou zaměřeny na kulturní hodnocení klienta a získávání kulturních kompetencí. Tyto modely vycházejí převážně z transkulturního ošetrovatelství. Leininger, která se jako první zabývala péčí o klienty jiného etnika, označila kulturní kompetenci jako specifický pojem, který spadá pod transkulturní ošetrovatelství a zahrnuje nepřeborné množství schopností a dovedností. Josepha Campinha-Bacote, která je autorkou modelu kulturně kompetentní péče, definovala dosažení kulturních kompetencí jako proces, ve kterém zdravotník neustále usiluje o možnost pochopit kulturní kontext klienta, včetně všech fenoménů, které jej obklopují. Purnell a Paulanka svou definici kulturních kompetencí dále specifikují na rozvoj vlastní schopnosti přizpůsobovat ošetrovatelskou péči klientům. Upozorňují na filozofii zaměřenou na samotnou existenci člověka, jeho způsob myšlení a chování. Poukazují na skutečnost, že se musí jednat o vědomý proces, aby bylo poskytování vhodných kulturních kompetencí žádoucí (Týleová, 2016, s. 28; Maňhalová, Tóthová, 2016, s. 79).

2.2 Model kulturních kompetencí dle Larryho D. Purnella

Model kulturních kompetencí dle Purnella začal vznikat v roce 1991, kdy autor modelu pracoval jako univerzitní pedagog v Delaware. Během své pedagogické praxe měl možnost sledovat ošetrovatelskou péči nejen svých studentů v rámci odborné praxe, ale i zaměstnanců nemocnice. U obou skupin pozoroval silně etnocentrické chování ke klientům odlišné kultury a nedostatek kulturní citlivosti. Uvědomil si, že je nutné, aby všichni poskytovatelé zdravotní péče znali svou kulturu a kulturu svých klientů, pokud chtějí porozumět potřebám svých pacientů a poskytnout jim kvalitní péči. Purnellův model nabízí holistický pohled na klienta odlišné kultury. Obsahuje specifické otázky, které pomáhají definovat odlišnosti jednotlivých kultur. Lze ho aplikovat na všechny etnické skupiny. Své uplatnění nachází ve všech sférách zdravotní péče. Model podporuje induktivní a deduktivní myšlení při posuzování kultury klienta. Jakmile zdravotník dokončí analýzu kulturní oblasti, může zvolit takový způsob ošetrovatelské péče, který respektuje klienta a jeho kulturu a tím významně zlepšit kvalitu poskytované péče. Purnellův model pracuje s přesvědčením, že jedna kultura není lepší jak druhá, pouze jsou odlišné (Uričková, 2012, s. 5; Purnell, 2002, s. 193).

Purnell uvádí seznam předpokladů, na kterých je Model kulturních kompetencí postaven:

- všichni zdravotníci potřebují podrobné informace o kulturní rozmanitosti,
- všichni zdravotníci sdílejí metaparadigmatické koncepty globální společnosti,
- jedna kultura není lepší než druhá, jsou jen rozdílné,
- všechny kultury sdílí podstatu podobností,
- kultury se pomalu mění postupem času ve stabilní společnosti,
- jakmile klienti spolupracují v léčebném procesu, výsledky zdravotní péče jsou mnohem lepší,
- jedinci a rodiny patří k rozdílným kulturním skupinám,
- každý člověk má právo být respektován pro svou kulturní jedinečnost,
- zdravotníci potřebují kompletní kulturní informace, aby mohli naplánovat kulturně kompetentní péči,
- zdravotníci, kteří dokážou plánovat péči o klienta kulturně kompetentním způsobem, zlepší kvalitu poskytované péče,
- předsudky vůči jiným kulturám se mohou zmírnit pochopením dané kultury,
- poznávání kultury je pokračujícím procesem a uskutečňuje se díky kulturním střetům (Purnell, 2002, s. 194, Uričková, 2012, s. 4).

2.2.1 Struktura modelu

Koncepty, které tvoří strukturu Purnellova modelu se příliš neliší od těch, které popisuje Leininger v modelu Vycházejícího slunce. Purnellův model je složen ze dvou skupin faktorů, které jsou označeny jako makro a mikro aspekty. Model zahrnuje komunikaci, vývoj rodiny, antropologii, sociologii, psychologii, anatomii, biologii, ekonomii, ekologii, historii, farmakologii a politologii (Uričková, 2012, s. 4; Purnell, 2002, s. 195).

Makro úroveň tohoto modelu popisuje globální společnost, komunitu, rodinu a osobu. *Globální společnost* zahrnuje globální komunikaci, politiku hospodářství, vzdělávání, technologie, pokroky v medicíně, možnosti cestování. Zahrnuje události, které jsou přenášeny médii, tiskem a informačními technologiemi. Tyto události ovlivňují všechny členy společnosti ať přímo nebo nepřímo, vytváří chaos, protože nutí lidi měnit zavedený styl života, pohled na svět (Uričková, 2012, s. 4, Purnell, 2005, s. 10).

Komunitu lze obecně definovat jako skupinu lidí, žijící ve stejné lokalitě, která sdílí stejné hodnoty, zájmy nebo identitu. Komunita zahrnuje fyzické, sociální a symbolické znaky. Příroda, město, vesnice dokonce i železniční koleje pomáhají lidem stanovit jejich fyzické pojetí komunity. Víra, politika, věk, rodinný stav vymezují sociální vnímání komunity. Do symbolických znaků komunity patří společný jazyk, životní styl, historie, móda, umění. Lidé uvnitř komunity se navzájem ovlivňují ať už aktivně či pasivně (Purnell, 2005, s. 11).

Rodinu tvoří dva a více lidí, kteří jsou emocionálně propojeni. Mohou žít v těsné blízkosti, ale nemusí tomu tak být. Rodina může zahrnovat fyzicky a emocionálně blízké nebo vzdálené pokrevní příbuzné a fyzicky či emocionálně blízké osoby, které jsou pro člověka důležité, ale nejsou pokrevními příbuznými. Struktura a funkce rodiny se liší (Uričková, 2012, s. 4, Purnell, 2005, s. 10).

Osoba je vnímána jako bio-psycho-sociálně-kulturní bytost, která se neustále přizpůsobuje svému okolí. Lidská bytost se přizpůsobuje biologicky a psychicky tím jak stárne. K psychickým změnám dochází v kontextu sociálních vztahů, stresu a relaxace (Purnell, 2005, s. 11).

Zdraví zahrnuje fyzický, duševní a mentální stav. Pojem zdraví prostupuje všemi metaparadigmatickými pojmy o kultuře. Je definován celosvětově, národně, regionálně, lokálně a individuálně. Lidé mohou mluvit o svém zdravotním stavu, nebo o zdravotním stavu komunity nebo národu. Vnímání zdraví může být subjektivní nebo objektivní (Purnell, 2005, s. 11).

Mikro úroveň modelu tvoří dvanáct domén, které slouží k podrobnému posouzení kulturních atributů jedince, rodiny nebo skupiny lidí. Tyto domény jsou hodné pro všechny kultury, subkultury a etnické skupiny. Jednotlivé domény jsou vzájemně propojené a mají značný dopad na zdraví člověka (Purnell, 2002, s. 195).

Ke dvanácti doménám Purnellova modelu patří:

- *Přehled a topografie* – zahrnuje informace týkající se místa původu, bydliště, vzdělání, ekonomickou a politickou situaci, důvod přestěhování se.
- *Komunikace* – zahrnuje dominantní jazyk, nářečí, intonaci, ochotu sdílet své myšlenky, hlasitost projevu, oční kontakt, mimiku, gesta, přijatelný pozdrav atd.
- *Rodina* – popisuje rozdělení rolí v rodině, vnímání rodičovství, výchovné praktiky, postavení starších členů v rodině, názory na alternativní životní styl, sexuální orientaci, názor na rozvod, problematiku bezdětného manželství.
- *Zaměstnání* – zahrnuje položky týkající se nezávislosti, gender, autonomie.
- *Biokulturní ekologie* – popisuje jednotlivé změny rasového nebo etnického původu. Mezi tyto variace patří zbarvení pokožky, fyzické rozdíly ve stavbě těla, genetické a topografické onemocnění.
- *Vysoce rizikové chování* – popisuje problematiku kouření, užívání drog, alkohol, absenci fyzické aktivity, nadměrnou spotřebu kalorií (obezitu), absenci používání bezpečnostních pomůcek (např. bezpečnostní pásy v autě).
- *Výživa* – zahrnuje výběr potravin, význam stravy, rituály a tabu ve stravování, užívání jídla k podpoře zdraví a prevenci nemoci.
- *Těhotenství a praktiky porodu* – zahrnuje názory na těhotenství a porod, přijatelné způsoby početí včetně alternativních metod početí, metody antikoncepce v souladu s kulturou, tabuizované témata, ale i rituály spojené s porodem a šestineděním.
- *Rituály a smrt* – popisuje postoj jedince nebo celé kultury ke smrti, rituály přípravy na smrt, eutanázii a pohřební zvyky.
- *Spiritualita* – obsahuje náboženské praktiky, rituály spojené s vírou, modlitby.
- *Zdravotnické praktiky* – obsahuje zaměření na zdravotní péči, tradiční a biomedicínské léčebné metody, postoj k duševním chorobám, rehabilitaci, dárcovství orgánů. Dále do této domény patří reakce na bolest, individuální zodpovědnost za zdraví a samoléčba.
- *Poskytovatel zdravotnické péče* – poslední doména se zabývá využíváním a vnímáním zdravotní péče s pohledu tradičního léčitelství, magicko-náboženské péče. Dále

upozorňuje na to, že některé kultury kladnou důraz na pohlaví ošetřujícího lékaře (Prunell, 2002, s. 195; Uričková, 2012, s. 4-5).

2.2.2 Grafické znázornění modelu

Purnellův model je graficky znázorněn jako kruh, který obsahuje 4 vnitřní kružnice (viz. příloha A). Vnější kružnice zastupuje globální společnost, druhá kružnice komunitu, třetí kružnice rodinu a poslední vnitřní kružnice popisuje samotného jedince. Vnitřní kružnice je rozdělena na dvanáct rovnoúhelných dílů. Tyto díly graficky znázorňují dvanáct domén, které tvoří strukturu modelu. Tmavý střed kruhu reprezentuje neznámé jevy. Tyto díly graficky znázorňují dvanáct domén, které tvoří strukturu modelu (Purnell, 2002, s. 194).

3 VIETNAMSKÉ ETNIKUM

Tato kapitola je zaměřená na vietnamské etnikum, které tvoří jednu z nejpočetnějších minorit žijících na území České republiky (ČR). K 31. 12. 2016 bylo na území ČR evidováno celkem 58 080 obyvatel hlásící se k vietnamské minoritě. Vietnam leží v jihovýchodní Asii, na východě poloostrova Zadí Indie při pobřeží Jihočínského moře. Hlavním městem Vietnamu je Hanoj. Oficiální název státu je Vietnamská socialistická republika. V republice vládne pouze jedna politická strana a to Komunistická strana Vietnamu, jiné politické strany či sdružení v zemi oficiálně neexistují. Počet obyvatel Vietnamu v roce 2017 překročil 95 milionů. Díky tomu tvoří 13. nejlidnatější zemi světa. Ve Vietnamu žije okolo 53 národnostních menšin, které jsou různě veliké a žijí převážně v horských oblastech. Tito lidé mají mizivou šanci na vzdělání a přístup ke zdravotní péči. Úředním jazykem je vietnamština, dále se zde můžeme setkat s čínštinou, angličtinou, ruštinou a u starší generace také s francouzštinou (CZSO, 2016; Moudilou-Mouanga, 2018, s. 24).

Vietnamci v současné době migrují do České republiky převážně z ekonomických a sociálních důvodů. Jejich snahou je zabezpečit dobrou životní úroveň nejen pro sebe a své děti, ale i pro rodinu žijící ve Vietnamu. Styky mezi Vietnamskou demokratickou republikou a Československem byly navázány v roce 1950. Jednalo se o vzájemnou družbu v rámci komunistického bloku. První Vietnamci přicházeli na území ČR od roku 1956 a to v několika vlnách. Nejprve přijížděli studenti a stážisté za vzděláním a pak dělníci, kteří zde zakládali své rodiny. Na základě mezistátních smluv přicházelo do ČR od roku 1970 z chudé a válkou postihnuté země tisíce mladých Vietnamců, nejprve do učebních oborů, později na vysoké školy. Přicházeli především ze severní části Vietnamu. Hanoj adepty přísně třídila. Museli projít řadou zkoušek, prokázat špičkové výkony a disciplínu. Kdo vykazoval v ČR špatné výsledky či morálku, musel se neprodleně vrátit zpět do země. Po roce 1989 státem řízený import končí. Přesto čerstvě svobodná země nadále Vietnamce lákala. O tom, koho Hanoj pustí do České republiky, rozhodovalo štěstí na úřadech, nebo úplatky. Po roce 1989 se sociální struktura Vietnamců na našem území mění. Mezi lety 1990-1991 dostávali mnozí pracovníci odstupné, z důvodu rušení závodů a ekonomické transformace nemohli být dále zaměstnáni. Řada z nich tuto situaci využila k založení živnostenského listu a začala podnikat, což jim umožnilo na území ČR zůstat. Díky tomu se řada z nich stala vůdčími osobnostmi společenského a podnikatelského života vietnamské komunity (Kutnohorská, 2013, s. 109; Tóthová, 2010, s. 46).

Vietnamci jsou příslušníky mongoloidní afinity. Mají charakteristickou drobnou a útlu postavu. Mezi specifické znaky patří drobný plochý nos, černé lesklé vlasy, šikmé položení

očních štěrbin. Vietnamská kultura je vnímána jako jedna z nejstarších v regionu jihovýchodní Asie. Má za sebou bohatou kulturní historii a byla vystavena mnohým filozofickým a duchovním vlivům. Ve Vietnamu se nachází několik náboženských směrů, které se navzájem prolínají. Svůj základ čerpají v dávné historii. Nejvíce obyvatel se hlásí k buddhismu, své zastoupení má i konfucianismus, taoismus a v malé míře zde můžeme narazit na zástupce křesťanské víry. Animismus se vyskytuje především u horských kmenů. Hlavní zásada buddhismu říká, že rodinná jednota je důležitější než jednotlivec. Vietnamská společnost je založena na pevných rodinných vztazích. Blízkou rodinu chápou velmi široce, nezahrnují do ní pouze své děti, rodiče a prarodiče. Děti jsou vedeny k respektu vůči svým rodičům. Ve vietnamské kultuře převládá patriarchální struktura rodiny. Hlavou rodiny je její nejstarší mužský příslušník, který rozhoduje o veškerém dění v rodině. Většinou se jedná o nejstaršího syna, který je povinen dodržovat závazky vůči předkům a církvi. Zároveň se musí postarat o své rodiče ve stáří a nemoci. Nejstarší syn většinou dědí veškerý rodinný majetek. I když ženy mají ve Vietnamu stejná práva jako muži, nejsou tolik privilegované. Na vesnicích se ženy po svatbě stěhují do rodiny manžela, kde pečují o domácnost a děti. Jakmile se žena stane matkou, může mít v některých rodinách sekundární sílu, hned po svém manželovi. A to v čase, kdy je manžel mimo domov. Žena očekává od svých dětí respekt a poslušnost. Ve vyspělých městech se tyto tradice již příliš nedodržují (Kutnohorská, 2013, s. 109; Kelnarová, Matějková, 2014, s. 87; Tóthová, 2010, s. 109).

Vietnamci kladou důraz na nezávislost a vzdělání svých dětí mnohem více než Češi. Není výjimkou, že za studium alespoň prvorozeného dítěte utratí veškeré své finanční prostředky. Od malička jsou děti vedeny k tomu, aby byly ve škole úspěšné. Vyšší vzdělání je chápáno jako cesta k dobrému zaměstnání a k lepší životní úrovni. Rodiče během výchovy dětí dbají na dodržování pravidel slušného chování (např. je učí nezatěžovat okolí stížnostmi na své problémy). Vietnamci dále považují za nezdvořilost otevřenou kritiku, nebo citové projevy mileneckých párů na veřejnosti. Za nezdvořilost považují podání předmětu jednou rukou, Vietnamci podávají předměty zásadně oběma rukama, tím dávají najevo, že si člověka váží. Vietnamci dbají na styl oblékání. Chodí vždy čistě a slušně oblečení, tím ukazují navenek slušné vychování (Kutnohorská, 2013, s. 109; Kelnarová, Matějková, 2014, s. 87; Průcha, 2010, s. 181).

Významným rysem vietnamské komunity je její uzavřenost, která má několik příčin. Mezi hlavní důvody můžeme zařadit velké kulturní rozdíly mezi vietnamskou minoritou a českou majoritní společností a jazykovou bariéru. Vietnamci k nám přichází ze zcela odlišného kulturního prostředí. Po příjezdu zažívají kulturní šok, který pramení z odlišnosti kultur.

V České republice seskupuje vietnamskou komunitu občanské sdružení Hanoi, které se zabývá propagací vietnamské kultury a pořádá nejrůznější kulturní a vzdělávací akce pro všechny přátele Vietnamu. Cílem sdružení je propagace vietnamské kultury. Vietnamci, kteří se přistěhovali do ČR, přizpůsobují svou kulturu českým podmínkám, ale i na našem území slaví své významné svátky a praktikují náboženské rituály. Mezi nejvýznamnější vietnamský svátek můžeme zařadit Lunární nový rok, který je pro ně spojením silvestra, Vánoc a Velikonoc. Kulturní specifika příslušníků vietnamského etnika se nejvíce dotýkají oblastí stravování, péče o umírající, porodu a šestinedělí (Kutnohorská, 2013, s. 109; Hubertová, 2016, s. 9; Pechová, Martínková, 2011, s. 373; Purnell, 2008, s. 64).

3.1 Zdraví a životní styl

Vietnamci jsou zvyklí být závislí na rodině a tradičních zdrojích. Zřídka vyhledávají lékařskou péči. Odbornou zdravotní péči hledají až ve chvíli, kdy vyčerpají vlastní alternativní zdroje. Užívají různé čaje, bylinky, domácí léky. To může mnohdy vést ke zhoršení zdravotního stavu a vzniku zdravotních komplikací. Jakmile však začnou konzultovat svůj zdravotní stav s lékařem či zdravotní sestrou, většinou spolupracují a respektují moudrost zdravotnického personálu. Hospitalizace je vnímána jako poslední možnost a je akceptována jen v případě, že všechny alternativní metody selhaly. Vietnamci preferují rovnováhu sil jing a jang. Jang zastupuje světlo, teplo a sucho zatím co jing zastupuje tmu, vlhko a chlad. Věří, že sály jing a jang ovlivňují rovnováhu mezi zdravím a nemocí. Zdraví vnímají jako rovnováhu mezi teplem a chladem. Nerovnováha těchto atributů způsobuje nemoc. Vietnamci velmi dbají na svou hygienu. Během hospitalizace si ji raději provádějí sami nebo za pomoci rodinného příslušníka stejného pohlaví. Zachování soukromí je důležitým bodem při poskytování péče vietnamským klientům. Vietnamští pacienti si většinou sami nepožádají o analgetika, bojí se vybudování závislosti a vedlejších účinků léků (Purnell, 2008, s. 65).

Stravovací návyky jsou součástí životního stylu Vietnamců. Kuchyně je velmi pestrá a regionálně se liší. Vietnamská kuchyně má velmi blízko k čínské kuchyni. Přesto má vietnamská kuchyně svá specifika. Jedním z hlavních rozdílů je, že hodně pracuje s čerstvou zeleninou a čerstvými bylinkami. Dvě suroviny jsou pro vietnamskou kuchyni klíčové. A to nudle a rýže. Nudle se jí suché či v polévkách. Vyrábějí se v různých tloušťkách. Mohou se jíst ke snídani, obědu či večeři. Vyrábí se buď z pšenice, nebo rýže. Z masa Vietnamci vyhledávají hlavně ryby a drůbeží maso. Vietnamci jedí třikrát denně, kdy oběd a večeře tvoří hlavní jídla. Vietnamci nepřijímají nic studeného ústy. Mléčné výrobky požívají jen

sporadicky, věří, že způsobují střevní obtíže. K pití mají nejraději čistou vodu pokojové teploty nebo neslazený bylinkový čaj. V oblasti kouření je zajímavé, že více než polovina Vietnamců žijících v České republice kouří, avšak nekouří v domácím prostředí ani na pracovišti (Tóthová, 2010, s. 85; Kutnohorská, 2013, s. 112).

Vietnamské stolování má taktéž svá pravidla. Oběd trvá velmi dlouho a probírají se u něj zpravidla ty nejdůležitější otázky týkající se chodu domácnosti, obchodu atd. Jídla je nachystáno vždy více, než je člověk schopen sám sníst. Předpokládá se, že se nesní vše. Jídlo od hostitele se nikdy neodmítá. Na závěr se podává symbolicky rýže, která by se neměla už jíst, mohlo by to urazit hostitele. Pokud někdo u jídla řihá nebo mlaská, není to projevem neslušnosti, ba naopak se jedná o projev spokojenosti (Kutnohorská, 2013, s. 112).

3.2 Péče o umírajícího

Smrtí končí život každého z nás. Přichází dřív nebo později, nikoho však nemine. Vietnamci mají velkou úctu k umírajícím. Je pro ně typické, aby člověk umíral doma obklopen svou rodinou. Během hospitalizace je třeba se poradit s rodinou v otázce návštěvy duchovního. Ta má význam především u lidí s katolickým vyznáním. Obvykle ji Vietnamci spojují s posledními rituály v životě člověka. Vietnamci dávají přednost tradičnímu kostrovému pohřbu. Barvou smutku je bílá barva. Mnoho Vietnamců věří v reinkarnaci, kdy duše zemřelých příbuzných nadále setrvávají v blízkosti rodiny. Vzpomínky na zesnulého vrcholí v Den vzpomínek, který je vyhrazen pouze k uctívání zemřelého. Dalším dnem uctívání zesnulého je v den výročí jeho úmrtí. Se smrtí souvisí dva významné svátky. Svátek mrtvých, který je vždy pátý den třetího měsíce. V tento den si Vietnamci připomínají předky a navštěvují jejich hroby. Jedná se o období dne Památky zesnulých. Dalším významným svátkem je Den bloudících duší. Jedná se o druhý nejvýznamnější svátek ve Vietnamu, hned po oslavách příchodu Lunárního nového roku. Podle buddhistické tradice se vracejí duše zemřelých na zem, aby si užily pozemských radovánek. Každá rodina připravuje bloudícím duším oblíbené pokrmy a obětuje papírové předměty, které by zesnulí mohli potřebovat. Ve vietnamských domácnostech se v tento den oběti pokládají na domácí oltář. Hlavním úkolem je osvobození duší předků, kteří zemřeli nevhodným způsobem (sebevražda) nebo těch, kteří nezanechali mužského potomka, jenž by se staral o rodinný oltář (Purnell, 2008, s. 65; Pechová, Martínková, 2011, s. 376).

3.3 Porod a šestinedělí

Vietnamky prožívají těhotenství a porod velmi zodpovědně. Dbají na zdravou životosprávu. Součástí jídelníčku by měl být dostatek masa, vitamínů a vajec. Během těhotenství pečují o ženu celá rodina. Ženy dbají na dostatek odpočinku během gravidity. Namáhavá činnost je pro těhotnou ženu zcela nemyslitelná obzvláště v třetím trimestru těhotenství. Velmi často užívají posilující bylinky během gravidity. Pokud zdravotní sestra nevysvětlí gravidní ženě důležitost preventivních prohlídek, nebude je vyhledávat. Pakliže se rozhodne chodit na preventivní prohlídky, bude doprovázena svým manželem nebo jiným rodinným příslušníkem, kterého žena určí. Vietnamky se velmi bojí gynekologických prohlídek během těhotenství, zejména pak vaginálního vyšetření. Vietnamské ženy upřednostňují lékaře ženského pohlaví. Těhotné ženy si dopřávají tepelný komfort a dodržují speciální hygienické návyky, např. k čištění zubů používají slanou vodu. Těsně před porodem vykonávají Vietnamky rituály očisty, kdy se sami nebo v přítomnosti otce dítěte vykoupou (Minaříková, 2012, s. 37; Tóthová, 2010, s. 114).

Vietnamky jsou velmi citlivé na dodržování intimity, především v souvislosti s cizími muži. Odmítají jakékoliv agresivní zákroky, proto upřednostňují vaginální porod před císařským řezem. Nejraději by rodily v domácím prostředí v rodinném kruhu, uvědomují si však možná rizika, proto ve většině případů rodí v porodnici. Doprovází-li muž rodičku na porodní sál, je vhodné pozdravit nejprve ho. Rodičky trpí tíše a v soukromí, proto i když nenaříkají, musíme ženu uklidnit a nabídnout ji alternativní způsoby tlumení bolesti. Vietnamky vnímají projev bolesti jako zostuzení ženy. Bolest berou jako přirozenou součást porodu. Pokud se během porodu vyskytnou komplikace ať už ze strany matky či plodu, není vhodné sdělovat tuto skutečnost rodičce bez konzultace s manželem či jiným členem rodiny. Rodina si často nepřeje, aby byla rodička vystavována většímu stresu, než je nutné. Pokud by v případě úmrtí novorozence byla nutná pitva, zapojí se do diskuse celá rodina. Ve Vietnamu není těhotenství záležitostí pouze rodičů ale celé rodiny (Minaříková, 2012, s. 37; Kutnohorská, 2013, s. 113).

V šestinedělí ženy dodržují přísný klidový režim. Důležitý je hlavně spánek a odpočinek. Ženy omezují chůzi na minimum z důvodu správného zavinití dělohy. Vietnamské ženy se po porodu nekoupou, protože jim to jejich kultura zakazuje. Ruce si nemyjí ve studené vodě, chtějí tak předejít nachlazení. V souvislosti s porodem je zajímavý pohled Vietnamců na placentu, která je vnímána jako posilující lék. Po narození je dítě považováno za jeden rok staré. Většina Vietnamců si přeje mít prvorozené dítě chlapce, který převezme jednou zodpovědnost za celou rodinu. Vietnamky jsou velmi zodpovědné matky. S kojením začínají

až třetí den po porodu, protože považují kolostrum za nečisté. Zdravotní personál by se neměl dotýkat hlavičky novorozence. Vietnamci věří, že hlava je posvátná, proto je vhodné se této oblasti zcela vyhnout (Tóthová, 2010, s. 114; Minaříková, 2012, s. 38).

4 INTERKULTURNÍ KOMUNIKACE

Lidská komunikace je součástí každodenního života. Jedná se o rozsáhlý proces, který je závislý na inteligenci, individuálních a sociálních zkušenostech a na psychice jedince. Komunikace je nedílnou součástí všech sociálních vztahů. Bez ní nemůže existovat žádná sociální skupina. Přispívá k uspokojování potřeby sociálního styku, pomáhá jednotlivcům začlenit se do skupiny. Komunikací označujeme proces, předávání a přijímání informací v mluvené, psané, či obrazové formě. Termín komunikace je odvozen z latinského slova *communicare*. Cílem komunikace je účinně a co nejpřesněji něco sdělit, zjistit, pobavit, přesvědčit či odradit. Komunikace v mluvené formě existuje pouze za přítomnosti konkrétních účastníků, v určitém čase a prostředí v jedinečných a obtížně opakovatelných situacích a má převážně dialogický charakter (Urban, 2008, s. 139; Linhartová, 2007, 11; Zacharová, 2016, s. 9-10).

V psychologii a medicíně komunikace neslouží pouze k přenosu informací mezi komunikátorem a komunikantem. Jde o sebe prezentaci, sebepotvrzování, vyjádření postojů k předmětu, ke komuniké, ale i k příjemci informace. Jde o různou úroveň ovlivňování, působení, znesnadňování či usnadňování porozumění. Zdravotníci získávají komunikací informace o klientovi, které slouží k plánování péče i k edukaci klienta. Během komunikace zdravotnického personálu s klientem je nezbytné, aby zdravotnický personál získal důvěru u svých klientů, která může posilovat otevřenou komunikaci. Porodní asistentka, ale i ostatní nelékařský personál může uplatnit dva komunikační styly během rozhovoru s klientem. První styl je *Symetrický* – který zdůrazňuje rovnováhu mezi klientem a zdravotníkem. Oba mají v komunikačním procesu stejná práva a rovnoměrně se střídají v roli hovořícího a posluchače. Oba účastníci komunikují na stejné úrovni a to nejen verbálně, ale i neverbálně. Druhý styl komunikace je *Asymetrický* – ten zdůrazňuje vztahovou nerovnost, závislost klienta na zdravotnickém personálu. V komunikaci převládají příkazy, zákazy a doporučení, které vyvolávají dominanci v interakci. Charakteristickým znakem je rozpor v neverbální komunikaci. Současné ošetřovatelství je zaměřené na aktivního klienta, to znamená, že klient neplní jen roli pasivního příjemce péče. Ošetřovatelská péče je účinná jen tehdy, když se plní podmínky symetrického vztahu mezi zdravotníkem a klientem (Zacharová, 2016, s. 9-13; Tóthová, 2014, s. 175).

Zdravotníci se během výkonu povolání často setkávají s příslušníky jiných kultur. Komunikaci s příslušníkem jiného etnika označujeme jako interkulturní komunikaci. Průcha (2010, s. 16) definuje interkulturní komunikaci jako: „*Procesy interakce a sdělování*

probíhající v nejrůznějších typech situací, při nichž jsou komunikujícími partnery příslušníci jazykově a kulturně odlišných etnik, národů, rasových či náboženských společenství. Tato komunikace je determinována specifičností jazyků, kultur, mentalit a hodnotových systémů komunikujících partnerů“. Jako příklad uvádí komunikaci mezi Čechy a Vietnamci, Čechy a Romy a Čechy a Slováky. Všechna zvolená etnika žijí na území České republiky. Ve všech případech dochází k interkulturní komunikaci, avšak s rozdílnou charakteristikou. Komunikace mezi Čechy a Vietnamci je silně determinována jak odlišností jazyků, tak kulturními odlišnostmi. V komunikaci mezi Romy a Čechy vezmeme-li v potaz, že Romové mluví Česky, dochází pouze ke kulturní odlišnosti. Naopak mezi Čechy a Slováky je kulturní odlišnost minimální, významnější může být odlišnost jazyková (Průcha, 2010, s. 16).

Cílem interkulturní komunikace je dosáhnout efektivní komunikace s klientem jiného etnika. To znamená, že klient rozumí obsahu sdělení a dokáže nám poskytnout adekvátní zpětnou vazbu. Efektivní komunikace má sociální, myšlenkový a citový vliv na lidi. Vyžaduje dostatek znalostí a patřičnou etickou výbavu. Etický rozměr komunikace nás vtahuje do života a probouzí v nás pocity morální integrity, hodnoty a důstojnosti. Tento etický rozměr má velký význam v ošetrovatelství. Nemocný člověk je výrazně citlivý ke komunikačním faulům. Komunikace může pomoci léčit, ale může i velmi ublížit. Ve zdravotnictví se zdůrazňuje empatický přístup ke klientům, kdy empatie tvoří složku efektivní komunikace. S komunikací s klientem jiného etnika se váže pojem komunikační bariéra. Tu způsobuje jazyková bariéra mezi klientem jiného etnika a zdravotníkem. Jazyková bariéra může způsobit nedorozumění mezi komunikujícími stranami a tím zapříčít to, že komunikace nebude efektivní. Komunikační bariéra může vyvolat v klientovi frustraci, pocity úzkosti, hněv, strach, smutek a mnoho dalších projevů, které upozorňují na to, že nejsou uspokojeny potřeby jistoty a bezpečí, jež jsou zařazeny do Maslowovi hierarchie potřeb (Kutnohorská, 2013, s. 66-67; Průcha, 2010, s. 17).

Neexistuje vhodný návod, jak komunikovat s klientem jiné národnosti. Komunikovat lze verbálně, ale také neverbálně. Komunikovat s cizincem můžeme přes zprostředkovatele nebo pomocí pomůcek (obrázky, slovník, film atd.). Každá kultura má své komunikační odlišnosti. Do způsobu komunikace se promítají vlastní hodnoty a vnitřní normy. Pro úspěšnou interkulturní komunikaci je tedy nutné znát kulturní specifičnost komunikace a měla by se dodržovat komunikační etiketa. Do komunikační etikety obecně patří podání ruky a úsměv. Největší kulturní rozdíly zaznamenáváme zejména v souvislosti s osobním prostorem, očním kontaktem, četností dotyků. Klient si mnohdy nepamatuje, co mu bylo sděleno, ale vždy si

pamatuje, jak se při rozhovoru se zdravotníkem cítil. Literatura uvádí několik doporučení, jak komunikovat s lidmi z odlišného kulturního prostředí. Mezi základní doporučení patří:

- zjistit, zda je komunikace možná ve třetím jazyce (angličtina, ruština),
- mluvit pomalu a zřetelně artikulovat,
- používat gesta, obrázky, piktogramy,
- používat jednoduché věty,
- sledovat neverbální projevy strachu, úzkosti, bolesti,
- vyhýbat se odborným výrazům,
- využít možnost tlumočnicka, nejlépe klinického tlumočnicka (Šimonová, 2012, s. 115; Kutnohorská, 2013, s. 66-67).

4.1 Verbální komunikace

Největší vymožeností lidstva je řeč. Ta umožňuje vzájemnou výměnu informací, názorů a zkušeností. Verbální komunikace rozumíme vyjadřování pomocí slov prostřednictvím jazyka, může být přímá nebo zprostředkovaná, mluvená nebo psaná. Pokud klient jiného etnika není schopen díky jazykové bariéře vyjádřit své potíže, popsat problémy a porozumět instrukcím, dochází k neuspokojování základní potřeby komunikace. Zdravotní personál by měl vnímat nejen obsah toho, co klient/klientka říká, ale i jakým stylem to říká. Měli by si všimnout obsahu humoru či agrese v mluvě. Velmi důležité je znát styl, jakým jednotlivé kultury mluví. Například *anglosaské* kultury považují přerušování řeči za velmi nezdvořilé. *Románské* kultury přerušování řeči akceptují, lidé mluví a zároveň poslouchají. Asijské kultury přerušují konverzaci chvílemi ticha. Odmlku může zdravotník vnímat tak, že pacient nerozumí obsahu rozhovoru. Ale asijský klient tímto dává najevo svůj respekt a naznačuje, že přemýšlí o případném doporučení léčby (Zacharová, 2016, s. 29; Kutnohorská, 2013, s. 68).

4.2 Neverbální komunikace

Termín neverbální komunikace skrývá širokou oblast toho, co signalizuje naše tělo beze slov, či spolu se slovy jako doprovod slovní komunikace. Ve zdravotnictví je neverbální komunikace důležitá, jak při znalosti, tak neznalosti jazyka, kterým hovoří klient jiného etnika. Lidé v cizím prostředí jsou velmi náchylní k projevům neverbální komunikace. Citlivost je zapříčiněna tím, že se klient dostává do zcela odlišného kulturního prostředí a taky je citlivost značně ovlivněna nemocí (Zacharová, 2016, s. 54).

- *Výrazy tváře* – jsou stejné bez ohledu na původ, kdy lidé shodně projevují radost, strach, hněv, smutek a překvapení. Výraz tváře má v celém světě stejný význam. Výrazy tváře jsou vrozené.
- *Pozdrav a podání ruky* – u většiny evropských kultur je podání ruky součástí pozdravu, navozením kontaktu, sympatie. U Rusů patří k potřesení ruky i polibek na tvář, V Japonsku je tělesný kontakt vnímán naopak jako nezdvořilost. Japonci se zdraví úklonem, člověk nejvyššího společenského postavení se ukloní nejméně a naopak.
- *Gestikulace* – je rovněž kulturně podmíněná. Jižní národy gestikulují více a severní méně. Také Asiaté gestikulují méně. Mnohá gesta mají svůj konkrétní význam.
- *Smrkání* – smrkání do kapesníku je doménou Američanů a Evropanů. Naopak Asiaté plivají nebo frkají. Vždy těm druhým to připadá neslušné. Tento rozdíl nachází své důvody v minulosti, kdy se v Evropě šířila nákaza tuberkulózy. Smrkání do kapesníků vzniklo jako obrana proti šíření této nemoci (Kutnohorská, 2013, s. 71).

4.3 Komunikace s vietnamskými klientkami

Oficiálním jazykem ve Vietnamu je vietnamština s dialekty Bac, Nam, Hue. Angličtina je druhým nejrozšířenějším jazykem, následuje francouzština a čínština. Vietnamština je, jako jediný z jazyků Asie běžně psána latinkou, stejně jako angličtina. Ve vietnamštině existuje řada slov, které mají stejný význam pro více jevů. Podle Purnella se například slovo „ano“ nepoužívá pouze k vyjádření souhlasu, ale může taky odrazit způsob vyhýbání se konfrontaci nebo touhu potěšit jinou osobu. Vietnamci si nechávají otevřený nesouhlas pro sebe, aby neurazili druhého člověka. Ve vietnamštině neexistuje tykání nebo vykání. Pokud chtějí být Vietnamci zdvořilí, učiní tak pomocí zdvořilostních slovních obrátů (Purnell, 2008, s. 64; Tóthová, 2010, s. 35).

Ošetřující personál by měl s klientkou vietnamského etnika mluvit vždy pomalu a používat co nejjednodušší slovní spojení. Důležité je, pamatovat na zpětnou vazbu. Vietnamky nám mohou přikývnout, ale nemusí nám rozumět. Je třeba si všimnout neverbálních projevů klientky. Bolest a obavy nedávají klientky najevo. Vietnamci vnímají projevy citů jako slabost a ztrátu sebeovládání, které je pro Vietnamce typické. K vietnamským klientům je třeba přistupovat tichým a trpělivým způsobem, začínat řeč nezávaznými společenskými hovory a mířit prvotní konverzaci k nejstaršímu členu skupiny (Purnell, 2008, s. 65).

Během komunikace s Vietnamci si musíme dávat pozor na přímý oční kontakt, který se považuje za projev neúcty. Vietnamské ženy nerady mluví o sexu, porodech či antikoncepci obzvlášť v přítomnosti mužů. Svou neochotu konverzovat na tato témata projevují

chichotáním, krčením ramen či odvrácením zraku. Negativní emoce mohou být vyjadřovány tichem či zdráhavým smíchem. Úsměv může vyjadřovat radost, vyrovnanost ve chvílích těžkostí, omluvu za menší společenský prohřešek (Purnell, 2008, s. 64).

II. PRŮZKUMNÁ ČÁST

5 PRŮZKUMNÉ OTÁZKY

Na základě stanovených cílů průzkumu a studia odborné literatury byly stanoveny v diplomové práci na téma „Poskytování kulturně kompetentní péče“ následující průzkumné otázky.

Průzkumná otázka č. 1: Existují u klientek vietnamského etnika kulturní odlišnosti, které by mohly ovlivnit poskytovanou ošetrovatelkou péči?

Průzkumná otázka č. 2: Jak komunikují zdravotní sestry/porodní asistentky s klientkami jiného etnika, pokud je mezi nimi jazyková bariéra?

Průzkumná otázka č. 3: Jak respektují zdravotní sestry/porodní asistentky klientky jiného etnika?

Průzkumná otázka č. 4: Jaká je informovanost zdravotních sester/porodních asistentek o specifických multikulturního ošetrovatelství?

6 METODIKA PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Průzkumná část diplomové práce se skládá ze dvou částí. První část šetření je věnována rozhovorům s klientkami vietnamského etnika, které byly hospitalizovány v daném časovém období na gynekologicko-porodnickém oddělení vybrané nemocnice. Druhá průzkumná část je věnována dotazníkovému šetření, které proběhlo u zdravotních sester/porodních asistentek ve vybrané nemocnici ve Zlínském kraji.

6.1 Metodika první fáze průzkumného šetření

První část průzkumného šetření proběhla pomocí kvalitativní výzkumné metody, která pracuje s malým počtem respondentů, bez nároku na statistickou reprezentativnost. Pro sběr dat byla zvolena technika polostrukturovaného rozhovoru. Zvolená metoda umožnila kreativně dotvářet doplňující otázky během rozhovoru, což umožnilo získat podrobné informace o kulturních odlišnostech klientek vietnamského etnika (Kutnohorská, 2009, s. 23).

Vzorem pro tvorbu polostrukturovaného rozhovoru byl Model kulturních kompetencí dle Larryho D. Purnella. Otázky byly rozděleny do dvanácti oblastí (topografie, komunikace, role a organizace v rodině, problematika pracovních sil, biokulturní ekologie, vysoce rizikové chování, výživa, rituály smrti, spiritualita, praktiky zdravotní péče, poskytovatelé zdravotní péče, těhotenství) dle dvanácti domén modelu. Každá část byla složena z několika otázek. Celkem rozhovor obsahoval 119 otázek, které byly během rozhovoru dále rozvíjeny pro jeho maximální využitost.

Jednotlivé výpovědi respondentek byly nejprve fixovány pomocí audiozáznamu. Získaná data byla upravena tak, aby mohla být posléze provedena jejich analýza. Následoval přepis audiozáznamu do textové podoby tzv. transkripcí. Získaný text byl převeden do spisovného jazyka. Poté proběhl rozbor textu pomocí obsahové analýzy, kde byly vypuštěny věty, které nenesly žádnou podstatnou informaci pro výzkum. V další fázi bylo provedeno kódování dat. Pro lepší orientaci v textu bylo k označení jednotlivých položek použito barvení textu. Následně byly identifikovány hlavní významové kategorie a podkategorie (Tab. 6). Při interpretaci výsledků byly použity citáty respondentek ze získaných odpovědí, které jsou vyznačeny v textu kurzívou (Kutnohorská, 2009, s. 66).

6.1.1 Charakteristika zkoumaného vzorku

Pro výběr výzkumného vzorku byla zvolena metoda záměrného výběru. Tato metoda se neřídí pouhou náhodou, ale dochází během ní k cílenému výběru probandů s totožnými nebo velmi podobnými rysy. Průzkumný vzorek tvořily 3 ženy, které se hlásily k vietnamskému etniku. Vietnamská minorita byla vybrána z toho důvodu, že Vietnamci tvoří významnou složku naší

společnosti a jsou nám kulturně nejvzdálenější. Dalším kritériem pro zařazení žen do výzkumného šetření bylo, že respondentky byly starší 18 - ti let a musely aktivně mluvit česky.

Pro lepší orientaci byla vytvořena tabulka se základními identifikačními údaji respondentek. Každé respondentce bylo místo iniciálu přiřazeno jedno písmeno z abecedy.

Tabulka 1 Identifikační údaje respondentek

	A	B	C
Národnost	Vietnamská	Vietnamská	Vietnamská
Věk	50	23	43
Doba pobytu v ČR	18 let	Od narození	35 let
Zdravotní pojištění	Ano	Ano	Ano
Vzdělání	Základní	Vysokoškolské	Střední bez maturity
Rodinný stav	Vdaná	Svobodná	Vdaná

6.1.2 Průběh průzkumu

Šetření probíhalo od září do listopadu roku 2016. Sběr dat probíhal během hospitalizace žen na gynekologicko-porodnickém oddělení ve zdravotnickém zařízení ve Zlíně. Pro průzkumné šetření nebyla důležitá diagnóza, pro kterou byly ženy hospitalizovány. Všechny respondentky podepsaly před zahájením rozhovoru informovaný souhlas s výzkumem, kde byly seznámeny nejen s cílem výzkumného šetření, ale i s možností kdykoliv z výzkumu odstoupit.

6.2 Metodika druhé fáze průzkumného šetření

Druhá fáze šetření mapuje zkušenosti porodních asistentek s multikulturálním ošetřovatelstvím. Tato část výzkumu proběhla pomocí tištěné verze dotazníku vlastní konstrukce, který byl určen zdravotním sestřím/porodním asistentkám vybraného zdravotnického zařízení. Dotazník je rozdělený do tří částí. První část se zabývá identifikačními údaji respondentek, druhá část mapuje způsob komunikace porodních asistentek s klientkami jiného etnika a poslední část zkoumá znalosti probandek v oblasti multikulturální péče a jejich zájem o tuto problematiku. Dotazník obsahoval celkem 19 položek. Kromě uzavřených otázek s možností výběru jedné správné odpovědi byly v dotazníku použity i otevřené otázky, kde měly respondentky možnost napsat vlastní odpověď. Dotazník byl anonymní, probandky vyplňovaly pouze iniciály, vzdělání, délku praxe a oddělení na kterém pracují.

6.2.1 Charakteristika zkoumaného vzorku

Zkoumaným souborem byly zdravotní sestry/porodní asistentky, které pracovaly na gynekologicko-porodnickém oddělení ve vybraném zdravotnickém zařízení ve Zlíně.

Respondentky, které souhlasily s účastí ve výzkumu, vyplňovaly anonymně dotazník na oddělení, kde pracovaly. Celkem bylo rozdáno 90 dotazníků. Pro neúplnost vyplnění všech položek dotazníku bylo 8 dotazníků vyřazeno. Do dalšího zpracovávání bylo tedy zahrnuto celkem 82 (91,10%) dotazníků.

V úvodu dotazníku je položka, u které každá respondentka uvedla délku své profesní praxe. Otázka byla určena pro všechny zdravotní sestry/ porodní asistentky, které se zúčastnily výzkumného šetření. Otázka měla přiřazenou volbu otevřené odpovědi. Ze získaných dat byly vytvořeny intervaly délky profesní praxe respondentek. Z celkového počtu odpovědí byla nejvyšší hodnota přiřazena intervalu 6-10 let praxe, kterou uvedlo 30 (36,60 %) probandek.

Tabulka 2 Délka praxe respondentek

Délka praxe	ni	fi (%)
1 – 5 let	24	29,30 %
6 – 10 let	30	36,60 %
11 – 15 let	14	17,10 %
16 – 20 let	8	9,80 %
21 – 25 let	4	4,90 %
26 let a více	2	2,40 %
Celkem	82	100%

Další položka znázorňuje nejvyšší dosažené vzdělání zdravotních sester/porodních asistentek vybrané nemocnice. Celkem 56,10 % žen uvedlo vysokoškolské bakalářské vzdělání.

Tabulka 3 Vzdělání respondentek

Vzdělání	ni	fi (%)
Vyšší odborné vzdělání	26	31,70 %
Vysokoškolské bakalářské vzdělání	46	56,10 %
Vysokoškolské magisterské vzdělání	6	7,30%
Specializační vzdělávání	4	4,80%
Celkem	82	100%

Následující otázka mapuje oddělení, na kterém respondentky pracovaly v době výzkumného šetření. Otázka byla určena pro všechny zdravotní sestry/porodní asistentky, které se zúčastnily výzkumného šetření. Otázka měla uzavřené možnosti odpovědí. Nejvíce probandek pracovalo na novorozeneckém oddělení a to celkem 28 (34,10 %).

Tabulka 4 Oddělení nemocnice

Odpověď	ni	fi (%)
Oddělení gynekologie	15	18,30%
Oddělení šestinedělí	14	17,10%
Novorozenecké oddělení	28	34,20%
Porodní sál	16	19,50%
Stacionář	2	2,50%
Operační sály	7	8,50%
Celkem	82	100%

V závěru dotazníku je položka, u které každá respondentka uvedla svůj věk. Nejpočetnější skupinu tvořily ženy ve věkovém rozmezí 26-30 let, kterých bylo 33 (40,20%). Nejméně respondentek bylo ve věkovém rozmezí 51-60 let a 61 a více let.

Tabulka 5 Věk respondentek

Věk respondentek	n_i	f_i (%)
20– 25 let	21	25,60 %
26 – 30 let	33	40,20 %
31 – 55 let	14	17,10 %
46 – 50 let	8	9,80 %
51 – 60 let	1	1,20 %
61 let a více	1	1,20 %
Celkem	82	100%

6.2.2 Průběh průzkumného šetření

Průzkumné šetření probíhalo od září 2016 do prosince 2016 na gynekologicko-porodnickém oddělení ve zdravotnickém zařízení ve Zlínském kraji na základě odsouhlasení provedení výzkumu vedením nemocnice. Probandkám byly před vyplněním dotazníku podány informace o našem výzkumu a co je jeho cílem. Tedy zhodnotit jaké znalosti a zkušenosti mají vybrané zdravotní sestry/porodní asistentky v oblasti multikulturního ošetřovatelství.

6.2.3 Analýza dat

Výsledky průzkumného šetření byly zpracovány pomocí programů Microsoft Office Word 2007, Microsoft Office Excel 2007 a programu STATISTICA. Získaná data jsou prezentována prostřednictvím tabulek četností a grafů. Ve výsledcích jsou použity statistické veličiny absolutní četnost (n_i), která značí počet respondentek, které odpovídaly na danou položku v dotazníku a relativní četnost v procentech (f_i).

7 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Následující kapitoly jsou zaměřeny na prezentaci výsledků celého průzkumu.

7.1 Kvalitativní průzkum

Pro tuto část šetření byla zvolena technika polostrukturovaného rozhovoru. Vzorem pro tvorbu otázek byl Model kulturních kompetencí dle Larryho D. Purnella. Jednotlivé odpovědi byly fixovány pomocí audiozáznamu. Poté následoval přepis audiozáznamu do textové podoby tzv. transkripce. Získaný text byl převeden do spisovné češtiny. Pomocí obsahové analýzy byly vypuštěny věty, které nenesly žádnou podstatnou informaci. Pro lepší orientaci v textu bylo k označení jednotlivých položek použito barvení textu. V další fázi byla použita metoda „tužka papír“ pro kódování dat. Pro tvorbu jednotlivých kódů byla nejprve využita metoda otevřeného kódování dat. Otevřené kódování dat je prvotním analytickým procesem, kterým jsou jednotlivé pojmy identifikovány a rozvíjeny ve smyslu jejich vlastností. Dále následovalo axiální kódování dat, které vytváří spojení mezi kategoriemi a subkategoriemi. Jedná se o složitý induktivně - deduktivní proces o několika krocích, které jsou stejně jak u otevřeného kódování dat vykonávány prostřednictvím porovnávání a kladení otázek. Použití těchto postupů je cílené a objevení a následné rozvinutí kategorií ve smyslu jejich charakteristických vlastností a s nimi spojených paradigmatických vztahů (Kutnohorská, 2009, s. 66-67).

Následující tabulka zobrazuje přehled kategorií a podkategorií, které vznikly na základě otevřeného a axiálního kódování dat, které byly získány díky polostrukturovaným rozhovorům v kvalitativní části průzkumného šetření.

Tabulka 6 Seznam kategorií a podkategorií

Kategorie	Podkategorie
1. Přehled/topografie	A. Důvod migrace B. Vzdělání
2. Komunikace	A. Rodný jazyk B. Specifika komunikace
3. Role a organizace v rodině	A. Role mužů žen v rodině B. Sňatek
4. Problematika pracovních sil	A. Profese B. Pracovní morálka
5. Biokulturní ekologie	A. Osobní a rodinná anamnéza B. Kompenzační pomůcky
6. Vysoce rizikové chování	A. Návykové látky B. Ochrana zdraví
7. Výživa	A. Stravovací návyky
8. Rituály smrti	A. Péče o umírající
9. Spiritualita	A. Náboženství
10. Praktiky zdravotní péče	A. Alternativní medicína B. Bolest C. Dárcovství orgánů D. Interrupce
11. Poskytovatelé zdravotní péče	A. Preventivní prohlídky B. Intimita
12. Těhotenství/porod/šestinedělí	A. Specifika těhotenství B. Porod C. Šestinedělí

V následujících tabulkách jsou prezentovány jednotlivé kategorie a podkategorie, které vznikly díky otevřenému a axiálnímu kódování dat. Z důvodu zachování anonymity respondentek, bylo každé ženě místo iniciálu přiřazeno jedno písmeno z abecedy. Před samotným zahájením rozhovoru byly ženy poučeny, že mohou z průzkumu kdykoliv odstoupit nebo nemusí hovořit o tématu, které jim nebude příjemné. Z toho důvodu se v tabulce nachází kladný symbol „plus“ (respondentka o tématu hovořila) a záporný symbol „mínus“ (respondentka o tématu nehovořila).

Tabulka 7 Přehled/topografie

Kategorie/ podkategorie	Respondentky		
	A	B	C
1. Přehled/topografie			
A. Důvod migrace	+	+	+
B. Vzdělání	+	+	+

+ respondentka o tématu hovořila, - respondentka o tématu nehovořila

A. Důvod migrace

Jedna z prvních otázek rozhovoru se týkala důvodu migrace dotazovaných žen do ČR. Ze získaných odpovědí je patrné, že hlavním důvodem pro migraci byla snaha o zlepšení životní úrovně rodiny. Respondentka A se do ČR přestěhovala spolu s manželem a mladší sestrou. Děti nechaly nejprve ve Vietnamu, ty přicestovaly samy do ČR až o rok později. *„Děti jsme nechali rodičům, museli jsme zařídit nejprve práci a bydlení. „ Hledali jsme lepší podmínky pro náš život. Tady je všechno lepší, než doma ve Vietnamu a chtěli jsme dát lepší budoucnost dětem. Doma by neměly takové možnosti, jak tady“* (A). Respondentka B se narodila v České republice a Vietnam nikdy osobně nenavštívila. *„ Můj otec zde začal podnikat a matka je ženou v domácnosti“* (B). Poslední dotazovaná žena přijela do ČR spolu s rodiči, když byla ještě dítě. I je dohnala k migraci, tíživá ekonomická situace rodiny. *„Jen tak jsme se mohli postarat o rodinu ve Vietnamu.“*

B. Vzdělání

Dotazované ženy dosahovaly různého stupně vzdělání. Probandka A měla pouze základní vzdělání. Školní docházku absolvovala ve Vietnamu. *„Na další školu nebyly peníze. Musela jsem jít pracovat a pomáhat rodině“* (A). Respondentky B a C absolvovaly školní docházku v ČR. Respondentka B v současné době studuje na vysoké škole. Probandka C zahájila školní

docházku ve Vietnamu. „Bylo velmi těžké začít chodit do školy tady, jazyk mi dělal problémy“ (C).

Tabulka 8 Komunikace

Kategorie/ podkategorie	Respondentky		
	A	B	C
2. Komunikace			
A. Rodný jazyk	+	+	+
B. Specifika komunikace	+	+	+

+ respondentka o tématu hovořila, - respondentka o tématu nehovořila

A. Rodný jazyk

Podmínkou pro zařazení respondentek do výzkumu bylo, že musí mluvit plynule česky, proto během rozhovoru nedocházelo k vzájemné komunikační bariéře. Ze získaných informací dále vyplývá, že u dvou probandek byla rodným jazykem vietnamština, česky se naučily až během pobytu v ČR. Dotazovaná žena pod písmenem B se narodila v České republice, kdy její rodiče zde žili nějaký čas a naučili se celkem dobře česky. Proto na ní mluvili od malička jak česky, tak vietnamsky. Respondentka na závěr otázky dodává: „V současné době krom češtiny a vietnamštiny ovládám ještě anglický jazyk. To jistě ocení můj budoucí zaměstnavatel“ (B).

B. Specifika komunikace

Tato část rozhovoru byla zaměřena na specifika, která by se mohla objevit během rozhovoru s klientkou vietnamského etnika. Respondentky se shodují na tom, že nevyžadují žádnou speciální formu oslovení ani pozdravu. „Od cizích lidí mi stačí pozdrav dobrý den. S přáteli se zdravím podáním ruky s jemným potřesením“ (A). „S kamarády se zdravím stejně jako ostatní mi vrstevníci. Cizí lidi zdravím klasickou frází dobrý den“ (B). Poslední respondentka se liší od zbylých dotazovaných žen v pozdravu svých rodičů, kdy uvedla: „Své rodiče zdravím poklonem hlavy a vzájemně si sevřeme pevně dlaně“ (C).

Během rozhovoru mluvily ženy plynule a monotónně. Objektivně můžeme hodnotit vzorec řeči u probandek jako tichý a pomalý. Ženy si chránily osobní prostor. Pokud jim byl narušen, byla patrná nervozita ze strany respondentek. U respondentek A a C bylo možné sledovat sklopení očí při pohledu do obličeje, naopak respondentce B vzájemný oční kontakt nevedl.

Tabulka 9 Role a organizace v rodině

Kategorie/ podkategorie	Respondentky		
	A	B	C
1. Role a organizace v rodině			
A. Role mužů a žen v rodině	+	+	+
B. Sňatek	+	+	+

+ respondentka o tématu hovořila, - respondentka o tématu nehovořila

A. Role mužů a žen v rodině

Ve vietnamské rodině má muž vždy hlavní postavení. Tato tradice se ctí, i když mají ženy a muži stejná práva. Respondentky shodně uvedly, že muži se starají o finanční zabezpečení rodiny, zatím co ženy se starají o rodinný krb. Důležité organizační otázky probírají spolu například u večeře, kde celá rodina tráví i více jak hodinu denně pohromadě. Domácnost obývají pouze nejbližší členové rodiny, tedy rodiče a děti. Respondentky se shodují na tom, že velká část jejich rodiny zůstala ve Vietnamu. Z toho důvodu se nevidají, pouze udržují telefonický kontakt nebo si posílají dopisy.

B. Sňatek

Oslovené ženy nerespektují soužití muže a ženy bez manželského svazku. Pokud muž a žena nejsou manželé, nemůžou tvořit rodinu. Respondentka A reagovala na otázku soužití muže a ženy bez manželského svazku následovně: „*Během mého mládí nebylo možné soužití muže a ženy bez svatby. Pokud k tomu došlo, považovali to ostatní členové rodiny za zesměšnění rodu. Pokud svobodná žena otěhotněla, rodina jí sehnala jiný dům za městem a tam ji bez pomoci vyhnala.*“ Pokud by přišla dcera domů těhotná, musela by se hned vdát za otce dítěte. *Nesmířila bych se s tím, že je má dcera svobodnou matkou.*“ Respondentka C dodává: „*Zbylí členové rodiny by se na dceru dívali s opovržením. Považovali by ji za lehkou ženu.*“ Naopak respondentka B uvedla: „*Bydlím s přítelem už 6 měsíců, ale do budoucna bych se chtěla vdávat. V naší rodině všichni žijí v manželském svazku. Rodiče touto soužití respektují. Pokud bych teď otěhotněla, byl by to pro rodiče šok a i pro mě. Ale určitě by to s odstupem času přijali.*“

Tabulka 10 Problematika pracovních sil

Kategorie/ podkategorie	Respondentky		
	A	B	C
3. Problematika pracovních sil			
A. Profese	+	+	+
B. Pracovní morálka	+	+	+

+ respondentka o tématu hovořila, - respondentka o tématu nehovořila

A. Profese

Vietnamci jsou obecně vnímání jako velmi pracovití lidé. Proto neměly dotazované ženy sebemenší problém hovořit o svém zaměstnání. Probantky A a C pracují jako prodavačky. Obě pracují pod vedením svého manžela, který je zároveň majitelem obchodu. Respondentka A prodává oblečení, obuv a domácí potřeby. Probantka C prodává potraviny ve večerce. Respondentka B studuje prezenčně na vysoké školy. Studium ji znemožňuje zaměstnat se na stálo, proto k přivýdělku využívá možnosti příležitostních brigád. „*Ve volných chvílích a o prázdninách pracuji v call centru jako operátor. Jinak u nás doma pracuje jen taťka. Taťka vlastní rychlé občerstvení, kde tráví všechn svůj čas. Mamka ta zůstala doma a stará se o domácnost a zahrádku, kde pěstuje čerstvou zeleninu*“ (B).

B. Pracovní morálka

Vietnamci dbají na dochvilnost a přísnou pracovní morálku. Dotazované ženy se shodly, že do zaměstnání/školy chodí vždy s předstihem. „*Nevypadalo by dobře, kdybych otevřela obchod později, to by mohli utéct první zákazníci*“ (C).

Tabulka 11 Biokulturní ekologie

Kategorie/ podkategorie	Respondentky		
	A	B	C
5. Biokulturní ekologie			
A. Osobní a rodinná anamnéza	+	+	+
B. Kompenzační pomůcky	+	+	+

+ respondentka o tématu hovořila, - respondentka o tématu nehovořila

A. Osobní a rodinná anamnéza

Daná podkategorie zkoumá, zda oslovené ženy trpí alergiemi. Nebo zda se v rodinné anamnéze objevují genetické anomálie či jiná závažná onemocnění. Respondentky A a C uvedly, že jim doposud nebylo diagnostikováno žádné onemocnění ani alergie. Naopak respondentka B přiznala, že trpí alergií na venkovní traviny. Své potíže tlumí antihistaminiky. Co se týče rodinné anamnézy, tak respondentka A uvedla: „*U nás doma jsme všichni zdraví, jen má sestra, která žije ve Vietnamu, je vážně nemocná. Když byla mladá, najednou ochrnula a nikdo nezná důvod, od té doby leží doma v posteli a rodiče se o ni starají.*“ Respondentka B uvedla: „*Děda se léčí s cukrovkou, jinak jsme všichni v pořádku.*“ Probantka C uvedla: „*Má maminka zemřela před třemi lety na infarkt, jinak nikdo pravidelně k doktorovi nechodí, není k tomu důvod.*“

B. Kompenzační pomůcky

Respondentky A a B nepoužívají žádné kompenzační pomůcky, jako jsou brýle nebo naslouchátko. Naopak respondentka C uvedla: „*Před rokem jsem musela začít nosit brýle, špatně se mi četla malá písmenka.*“

Tabulka 12 Vysoce rizikové chování

Kategorie/ podkategorie	Respondentky		
	A	B	C
6. Biokulturní ekologie			
A. Návykové látky	+	+	+
B. Ochrana zdraví	+	+	+

+ respondentka o tématu hovořila, - respondentka o tématu nehovořila

A. Návykové látky

Vietnamci si obecně potrpí na zdravý životní styl, což potvrdily i oslovené ženy. Ani jedna respondentka nemá osobní zkušenost s drogami, vodní dýmku nebo žvýkacím tabákem, který je zejména u mladých lidí čím dál populárnější. Respondentka A uvedla: „*U nás doma já ani nikdo jiný nekouří. Neničíme si dobrovolně zdraví. Co se týče alkoholu, pijeme jej jen příležitostně. Občas si s manželem otevřeme na oslavu červené víno, ale jen k zvláštní příležitosti. Jinak doma alkohol vůbec nemáme.*“ Respondentka C je úplný abstinents, jak sama uvedla: *V minulosti jsem si občas dala skleničku alkoholu, ale nikdy mi to nechutnalo a vždy mě po alkoholu bolela hlava a tak už několik let nepiji alkohol vůbec. A cigarety taky nekouřím ani já ani nikdo doma.*“ Respondentka B je příležitostnou kuřáčkou, jak dodala: *Na párty si občas dám jednu cigaretu, ale rozhodně to není pravidlem, spíš si zakouřím v rámci kolektivu, ve kterém se nacházím. Spousta mých kamarádů je kuřáků. Alkohol piji jen příležitostně, doma jej nemáme skoro vůbec, maximálně během oslav narozenin a na Vánoce.*“

B. Ochrana zdraví

Všechny respondentky dbají o své zdraví a pravidelně sportují. Respondentka A uvedla: *Každé ráno vstávám v 5 hodin ráno a chodím před prací minimálně na čtyřkilometrovou procházku se svým psem. A do práce chodím taky pěšky. Dále jím hodně ovoce a zeleniny během dne, abych měla energii.*“ Respondentka C si dopřává pravidelný pohyb na kole a pravidelně navštěvuje lekce pilates. Respondentka dále uvedla: *Dbám na to, abych jedla zdravě. Velmi pečlivě si vybírám potraviny k jídlu. Dávám přednost čerstvé zelenině. Ovoce moc nejím, obsahuje moc cukru.*“ Poslední oslovená žena uvedla: „*Chodím minimálně tři dny v týdnu do posilovny. Dále miluji ovocné smoothie, které mi dělá mamka doma. Jím i hodně zeleniny, maminka ji pěstuje doma na zahradě, takže je vždy čerstvá, takovou v obchodě nekoupíte.*“

Tabulka 13 Výživa

Kategorie/ podkategorie	Respondentky		
	A	B	C
7. Výživa			
A. Stravovací návyky	+	+	+

+ respondentka o tématu hovořila, - respondentka o tématu nehovořila

A. Stravovací návyky

Stravovací návyky tvoří součást životního stylu Vietnamců. Vietnamská kuchyně je velmi pestrá. Vietnamci hodně pracují s čerstvou zeleninou a čerstvými bylinkami. Respondentky shodně uvedly, že mají výhrady k nemocničnímu stravování. Nevyhovuje jim, jak chutí, tak samotnou skladbou. Dvě suroviny jsou pro vietnamskou kuchyni klíčové. A to nudle a rýže. Nudle se jí suché či v polévkách. Vyrábějí se v různých tloušťkách. Mohou se jíst ke snídani, obědu či večeři. Dále hojně připravují ryby a drůbeží maso. Respondentky shodně uvedly, že připravované maso nesmí být tučné. K pití mají nejraději zelený čaj nebo čistou vodu. Čaje nijak nedochucují. „Čaj i koření si nechávám dovést z Vietnamu, když se tam někdo jede podívat, zdejší má takovou zvláštní chuť“ (A). Dále ženy uvedly, že nejí mléčné výrobky. Respondentky A a C se vyhýbají i pečivu. Z toho důvodu osloveným ženám nemocniční strava nevyhovuje, a nechávají si nosit jídlo z domova. „Často bývá problém s místem v lednici a na oddělení chyběla mikrovlnná trouba, kde by si své jídlo ohřála“ (B).

Tabulka 14 Rituály smrti

Kategorie/ podkategorie	Respondentky		
	A	B	C
8. Rituály smrti			
A. Péče o umírající	+	+	+

+ respondentka o tématu hovořila, - respondentka o tématu nehovořila

A. Péče o umírající

Vietnamci mají velkou úctu k umírajícím. Je pro ně typické, aby člověk umíral doma obklopen rodinou, proto často žádají o propuštění umírajícího do domácí péče. Většinou jim je ze stran nemocnic vyhověno. *„Lidé mají umírat tam, kdy žili celý život“* (A). Respondentka C uvedla: *„U nás ve Vietnamu člověk umírá doma se svou rodinou. Rodina se pak postará o rozloučení. Tělo doma zůstává maximálně den.“* Respondentka B uvedla: *„Věříme v reinkarnaci, duše člověka je stále s námi.“* Vietnamci upřednostňují pohřbívání zesnulého do země, což mělo význam hlavně v minulosti. Klientka A uvedla: *„V minulosti se ve Vietnamu ostatky po pár letech od pohřbu vytáhly a důkladně očistily. Pak byly znovu pečlivě uloženy do hrobu.“* Respondentky na závěr dodávají, že smuteční barvou ve Vietnamu je bílá, do které je zahaleno i tělo zesnulého.

Tabulka 15 Spiritualita

Kategorie/ podkategorie	Respondentky		
	A	B	C
9. Rituály smrti			
A. Náboženství	+	+	+

+ respondentka o tématu hovořila, - respondentka o tématu nehovořila

A. Náboženství

Ve vietnamské kultuře můžeme narazit na několik náboženských proudů. Mezi ty základní patří buddhismus, taoismus, konfucianismus a křesťanství. Všechny dotazované ženy vyznávají buddhismus, který ve Vietnamu převládá. Respondentky nevnímají buddhismus jako náboženství, ale spíše jako filozofický směr. Respondentky se modlí několikrát denně v nepravidelných intervalech. Nejčastěji se modlí za rodinu, přátele a zdraví. Na otázku zda potřebují něco k modlitbě, odpověděla respondentka A: „*Svou víru nosím v srdci, nemusím chodit nikam do chrámu a nepotřebuji ani oltář k modlitbě, mám vše, co potřebuji u sebe.*“ Se stejným názorem se ztotožňuje i respondentka C. Naopak respondentka B uvedla: „*Doma se modlíme pravidelně, často celá rodina spolu. Máme udělaný takový malý oltář.*“

Na otázku týkající se meditace odpověděly respondentky A a C shodně, že občas doma meditují. Respondentka B odpověděla: „*Mamka a sestra doma meditují, ale já ne. Nejde mi to, nemám na to trpělivost.*“

Tabulka 16 Praktiky zdravotní péče

Kategorie/ podkategorie	Respondentky		
	A	B	C
10. Praktiky zdravotní péče			
A. Léková anamnéza	+	+	+
B. Bolest	+	+	+
C. Dárcovství orgánů	+	+	+
D. Interrupce	+	+	+
E. Styk s nemocným	+	+	+

+ respondentka o tématu hovořila, - respondentka o tématu nehovořila

A. Léková anamnéza

Respondentky A a C neužívají žádné léky pravidelně. Respondentka B užívá hormonální antikoncepci a v létě antihistaminika na alergii. Zdravotní problémy nejprve léčí alternativně, pomocí léčivých bylin, čajů nebo akupunktury. Farmakoterapii se nevyhýbají v případě, pokud to jejich zdravotní stav vyžaduje. „*Léky užívám, až mi je předepíše doktor, jinak se jim snažím vyhýbat*“ (A).

B. Bolest

Vietnamci nedávají najevo bolest, Projevy nemoci vnímají jako slabost. Neužívají tedy ani léky na bolest. Pokud se stává bolest nesnesitelnou, vyhledávají nejčastěji úlevovou polohu, masáží, teplých obkladů. U analgetik se obávají vedlejších účinků.

C. Dárcovství orgánů

Ani jedna respondentka není dárkyní krve. Tento jev nesouvisí s kulturou respondentek, jedná se o osobní postoj. *Respondentka A uvedla: „Ve Vietnamu darují krev mladé studentky, aby si přivydělaly.“* Ani jedna respondentka nemá negativní postoj k dárcovství orgánů a samy by orgán darovaly, pokud by to bylo pro člena rodiny.

D. Interrupce

Co se týče otázky interrupce, staví se všechny respondentky k této problematice záporně. Všechny zastávají názor, že nenarozené dítě má právo na život. „*Potrat neuznávám a to ani v případě, že je dítě nemocné. Každé dítě by mělo mít šanci se narodit*“ (A).

E. Styk s nemocným

Poslední část této kategorie se zabývala otázkou mentálního a chronického onemocnění u lidí. Kdy respondentka A uvedla: „*Vždy se snažím těmto lidem pomoci, když je potkám na ulici.*“ Respondentka B uvedla: „*Nemocní nebo postižení lidé mi nevadí, ba naopak je mi jich vždy líto a potkám-li třeba slepce na cestě, vždy mu ráda pomůžu.*“ Se stejným názorem se ztotožňuje i respondentka C.

Tabulka 17 Poskytovatelé zdravotní péče

Kategorie/ podkategorie	Respondentky		
	A	B	C
11. Poskytovatelé zdravotní péče			
A. Preventivní prohlídky	+	+	+
B. Intimita	+	+	+

+ respondentka o tématu hovořila, - respondentka o tématu nehovořila

A. Preventivní prohlídky

Všechny respondentky uvádí, že navštěvují pravidelné preventivní prohlídky. „*To ve Vietnamu není běžné, tam lidé chodí k lékaři, až když je jim opravdu zle*“ (C). Obvodního lékaře mají v dosahu bydliště, stejně tak gynekologa a zubaře. Pokud jsou nemocné, tak zahajují léčbu nejprve alternativními způsoby. Lékařskou pomoc vyhledávají v okamžiku, kdy alternativní medicína nezabírá. „*S nachlazením k lékaři nechodím*“ (B). Respondentky v době nemoci užívají bylinné čaje, ovoce a léčivé zábaly. **B. Intimita**

Respondentky uvedly, že primárně nevyhledávají lékaře stejného pohlaví. Ale lékařka je jim milejší. K lékaři chodí většinou bez doprovodu rodiny. „*Mluvím plynule Česky, nepotřebuji doprovod k lékaři. Vše si vyřídím sama.*“ (A). „*Manžel nemá většinou čas, jít se mnou k lékaři. Práce to nedovoluje a děti chodí do školy*“ (C).

Tabulka 18 Těhotenství

Kategorie/ podkategorie	Respondentky		
	A	B	C
12. Těhotenství/porod/šestinedělí			
A. Specifika těhotenství	+	-	+
B. Porod	+	-	+
C. Šestinedělí	+	-	+

+ respondentka o tématu hovořila, - respondentka o tématu nehovořila

A. Specifika těhotenství

Poslední část rozhovoru byla určena respondentkám, které mají vlastní zkušenost s těhotenstvím a porodem. Proto byla z této oblasti záměrně vynechána respondentka s písmenem B, která nebyla nikdy těhotná. Ve Vietnamu se těhotenství přikládá velký význam. Obvykle se o těhotnou ženu stará celá rodina. Vietnamky v těhotenství dbají na zdravou životosprávu, vyhýbají se namáhavé práci, pijí bylinné čaje, které podporují zdravý vývoj plodu. Vietnamky mají velký strach z vaginálního vyšetření během těhotenství, bojí se potratu. Ale preventivním prohlídkám se nevyhýbají.

B. Porod

Vietnamky upřednostňují přirozený porod. Je pro ně typické, že během porodu skrývají bolest. Ve vietnamské kultuře se projev bolesti považuje za slabost.

C. Šestinedělí

V poporodním období dodržují Vietnamky přísný klidový režim. Věří, že jejich organismus je po porodu natolik oslaben, že mohou velmi snadno onemocnět. Vietnamky se v šestinedělí téměř nekoupou. „*Žena po porodu si nesmí mýt ruce ve studené vodě*“ (A). Pokud je to nutné, dopřejí si teplou, ale velmi rychlou sprchu. Oblast hygieny může vést ke sporu mezi klientkou a porodní asistentkou, protože na odděleních šestinedělí se klade velký důraz na častou hygienu rodidel.

Vietnamky nesmí chodit po porodu ven. Pokud se přece jenom vydají na procházku nebo k lékaři, musí být teple oblečené a mít šátek přes hlavu. „*Po porodu žena nesmí jíst ryby, krevety, tučné maso*“ (C). Během šestinedělí polehávají, chodit smí pouze v předklonu. Věří, že uvedený styl chůze pomáhá ke správnému zavnutí dělohy. Na závěr respondentka A, která prožila první těhotenství ve Vietnamu, uvedla: „*U nás doma mi nebyla poskytnutá taková zdravotní péče, jako v České republice.*“

7.2 Vyhodnocení kvantitativního průzkumu

V následující kapitole jsou interpretovány výsledky dotazníkového šetření. V dotazníku vlastní konstrukce se nenacházely pouze uzavřené otázky s možností výběru odpovědi, ale i polootevřené otázky, kde respondentky mohly vepsat další odpověď či zcela otevřené otázky. U otevřených otázek v dotazníku byly jednotlivé odpovědi podrobeny obsahové analýze dat, která pomohla vytvořit jednotlivé kategorie, které se nejvíce podobaly odpovědím v dotazníku. K interpretaci jednotlivých dat byla využita popisná statistika pomocí tabulek četností a grafů v programu Microsoft Word a Microsoft Excel.

Otázka č. 3: O klientky jakého etnika se nejčastěji staráte na Vašem oddělení?

Cílem otázky bylo zjistit, se kterými klientkami jiné národnosti se dostávají sestry/porodní asistentky nejčastěji do kontaktu během výkonu své profese. Ženy mohly označit vícero možností odpovědi. Zde absolutní četnost n_o značí celkový počet získaných odpovědí na otázku a f_o značí v této položce relativní četnost v procentech. Z výsledků dat vyplývá, že nejvyšší zastoupení mají klientky slovenské národnosti 48 (45,30%). Výsledek není překvapujícím jevem. Se Slovenskou republikou nás pojí společná historie, kultura i tradice. Na druhém místě se umístily klientky vietnamského etnika 29 (27,40%). Dle ČSÚ patří Vietnamci k nejčastějším minoritám žijících na území ČR. Vietnamci jsou nám ze všech zastoupených minorit v tabulce kulturně nejvzdálenější. Nejmenší zastoupení měly shodně klientky německé a britské národnosti (CZSO, 2016).

Tabulka 19 Nejčastěji zastoupené etnikum klientek na oddělení

Odpověď	n_o	f_o (%)
Klientka německé národnosti	1	0,90 %
Klientka polské národnosti	3	2,80 %
Klientka slovenské národnosti	48	45,30 %
Klientka vietnamské národnosti	29	27,40 %
Klientka ruské národnosti	2	1,90 %
Klientka britské národnosti	1	0,90 %
Klientka romské národnosti	22	20,80%
Celkem	106	100 %

Otázka č. 4: Jaký je Váš postoj ke klientkám jiného etnika?

Následující položka stíní postoj vybraných sester/porodních asistentek ke klientkám jiného etnika. Celkem 65 (79, 30%) respondentek uvedlo, že nedělá rozdíly mezi klientkou české národnosti a klientkou jiné národnosti. Tento výsledek by se mohl zdát na první pohled uspokojivý, avšak klientky jiné národnosti potřebují více pozornosti než majoritní skupina obyvatel. Mnohdy dochází ke komunikační bariéře mezi klientkou a zdravotníkem. Taktéž každá kultura vyjadřuje své pocity a obtíže jinak. Jako příklad mohou posloužit klientky vietnamského etnika, které nedávají najevo bolest a raději ji skrývají. Proto je potřeba klientkám odlišné kultury věnovat mnohem více pozornosti během poskytování odborné péče. Celkem 8 (9,80%) respondentek uvedlo, že jim je nepříjemné pečovat o klientky jiné národnosti. Tato nevole může být způsobená strachem z komunikační bariéry mezi zdravotníkem a klientkou jiného etnika, nebo nedostatečnou znalostí specifik kulturně kompetentní péče.

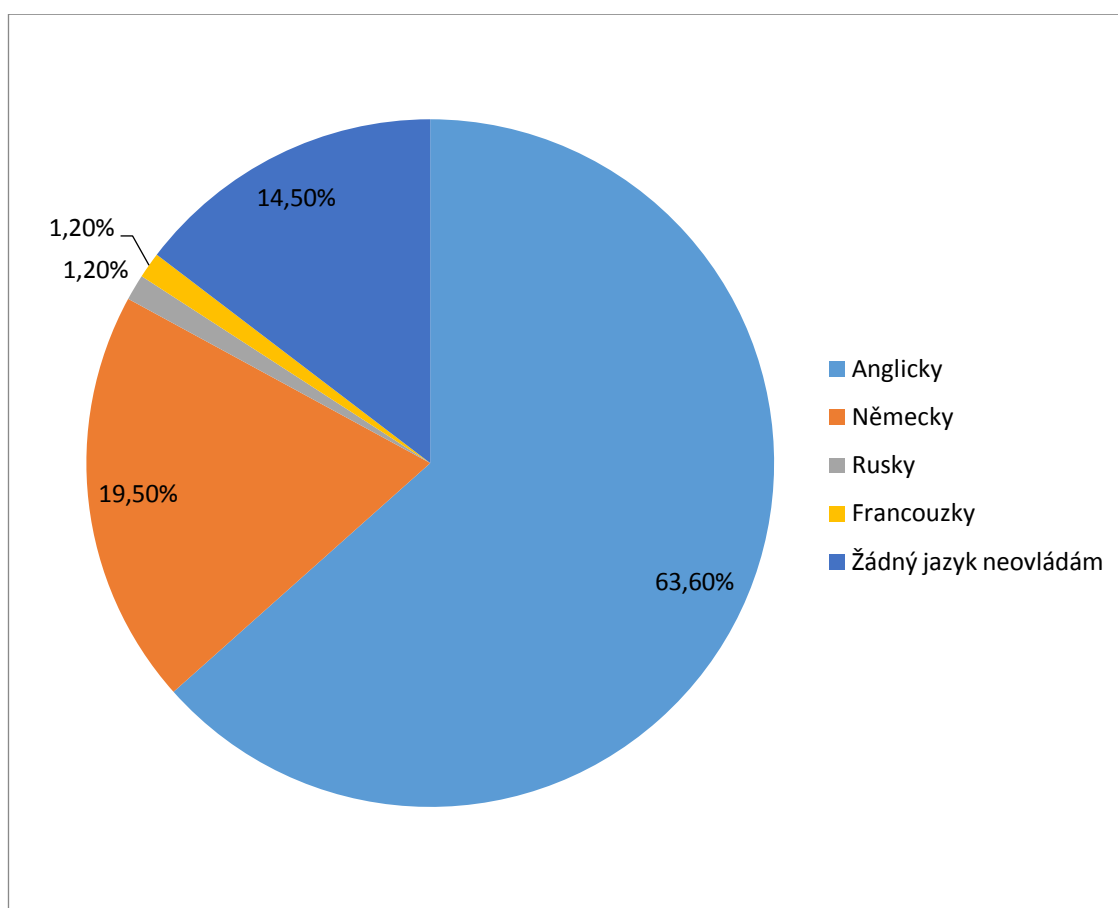
Tabulka 20 Vnímání klientek jiného etnika

Odpověď	ni	fi (%)
Nedělám rozdíly mezi klientkou české národnosti a klientkou jiného etnika	65	79,30 %
Klientce jiného etnika věnují více pozornosti	7	8,50%
Klientku přenechám raději zkušenější kolegyni	2	2,40%
Pracovat s klientkou jiného etnika je mi nepříjemné	8	9,80%
Celkem	82	100 %

Otázka č. 5: Jakým cizím jazykem se domluvíte?

Daná otázka sloužila k mapování jazykové vybavenosti zdravotních sester/porodních asistentek vybraného zdravotnického zařízení. Otázka byla určena pro všechny respondentky, které se výzkumu zúčastnily. Otázka disponovala kombinací polotevřené a uzavřené odpovědi. Zdravotní sestry/porodní asistentky si mohly vybrat odpověď z nabízených možností nebo vepsat svou vlastní. Tuto možnost využila pouze 1 (1,20%) respondentka, která uvedla francouzský jazyk. Celkem 51 (63,60%) respondentek uvedlo, že disponuje anglickým jazykem. Na druhém místě skončil německý jazyk, který označilo 16 (19,50%) dotazovaných porodních asistentek. Tento jev není překvapením, protože anglický a německý jazyk patří v současné době k nejčastěji vyučovaným cizím jazykům již na základních školách. Naopak 12 (14,50%) respondentek uvedlo, že žádný cizí jazyk neovládá (Obrázek 1).

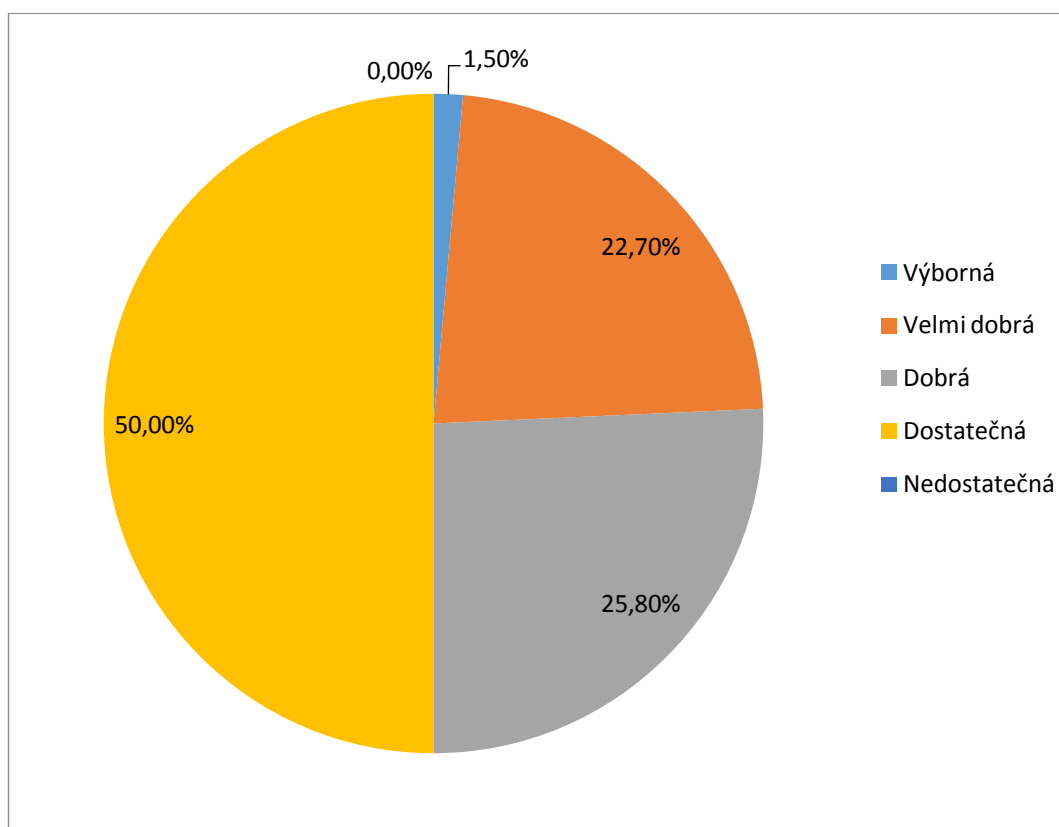
Obrázek 1 Jazyková vybavenost porodních asistentek



Otázka č. 6: Jak byste ohodnotila úroveň Vaší znalosti cizího jazyka?

Otázka č. 6 byla určena pouze těm respondentkám, které v předchozí otázce uvedly, že ovládají cizí jazyk. Na otázku odpovědělo celkem 70 žen. Cílem otázky bylo zjistit, jak dotazované zdravotní sestry/porodní asistentky vnímají svou úroveň znalosti cizího jazyka. Pouze 1 respondentka (1,50%) označila svou jazykovou úroveň na výbornou. Celkem 35 (50,00%) respondentek hodnotilo úroveň svého jazyka dostatečně. Dalších 18 (25,80%) dotazovaných porodních asistentek hodnotilo svou jazykovou úroveň velmi dobře. (Obrázek 2).

Obrázek 2 Jazyková úroveň respondentek



Otázka č. 7: Jaké pomůcky využíváte při rozhovoru s klientkou jiného etnika?

Zvolená položka byla určena pro všechny probandky, které se zúčastnily výzkumného šetření. Respondentky mohly označit vícero možností odpovědí. Zde absolutní četnost n_o značí celkový počet získaných odpovědí na otázku a f_o značí v této položce relativní četnost v procentech. Cílem otázky bylo zjistit, jaké pomůcky používají zdravotní sestry/porodní asistentky během komunikace s klientkou jiného etnika. Celkem 65 (67,00%) odpovědí značilo možnost demonstrace a mimika. Tento výsledek není ničím překvapivý, protože mimika je nástroj, který je součástí neverbální složky komunikace, kterou běžně využíváme ať už vědomě, nebo ne. Je zarážející, že se v žádné odpovědi neobjevila možnost „komunikační karty“. Tyto karty jsou primárně vytvořeny pro komunikaci s klienty jiné národnosti a jsou zdarma ke stažení na internetu. Na komunikačních kartách pro cizince se nachází základní fráze, které mohou významně usnadnit komunikaci s klientkou jiné národnosti, obzvláště pokud je mezi zdravotnickým personálem a klientkou silná jazyková bariéra. Druhou nejčastější odpovědí byl slovník.

Tabulka 21 Pomůcky pro rozhovor s klientkou

Odpověď	n_o	f_o (%)
Obrázky	10	10,30%
Komunikační karty	0	0,00 %
Demonstrace a mimika	65	67,00 %
Slovník	12	12,40 %
Žádné pomůcky nepoužívám	10	10,30 %
Celkem	97	100 %

Otázka č. 8: Máte možnost na svém oddělení zajistit kontakt s tlumočником?

Celkem 65 (79,30%) dotazovaných zdravotních sester/porodních asistentek uvedlo, že nemohou na svém oddělení zajistit kontakt s tlumočником. Naopak 15 (18,20%) respondentek uvedlo, že kontakt s tlumočником zajistit může. Tento výsledek je zarážející, protože všechny respondentky pochází ze stejného zdravotnického zařízení. Je tedy otázkou zda 15 (18,20%) probandek má vlastní kontakt na tlumočника, na kterého se mohou v případě potřeby obrátit, nebo zda jsou o možnosti využití tlumočника více erudované než kolegyně. Zbylé 2 (2,50%) respondentky uvedly, že neví, zda je možnost na jejich oddělení zajistit tlumočника.

Tabulka 22 Kontakt s tlumočником

Odpověď	ni	fi (%)
Ano	15	18,20%
Ne	65	79,30%
Nevím	2	2,50%
Celkem	82	100%

Otázka č. 9: Co je efektivní komunikace?

Otázka č. 9 byla určena všem zdravotním sestřám/porodním asistentkám vybraného zdravotnického zařízení. Otázka měla volnou možnost odpovědi, kde probandky psaly vlastní definici efektivní komunikace. Typ volné odpovědi byl vybrán záměrně, aby sestry/porodní asistentky prokázaly, zda skutečně chápou co je efektivní komunikace. Jednotlivé odpovědi byly nejdříve podrobeny obsahové analýze dat, na základě které byly vytvořeny kategorie, které jsou uvedeny v tabulce četnosti. Celkem 13 (15,90%) respondentek dokázalo nejlépe vystihnout podstatu efektivní komunikace. Protože cílem efektivní komunikace není pouze sdělit potřebné informace klientce, ale je nutné si ověřit, zda klientka skutečně chápe obsah sdělení a zda dokáže na dané téma vhodně reagovat. Nejvíce respondentek uvádělo odpověď: „S klientkou si vzájemně rozumíme.“ Celkem 6 (7,30%) respondentek uvedlo odpověď: „Nevím.“

Tabulka 23 Definice efektivní komunikace

Odpověď	ni	fi (%)
Klientka rozumí všemu, co jí personál sdělí. Chápe léčebný postup.	18	22,00%
S klientkou si vzájemně rozumíme.	39	47,60%
Klientka dokáže srozumitelně popsat své obtíže.	6	7,30%
Komunikace, při které si s klientkou sdělíme své myšlenky. Dokážeme vzájemně reagovat na téma rozhovoru a poskytneme si vzájemně zpětnou vazbu. Klientka chápe průběh léčby.	13	15,90%
Nevím	6	7,30%
Celkem	82	100%

Otázka č. 10: Může neefektivní komunikace s klientkou jiného etnika ovlivnit průběh její léčby?

Otázka č. 10 zkoumá subjektivní názor probandek na problematiku neefektivní komunikace s klientkou jiného etnika. Celkem 9 (11,00%) respondentek uvedlo, že neefektivní komunikace rozhodně nemá vliv na průběh léčby. Naopak 22 (26,80%) respondentek uvedlo, že neefektivní komunikace zcela určitě ovlivňuje průběh léčby klientky. Odborná literatura uvádí, že neefektivní komunikace má zásadní vliv na průběh a délku léčby klientky jiného etnika. Protože, pokud klientka nepochopí řádně léčebný postup, může se neúmyslně dopouštět chyb, které mohou zásadně ovlivnit délku léčby (Kutnohorská, 2011, s. 191).

Tabulka 24 Vliv neefektivní komunikace na léčbu

Odpověď	ni	fi (%)
Rozhodně ano	22	26,80%
Spíše ano	48	58,50 %
Rozhodně ne	9	11,00 %
Spíše ne	2	2,40%
Nevím	1	1,20%
Celkem	82	100 %

Otázka č. 11: Uveďte příklad, jak neefektivní komunikace s ženou jiného etnika může ovlivnit průběh její léčby?

Tato otázka byla filtrovaná a odpovídaly na ni pouze ty respondentky, které v předchozí otázce uvedly, že neefektivní komunikace může ovlivnit průběh léčby klientky. Na otázku odpovědělo 70 respondentek. Otázka měla otevřenou volbu odpovědi. Jednotlivé odpovědi byly nejdříve podrobeny obsahové analýze dat, na základě které byly vytvořeny kategorie, které se nejlépe podobaly odpovědím v dotazníku. Nejvíce klientek přisuzovalo neefektivní komunikaci vznik zdravotních komplikací v důsledku jazykové bariéry, kdy klientka nesdělí personálu všechny své zdravotní problémy a to celkem ve 27 (37,60%) případech.

Tabulka 25 Důsledky neefektivní komunikace

Odpověď	ni	f_i (%)
Klientka bude deprimovaná z nedostatku informací. Nebude vhodně spolupracovat během léčebného procesu.	18	27,70 %
Klientka nesdělí personálu všechny své zdravotní problémy v důsledku jazykové bariéry a tím si může způsobit komplikace.	27	37,60 %
Klientka nedodrží léčebný postup a tím si způsobí zdravotní komplikace.	25	34,70 %
Celkem	70	100%

Otázka č. 12: Co znamená pojem multikulturní péče v porodní asistenci?

Otázka č. 12 byla určena všem respondentkám. Tabulka znázorňuje definice multikulturní péče, které uvedly probandky. Otázky měla otevřenou volbu odpovědi. Jednotlivé odpovědi byly nejdříve podrobeny obsahové analýze dat, na základě které byly vytvořeny kategorie, které se nejlépe podobaly odpovědím v dotazníku. Celkem 43 (51,40%) respondentek popsalo multikulturní péči v porodní asistenci jako péči o klientku jiné národnosti. Celkem 22 (25,80 %) respondentek popsalo multikulturní péče jako péči o cizinku s respektem k její kultuře. Celkem 4 (4,80%) respondentek multikulturní péči nedokázalo definovat.

Tabulka 26 Multikulturní ošetřovatelství

Odpověď	ni	fi (%)
Péče o klientku jiné národnosti.	43	51,40 %
Péče o klientku jiného etnika bez předsudků.	13	16,70 %
Péče o cizinku s respektem k její kultuře.	22	25,80 %
Nevím	4	6,10 %
Celkem	82	100%

Otázka č. 13: Respektujete kulturní odlišnost svých klientek?

Otázka č. 13 byla určena všem probandkám, které se výzkumu zúčastnily. Cílem otázky bylo zmapovat, zda respektují zdravotní sestry/porodní asistentky kulturní odlišnost svých klientek. Odpovědi byly fixní. Celkem 41 (50,00%) respondentek rozhodně nerespektuje kulturní odlišnost svých klientek. Výsledek je poněkud zarážející, protože pokud chceme poskytovat kvalitní péči, musíme tuto péči orientovat přímo na potřeby klientky. Celkem 8 (10,00%) respondentek plně respektuje kulturní odlišnost klientek jiného etnika. Zbýlých 13 (17,10%) respondentek uvedlo, že spíše toleruje kulturní odlišnost svých klientek.

Tabulka 27 Respektování kulturní odlišnosti svých klientek

Odpověď	ni	fi (%)
Rozhodně ano	8	10,00%
Spíše ano	13	17,10%
Spíše ne	21	24,40%
Rozhodně ne	41	48,80%
Celkem	82	100 %

Otázka č. 14: Popište, jakým způsobem respektujete kulturní odlišnost klientek jiného etnika?

Otázka č. 14 byla filtrovaná. Odpovídaly na ní jen ty respondentky, které v předchozí otázce uvedly kladnou odpověď. Na otázku tedy odpovědělo 41 respondentek. Otázka měla otevřenou možnost odpovědi. Jednotlivé odpovědi byly nejdříve podrobeny obsahové analýze dat, na základě které byly vytvořeny kategorie, které jsou uvedeny v tabulce četností. Nejvíce respondentek uvedlo, že nedělají rozdíly mezi českou klientkou a klientkou jiného etnika. Jedna z probandek například uvedla: „*Pokud klientka vyžaduje „nadstandard“ nebráním ji v tom, ale musí si ho zařídit sama.*“ Celkem 5 respondentek (12,50%) uvedlo, že plně respektuje přání klientky. Bohužel ani jedna respondentka neuvedla konkrétní příklad toho, jakým způsobem respektuje kulturní rozdíly klientek.

Tabulka 28 Způsob tolerance kulturní odlišnosti klientek

Odpověď	ni	fi (%)
Nedělám rozdíly mezi českou klientkou a klientkou jiného etnika. Pokud chtějí nějaký „nadstandard“ nebráním jim v tom, ale musí si ho zařídit sami.	19	47,50 %
Nebráním klientkám v jejich zvycích, ale nesmí to narušit chod oddělení.	6	15,00 %
Snažím se klientce vyhovět a uspokojit její individuální potřeby pokud je to možné.	10	25,00 %
Plně respektuji přání klientky	6	12,50 %
Celkem	41	100%

Otázka č. 15: Co je typické pro vietnamské stravování?

Následující otázka sloužila k otestování znalostí probandek v oblasti kulturních specifik klientek vietnamského etnika. Otázka je zaměřena na vietnamské etnikum úmyslně, protože jak už bylo zmíněno, Vietnamci tvoří významnou složku naší populace a jsou jí kulturně nejvzdálenější. Odpovědi byly fixované a respondenty vždy vybíraly jednu správnou odpověď. Celkem 60 (70,10%) probandek neznalo odpověď na dotazovanou položku. Pouze 10 (12,20 %) respondentek vybralo správnou odpověď.

Tabulka 29 Vietnamské stravování

Odpověď	ni	fi (%)
Odmítají drůbeží maso	6	7,30%
Jsou striktní vegetariáni	1	1,20 %
Odmítají ryby	5	6,10 %
Nesnášenlivost k mléčným výrobkům	10	12,20 %
Nevím	60	73,20 %
Celkem	82	100 %

Otázka č. 16: Co je pro vietnamskou klientku nepřijatelné?

Tato otázka rovněž sloužila k testování zdravotních sester/porodních asistentek vybraného zdravotnického zařízení v problematice specifik péče o vietnamské klientky. Probandky vybíraly z nabízených možností pouze jednu správnou odpověď. Nejvíce respondentek 60 (73,10%) označilo správnou odpověď, to je otevřená kritika klientky a narušení intimity. Muže jako ošetřujícího lékaře označilo celkem 16 (19,50%) respondentek, což byla druhá nejčastější odpověď.

Tabulka 30 Co netolerují Vietnamky

Odpověď	ni	fi (%)
Muž jako ošetřující lékař	16	19,50%
Žena jako ošetřující lékařka	2	2,40 %
Krevní transfúze	1	1,20 %
Otevřená kritika klientky a narušení intimity	60	73,20 %
Nevím	3	3,70%
Celkem	82	100 %

Otázka č. 17: Kde jste informace o problematice multikulturního ošetrovatelství získala?

Na tuto otázku odpovídaly všechny dotazované zdravotní sestry/porodní asistentky. Ze získaných dat vyplývá, že celkem 34 (41,60%) respondentek informace o multikulturní péči nevyhledává. Celkem 36 respondentek (43,90%) získalo informace o multikulturní péči během studia. Literaturu jako zdroj informací označilo 8 (9,80%) respondentek.

Tabulka 31 Vzdělávání v oblasti multikulturní péče

Odpověď	ni	fi (%)
Škola	36	43,00%
Odborný seminář	0	0,00%
Literatura	8	9,80%
Internet	4	4,80%
Informační brožura	0	0,00%
Tento druh informací nevyhledávám	34	41,60%
Celkem	82	100%

8 DISKUSE

Diplomová práce se skládá z teoretické a praktické části. V teoretické části práce je definováno multikulturní ošetrovatelství a další pojmy, které s ním souvisí. Problematika multikulturního ošetrovatelství je stále důležitým a hlavně velmi aktuálním tématem, z důvodu narůstající globální migrace. Díky tomu se zdravotníci čím dál častěji setkávají během výkonu své profese s klientkami, které pochází z odlišného kulturního prostředí. Dále se teoretická část práce zabývá Modelem kulturních kompetencí dle Larryho D. Purnella, který nabízí holistický pohled na klienta odlišné kultury. Jedna z kapitol je věnována vietnamskému etniku, které tvoří významnou část české populace. Zároveň je tato minorita nám velmi vzdálená, jak jazykově, tak kulturně.

Průzkumná část diplomové práce probíhala pomocí kvalitativní a kvantitativní průzkumné metody. Pro kvalitativní část průzkumného šetření byla zvolena technika polostrukturovaného rozhovoru. Vzorem pro tvorbu otázek byl Model kulturních kompetencí dle Larryho D. Purnella. Respondentkami byly ženy, které se hlásily k vietnamské minoritě a v době průzkumu byly hospitalizovány na gynekologicko-porodnickém oddělení ve vybraném zdravotnickém zařízení ve Zlíně. Cílem bylo odhalit kulturní odlišnosti klientek vietnamského etnika, které by mohly ovlivnit poskytovanou péči během hospitalizace v českém zdravotnickém zařízení. Respondentky odpovídaly celkem na 119 otázek, které byly nerovnoměrně rozvrženy do 12 okruhů. Po vyhodnocení získaných dat bylo zjištěno, že kulturní specifika vietnamek se nejvíce dotýkají oblasti stravování, rituálů smrti, těhotenství, porodu a následného šestinedělí.

Průzkumná část pro kvantitativní část šetření probíhala pomocí dotazníků vlastní konstrukce. Dotazník byl určen pro všechny zdravotní sestry/porodní asistentky, které v době průzkumu pracovaly na gynekologicko-porodnickém oddělení ve zdravotnickém zařízení ve Zlíně. Výzkumu se zúčastnilo celkem 82 respondentek. Cílem této části průzkumu bylo zjistit míru znalostí a zkušeností zdravotních sester/porodních asistentek vybraného zdravotnického zařízení s poskytováním péče klientkám z odlišného kulturního prostředí. Krom toho, že by všichni zdravotníci měli znát pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče alespoň základní kulturní specifika svých klientů, tak je velmi důležitá i komunikace mezi zdravotníkem a klientem jiného etnika. Protože, velmi často dochází ke vzájemné komunikační bariéře, která ve finále může zkomplikovat či prodloužit samotnou léčbu. Proto posledním cílem průzkumné části bylo zjistit, zda respondentky využívají pomůcky usnadňující komunikaci s klientkami odlišné kultury.

Průzkumná otázka č. 1: Existují u klientek vietnamského etnika kulturní odlišnosti, které by mohly ovlivnit poskytovanou ošetrovatelkou péči?

Kultura, aniž bychom si to uvědomovali, ovlivňuje chování každého z nás. Pozdrav, neverbální komunikace, způsob oblékání, důvěra, agrese, zvyky, respekt, ohleduplnost, úcta, to všechno jsou projevy kultury, které se promítají do všech úrovní mezilidských interakcí (Urban, 2008, s. 97). Je nutné si uvědomit, že to co je pro jednu kulturu zcela běžným jevem, může být pro jinou naprosto nepřijatelné. Proto je první průzkumná otázka orientovaná kulturní odlišnosti klientek vietnamského etnika. V našem případě tvořily soubor respondentek 3 ženy vietnamské minority, které byly v době průzkumu hospitalizované na gynekologicko-porodnickém oddělení vybrané nemocnice. Po vyhodnocení všech získaných dat bylo zjištěno, že kulturní specifika vietnamek se nejvíce dotýkají oblasti stravování, rituálů smrti, těhotenství, porodu a následného šestinedělí.

Všechny respondentky se shodly, že mají výhrady k nemocničnímu stravování. Nevyhovovalo jim, jak chutí, tak samotnou skladbou jednotlivých surovin. Respondentky upřednostňují svou tradiční domácí kuchyni, kde vaří z tradičních surovin. Zároveň jsou zvyklé konzumovat velké množství syrové zeleniny, což se jim v nemocniční stravě nedostávalo. Uvedené odpovědi žen se shodují s publikací autorky Tóthové, které uvádí, že rýže, nudle, bylinky a syrová zelenina patří mezi základní složky vietnamské kuchyně (Tóthová, 2010, s. 85).

Další kulturní specifika se dotýkají rituálů smrti a pohřbívání. Vietnamci mají velkou úctu k umírajícím. Je pro ně typické, aby člověk umíral doma obklopen rodinou, která pečuje o umírajícího do poslední chvíle. Proto často žádají o propuštění umírajícího do domácí péče, kde probíhají i smuteční rituály. Pokud člověk umře v nemocnici, probíhá rozloučení ve smuteční místnosti, kde se sejde celá rodina. Smuteční místnost je zvolena pozůstalými proto, že po smrti není možné převést tělo zemřelého z nemocnice zpět domů. Respondentky však uvedly, že jim nemocnice v dané situaci vždy vyšly vstříc a tak se mohly s umírajícím v klidu rozloučit v domácím prostředí, což hodnotí velmi pozitivně. Pozůstalí nepečují tolik o tělesnou schránku zemřelého, jak o tu duševní. Autorka Rolantová (2012) uvádí, že péče o duševní schránku vychází z buddhismu. Vietnamci věří v reinkarnaci. Vietnamci upřednostňují kosterní pohřeb před kremací. Toto tvrzení se shoduje s publikací autora Purnell (2008, s. 65).

Těhotenství, porod a šestinedělí je poslední kategorií, kde lze pozorovat významné kulturní specifika u klientek vietnamského etnika. Průzkumný soubor tvořily pouze dvě respondentky.

Záměrně byla jedna respondentka z dotazování vynechána, protože nikdy nerodila a nebyla těhotná. Vietnamky přistupují ke graviditě velmi zodpovědně. Je však nutné, aby zdravotní sestra/porodní asistentka vysvětlila těhotné ženě nutnost preventivních prohlídek, jinak je samotné vyhledávat nebudou. Toto tvrzení se shoduje s výzkumem Mockové (2006). Ta zároveň dodává, že vietnamky mají před lékařskou autoritou respekt. Ve Vietnamu je věnována těhotné ženě zvýšená pozornost nejen otce dítěte, ale celé rodiny. Rodina dbá na správnou životosprávu budoucí rodičky. Těhotné ženy často užívají bylinky pro podporu těhotenství. Ženy dodržují dostatek odpočinku během gravidity. Namáhavá činnost je pro těhotnou ženu zcela tabu obzvláště v třetím trimestru těhotenství. Toto tvrzení se shoduje s publikací autorky Tóthové (2010, s. 114). Vietnamky během těhotenství dbají na zvýšenou hygienu. Před samotným porodem dodržují rituály očisty, kterých se může zúčastnit i otec dítěte. Respondentky uvedly, že upřednostňují přirozený porod. Bojí se medikamentů, kterým by se v případě císařského řezu nevyhnuly. Autorka Šabatková (2015) uvádí, že vietnamské rodičky skrývají bolest a odmítají jakákoliv analgetika. Toto tvrzení koresponduje s naším průzkumným šetřením. Z výsledků průzkumného šetření je evidentní, že v šestinedělí vietnamky dodržují přísný klidový režim. Vyhýbají se koupeli a studené vodě. Ruce si umývají pouze sporadicky. Dbají na teplé oblečení a nevychází téměř z domu. Toto tvrzení se shoduje s publikací autorky Mockové (2006). Oblast hygieny může vést ke sporu mezi klientkou a porodní asistentkou, protože na odděleních šestinedělí se klade velký důraz na častou hygienu rodidel. Autorka dále uvádí, že se vietnamky podřídí hygienickým návykům na oddělení šestinedělí, i když to nekoresponduje s jejich tradicí.

Průzkumná otázka č. 2: Jak komunikují zdravotní sestry/porodní asistentky s klientkami jiného etnika, pokud je mezi nimi jazyková bariéra?

Jazyková bariéra mezi zdravotníkem a klientem výrazně ovlivňuje průběh a kvalitu ošetrovatelské péče. Tento fakt si uvědomují i samotné respondentky. Celkem 22 (26,80%) probandek uvedlo, že neefektivní komunikace rozhodně ovlivňuje průběh a kvalitu léčby. Dalších 48 (58,50%) probandek uvedlo, že neefektivní komunikace by mohla ovlivnit průběh a kvalitu léčby. Kutnohorská (2013, s. 191) uvádí, že pokud klientka nepochopí řádně léčebný postup, může se neúmyslně dopouštět chyb, které mohou zásadně ovlivnit délku hospitalizace. Nabízí se tedy otázka, zda respondentky ovládají alespoň jeden světový jazyk, kterým by v těchto situacích mohli komunikovat. Popřípadě jakým způsobem hovoří s klientkami odlišné národnosti. Z průzkumného šetření vyplývá, že 12 (14,50%) respondentek neovládá cizí jazyk. Celkem 51 (63,60%) respondentek uvedlo, že ovládá anglický jazyk. Na druhém místě skončil německý jazyk, který označilo 16 (19,50%)

dotazovaných porodních asistentek. Tento jev není překvapením, protože anglický a německy jazyk patří v současné době k nejčastěji vyučovaným světovým jazykům již na základních a středních školách. Naše výsledky korespondují s výzkumem autorky Podlasové (2018). Ta se ve své práci zabývala multikulturním ošetrovatelství z pohledu zdravotních sester. Autorka uvádí, že 48 (52,10%) zdravotních sester udalo znalost anglického jazyka. Dále 21 (22,30%) probandek označilo znalost němčiny.

V průzkumu jsme se zaměřily na to, zda probandky využívají komunikační pomůcky během rozhovoru s klientkou jiné národnosti. Zejména ve chvíli, pokud dochází k vzájemné komunikační bariéře. Nejvíce respondentek se snaží komunikovat s klientkou pomocí demonstrace a mimiky. Tento výsledek není ničím překvapivý, protože mimika je nástroj, který je součástí neverbální složky komunikace, kterou běžně využíváme ať už vědomě, nebo ne. Je zarážející, že se v žádné odpovědi neobjevila možnost „komunikační karty“. Tyto karty jsou primárně vytvořeny pro komunikaci s klienty jiné národnosti a jsou zdarma ke stažení na internetu. Na komunikačních kartách pro cizince se nachází základní fráze, které mohou významně usnadnit komunikaci s klientkou jiné národnosti, obzvláště pokud je mezi zdravotnickým personálem a klientkou silná jazyková bariéra. Autorka Moudilou-Mouanga (2018) tento jev přisuzuje tomu, že není v silách zdravotnického personálu, vyhledávat komunikační karty v potřebném jazyce a se správnými symboly. Druhou příčku u respondentek obsadil slovník. Výsledek je shodný s výzkumem autorky Moudilou-Mouanga (2018). Autorka uvádí, že nejvíce respondentky využívaly online slovník nebo online překladač. Respondentky si cenily praktičnost a rychlost online aplikace. Například společnost Google nabízí bezplatnou aplikaci překladače, který dokáže velmi rychle překládat i delší věty. Využití online slovníků v praxi, může zcela jistě zlepšit vzájemnou komunikaci mezi klientkou jiného etnika a zdravotníkem. V průzkumu jsme se dále zajímaly o to, zda mohou probandky na svém oddělení využít služeb tlumočnicka. Odpověď nebyla jednoznačná, i když respondentky pracovaly ve stejném zdravotnickém zařízení. Celkem 65 (79,30%) dotazovaných zdravotních sester/porodních asistentek uvedlo, že nemohou na svém oddělení zajistit kontakt s tlumočnickem. Naopak 15 (18,20%) respondentek uvedlo, že kontakt s tlumočnickem zajistit může. Je tedy otázkou zda 15 (18,20%) probandek má vlastní kontakt na tlumočnicka, na kterého se mohou v případě potřeby obrátit, nebo zda jsou o možnosti využití tlumočnicka více erudované než kolegyně. Zbylé 2 respondentky uvedly, že neví, zda je možnost na jejich oddělení zajistit tlumočnicka.

Průzkumná otázka č. 3: Jak respektují zdravotní sestry/porodní asistentky klientky jiného etnika?

V dotazníku byly této problematice věnovány dvě položky (Tab. 27 a 28). První otázka zjišťovala, zda respondentky respektují kulturní odlišnost svých klientek. Celkem 41 (50,00%) respondentek rozhodně nerespektuje kulturní odlišnost svých klientek. Výsledek je poněkud zarážející, pokud chceme hovořit o poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Ta musí být orientovaná na individuální potřeby klienta, což bez respektování kultury, ze které klient vychází, není možné. Přitom každý z nás se v dnešní době může dostat do podobné situace, kdy bude muset navštívit nemocniční zařízení v zahraničí a stane se tzv. klientkou jiného etnika. Celkem 8 (10,00%) respondentek plně respektuje kulturní odlišnost klientek jiného etnika. Dalších 13 (17,10%) respondentek uvedlo, že spíše toleruje kulturní odlišnost svých klientek. V porovnání s výsledky průzkumného šetření Kousalové (2011), lze konstatovat, že jsou výsledky obou průzkumů podobné. Autorka se zabývala stejnou problematikou u všeobecných sester na různých lůžkových stanicích vybraných nemocnic. Autorka uvádí, že 46 (22,00%) respondentek nepovažuje za důležité zohledňovat kulturní specifika u klientek jiného etnika. Dalších 26 (12,00%) respondentek uvedlo, že na zohledňování kulturních zvyklostí u klientů není v nemocnici časový prostor. Celkem 100 (43,00%) respondentek občas zohlední kulturní odlišnost svých klientů.

Druhá položka v dotazníku (Tab. 28) měla volnou možnost odpovědi, kde respondentky měly uvést, jakým způsobem respektují kulturní odlišnost svých klientek. Otázka byla určena pouze pro ty respondentky, které uvedly, že respektují kulturní odlišnost svých klientek. Bohužel ani jedna probandka neuvedla konkrétní příklad z praxe. Všechny respondentky odpovídaly pouze v obecné rovině. Je tedy otázkou zda si respondentky nevzpomněly na konkrétní příklad z praxe, nebo nepochopily otázku či příklad z praxe uvést nemohly, protože kulturní odlišnost klientek nerespektují. V obecné rovině celkem 19 (47,50%) respondentek odpovědělo: „ *Nedělám rozdíly mezi českou klientkou a klientkou jiného etnika. Pokud chtějí nějaký „nadstandard“ nebráním jim v tom, ale musí si ho zařídit sami.* “

Výzkumná otázka č. 4: Jaká je informovanost zdravotních sester/porodních asistentek o specifikách multikulturního ošetrovatelství?

Nejprve respondentky musely definovat vlastními slovy pojem multikulturní péče. Z jednotlivých odpovědí byly sestaveny čtyři kategorie, které vznikly pomocí obsahové analýzy textu. Nejvíce probandek 43 (51,40%) popsalo multikulturní péči v porodní asistenci, jako péči o klientky jiné národnosti. Dalších 22 (25,80%) respondentek popsalo multikulturní

ošetřovatelství jako péči o cizinku s respektem k její kultuře. Celkem 13 (16,70%) respondentek definovalo multikulturní péči jako péči o klientku jiného etnika bez předsudků. Zbylé respondentky 4 (6,10%) nedokázaly termín multikulturní péče definovat. Pokud se podrobněji podíváme na odpovědi probandek, zjistíme, že téměř všechny tento pojem znají a dokážou ho popsat vlastními slovy.

V dotazníku byly umístěny testovací otázky pro probandky, které měly ověřit znalosti kulturních specifíků vietnamské kultury. První otázka byla zaměřena na vietnamské stravování. Celkem 60 (70,10%) probandek neznalo odpověď na dotazovanou položku. Pouze 10 (12,20%) respondentek vybralo správnou odpověď a to nesnášenlivost k mléčným výrobkům (Tab. 29). Dle autorky Tóthové, (2010, s. 85) Vietnamci věří, že mléčné výrobky jim způsobují střevní obtíže, které jsou zřejmě způsobeny intolerancí laktózy. Druhá testovací otázka se zabývala tím, co je pro klientku vietnamského etnika nepřijatelné. Vietnamky velmi zle nesou otevřenou kritiku své osoby a zároveň jsou velmi stydlivým národem. Proto by se zdravotníci měli zdržet v přítomnosti vietnamské klientky otevřené kritiky a dbát na základní dodržování intimity, v péči o klientku. Obzvlášť pokud se v blízkosti nachází muž. Správnou odpověď označilo 60 (73,20%) respondentek (Tab. 30). I autorka Podlasová (2018) testovala znalosti respondentek v péči o klientky vietnamské minority. Z výsledků šetření by se mohlo zdát, že se respondentky orientují v základech multikulturního ošetřovatelství. A zároveň znají alespoň základní specifika péče o klientku vietnamské národnosti. Otázkou zůstává, zda respondentky správné odpovědi skutečně znají, nebo zda šlo pouze o šťastnou ruku, při výběru nabízených odpovědí.

Respondentky nejčastěji uváděly, jako zdroj informací v problematice multikulturní péče školu/univerzitu a to celkem ve 36 (43,90%) případech. Celkem 34 (41,60%) respondentek uvedlo, že informace v oblasti multikulturní péče nevyhledává. Což může ovlivnit významně kvalitu poskytované péče o klientky jiného etnika. Protože pokud porodní asistentka nebude chápat kulturní rozdíly svých klientek, nebude moct naplánovat péči, která by byla orientována na potřeby dané klientky.

ZÁVĚR

Diplomová práce je zaměřena na poskytování kulturně kompetentní péče. Toto téma je velmi aktuální, protože narůstající globální migrace obyvatelstva se nevyhýbá ani České republice. Ta se stává pro řadu migrujících obyvatel domovinou, obzvláště po otevření hranic dříve politicky izolované Československé socialistické republiky. Díky tomu se zdravotníci čím dál častěji setkávají během výkonu své profese s klientkami, které pochází z odlišného kulturního prostředí. Trendem současnosti, je poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči, která je především orientována na individuální potřeby klienta. Pokud chtějí zdravotníci takovou péči poskytovat minoritám, které pobývají na území ČR, musí ovládat alespoň základní znalosti v oblasti kulturních specifik svých klientek. Protože každá kultura zastává jiný postoj ke zdraví a nemoci a každá kultura má vlastní představu o tom, co je „normální“. Je proto žádoucí, aby se zdravotníci vzdělávali tak, aby rozuměli kulturním potřebám svých klientů/klientek. Mezi nejpočetnější minoritní skupiny patří Slováci, Ukrajinci, Rusové, Němci a Vietnamci. Je nutné si uvědomit, že všichni tito lidé jsou potencionálními příjemci zdravotní péče. Diplomová práce je záměrně orientovaná na vietnamské etnikum, které tvoří významnou služku naší společnosti, ale zároveň je ji kulturně nejvzdálenější.

V teoretické části diplomové práce byla na základě studia odborné literatury popsána základní terminologie, která úzce souvisí s poskytováním kulturně kompetentní péče. Další kapitoly jsou zaměřeny na Model kulturních kompetencí dle Larryho D. Purnella, na specifika vietnamské minority a interkulturní komunikaci.

Průzkumná část diplomové práce byla tvořena kombinací kvalitativní a kvantitativní průzkumné metody. Sběr dat pro kvalitativní část výzkumu proběhl formou polostrukturovaného rozhovoru. Kdy vzorem pro tvorbu otázek byl Model kulturních kompetencí dle Larryho D. Purnella. Cílem kvalitativního výzkumného šetření bylo odhalit kulturní odlišnosti klientek vietnamského etnika, které by mohly ovlivnit poskytovanou péči během hospitalizace v českém zdravotnickém zařízení. Z výzkumného šetření vyplývá, že největší kulturní rozdíly můžeme u klientek vietnamského etnika pozorovat v oblasti porodu a šestinedělí, stravování a péči o umírajícího. Výzkumu se zúčastnily tři ženy vietnamského etnika ve věku 18-50 let.

Kvantitativní část výzkumného šetření proběhla pomocí dotazníků vlastní konstrukce. Respondentkami byly zdravotní sestry/porodní asistentky pracující na gynekologicko-porodnickém oddělení nemocnice ve Zlínském kraji. Dotazník byl anonymní, obsahoval celkem 19 položek. Hlavním cílem kvantitativního šetření bylo zjistit míru znalostí

a zkušeností zdravotních sester/porodních asistentek vybraného zdravotnického zařízení s poskytováním péče klientkám z odlišného kulturního prostředí. Vybrané respondentky měly zkušenost s multikulturním ošetřovatelstvím. Respondentky zároveň dokázaly definovat multikulturní ošetřovatelství vlastními slovy. Je však zarážející, že 41 (50,00%) respondentek rozhodně nerespektuje kulturní odlišnost svých klientek. Na základě získaných poznatků bych ráda doporučila, aby nejen zdravotní sestry/porodní asistentky, ale všichni pracovníci ve zdravotnictví věnovali zvýšenou pozornost klientkám (klientům) jiného etnika. Návštěva zdravotnického zařízení, obzvláště v akutních stavech, je vždy velmi stresující. Obzvláště pokud klient pochází z jiného kulturního prostředí a zároveň je postihnut jazykovou bariérou. Na závěr práce bych se ráda vyjádřila k limitům této diplomové práce. V důsledku toho, že byla empirická část diplomové práce realizována pouze v jednom vybraném zdravotnickém zařízení, nelze získané poznatky zobecňovat na jiná pracoviště.

Použitá literatura

BUŽGOVÁ, Radka a Ilona PLEVOVÁ. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3557-3.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Počet cizinců [online]. [cit. 10.11.2016]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/cizinci/cizinci-pocet-cizincu>

ČESKÁ KOMORA PORODNÍCH ASISTENTEK: Etický kodex [online]. [cit. 2018-03-28]. Dostupné z: https://www.ckpa.cz/porodni-asistentky/pracovni-uplatneni/eticky_kodex.html

IVANOVÁ, Kateřina, Lenka ŠPIRUDOVÁ a Jana KUTNOHORSKÁ. *Multikulturní ošetrovatelství I*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1212-1.

HUBERTOVA, Lucie. Identita 2. generace mladých Vietnamek a Vietnamců žijících v České republice. Brno, 2017, 212 s. Disertační práce. Masarykova Univerzita v Brně, Fakulta sociálních studií. [online]. [cit. 2017-09-11]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/k1agx/hubertova2016thesis.pdf>

KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty - 4 . ročník*. 2 . vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5203-7.

KOPECKÁ, Ilona. *Psychologie: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-3877-2.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Příprava studentů zdravotnických škol na ošetřování cizinců*. IN: NYKLEWICZ, W. *Pielegniarstwo ponad granicami*. Lodž (Polsko): Okregowa Izba Pielegniarek i Poloznych w Lodzi, 2011. ISBN 978-83-906824-1-9.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4413-1.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2713-4.

KUZNÍKOVÁ, Iva. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3676-1.

LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1784-5.

- MAŇHALOVÁ, Jana a Valérie TÓTHOVÁ. *Možnosti využití koncepčních modelů kulturních kompetencí v ošetrovatelské profesi*. Kontakt, 2016, roč. 18, č. 2, s. 69-74. ISSN 1212-4117.
- MINAŘÍKOVÁ, Zuzana. „*Jak se rodí po vietnamsku?*“ Brno, 2012, 64 s. Bakalářská práce. Masarykova univerzita v Brně. Lékařská fakulta. [online]. [cit. 2016-11-20]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/w4ylr/Plny_text_prace.pdf
- MINISTERSTVO ZAHRANIČNÍCH VĚCI ČR. *Vietnam* [online]. [cit. 2017-11-30]. Dostupné z:
- MOUDILOU-MOUANGA, Natalija. *Transkulturní ošetrovatelství v ČR*. Olomouc, 2018, 115 s. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta. [online]. [cit. 2018-03-28]. Dostupné z: https://theses.cz/id/rcbaqi/DP.N._Moudilou-Mouanga._2018.pdf
- NOVÁKOVÁ a kol. *Specifika prenatální péče u žen vybraných minorit*. Praktická gynekologie, 2015, roč. 19, č.1, s. 66-70. ISSN 1211-6645.
- PECHOVÁ, Eva a Šárka MARTÍNKOVÁ. *Vietnamská menšina v ČR: Náboženství, kultura, soužití*. In: *Identity v konfrontaci: Multikulturní výchova pro učitele/učitelky SŠ a ZŠ*. Brno: Masarykova univerzita, 2011, s. 373–390. ISBN 978-80-210-5558-2.
- PETRUSEK a kol. *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum, 1998. ISBN 80-7184-164-1.
- PRŮCHA, Jan. *Interkulturní komunikace*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3069-1.
- PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.
- PURNELL, Larry. *The Purnell Model for Cultural Competence*. Journal of Transcultural Nursing, 2002, roč. 13, č. 3, s. 193-196. DOI: 10.1177/10459602013003006
- PURNELL, Larry. *The Purnell Model for Cultural Competence*. Journal of Transcultural Nursing, 2005, roč. 11, č. 2, s. 7-15.
- PURNELL, Larry. *Traditional Vietnamese Health and Healing*. Urologic Nursing, 2008, roč. 28, č. 1. s. 63-67.
- ROLANTOVÁ, Lucie. *Respektování zvyklostí a rituálů při ošetrování minorit*. České Budějovice, 2012, 266 s. Disertační práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdra

votně sociální fakulta.[online]. [cit. 2016-11-20]. Dostupné z:

https://theses.cz/id/zurzqx/Disertan_prce_Rolantov.pdf

TÓTHOVÁ, Valérie. *Zabezpečení efektivní ošetrovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu*. Praha: Triton, 2010. ISBN 978-80-7387-414-8.

TÓTHOVÁ, Valérie. *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin*. Praha: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-645-6.

TÓTHOVÁ, Valérie. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2. vyd. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-785-9.

ŠIMONOVÁ, Daniela. *Jak jednat při ošetřování a léčbě cizinců: úskalí, zjištění a doporučení*. Praktická gynekologie, 2012, roč. 16, č. 2-4, s. 114-120. ISSN 1211-6645.

ŠKORNIČKOVÁ, Zuzana. Respektování kulturních odlišností v interakci mezi českými a zahraničními studenty. Diplomová práce, 2010, 119 s. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd. [online]. [cit. 2017-12-20]. Dostupné z:
<https://theses.cz/id/l8p7bv/79340-374761739.pdf>

ŠPIRUDOVÁ, Lenka. *Multikulturní ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1213-x.

URBAN, Lukáš. *Sociologie trochu jinak*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2493-5.

URÍČKOVÁ, Alena. *Model pre kultúrne kompetencie (Purnell a Paulanka)*. Supplementum, 2012, roč. 8, č. 6. S. 3-5.

ZACHAROVÁ, Eva. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-271-0156-6.

Přílohy

Příloha A – Grafické znázornění Purnellova modelu

Příloha B – Vzor otázek pro polostrukturovaný rozhovor

Příloha C – Informovaný souhlas s rozhovorem

Příloha D – Dotazník



Obrázek 3 Model kulturních kompetencí (Purnell, 2002, s. 194)

Příloha B Vzor otázek pro polostrukturovaný rozhovor

Dobrý den,

mé jméno je Zuzana Smilková a ráda bych s Vámi provedla rozhovor. Chci Vás ujistit, že informace, které mi sdělíte, budou použity pro zpracování mé diplomové práce na téma Kulturně kompetentní péče. Data, která budou zveřejněna, budou anonymní, a tudíž nebudou spojena s Vaší osobou. Rozhovor můžete v průběhu dotazování kdykoli přerušit a pokud nebudete chtít na některé otázky odpovídat, nemusíte.

Celý rozhovor je rozdělen na 12 tematických celků. Na úvod bych se Vás ráda zeptala na informace týkající se například Vašeho pobytu v České republice.

I. PŘEHLED/DĚDICTVÍ/TOPOGRAFIE

1. Jak dlouho žijete v České republice?
2. Odkud pocházíte?
3. K jakému etniku se řadíte?
4. Jaká je vaše národnost?
5. Z jakého důvodu jste se přestěhovala do České republiky?
6. Narodili se Vaši rodiče v České republice?
7. Máte zdravotní pojištění?
8. Jaká je úroveň Vašeho vzdělání?
9. Je Vám vzdělání v České republice uznáno?
10. Jaký je Váš rodinný stav?

Děkuji a nyní přejdeme na další celek, kterým je komunikace.

II. KOMUNIKACE

11. Jak chcete být oslokována?
12. Jak chcete být uvítána?
13. Jaký je Váš rodný jazyk?
14. Jakými jazyky se domluvíte?
15. Je pro Vás náročné sdílet vaše pocity a myšlenky s rodinou?
16. Je pro Vás náročné sdílet vaše pocity a myšlenky s přáteli?
17. Je pro Vás náročné sdílet vaše pocity a myšlenky se zdravotníky?

Objektivně:

18. Vzdálenost při komunikaci se zdravotníky je:
A. Intimní (30 - 50cm) B . Osobní (51cm - 120cm) C . Sociální (121 - 360cm)
19. Během komunikace se zdravotníky je oční kontakt:

- A. Přiměřený B . Těká pohledem C . Žádný oční kontakt
20. Jaký je vzorec řeči?(možnost více odpovědí)
- A. Tichý B . Hlasitý C . Pomalý D . Rychlý

Tímto jsou otázky týkající se komunikace vyčerpány a nyní bych rozhovor ráda zaměřila na informace o Vaší rodině.

III. ROLE A ORGANIZACE V RODINĚ

21. Kdo dělá většinu rozhodnutí ve Vaší rodině?
- 21.1 Jaká rozhodnutí dělají obvykle ženy ve vaší rodině?
- 21.2 Jaká rozhodnutí dělají obvykle muži ve vaší rodině?
22. Jaké jsou povinnosti žen ve Vaší rodině?
23. Jaké jsou povinnosti mužů ve Vaší rodině?
24. Co mají dospívající lidé zakázané? Například kouření, drogy, sex před svatbou.
25. Jaké jsou role starších dospělých v rodině?
26. Bydlí širší rodina s Vámi v domácnosti?
27. Jaké jsou role širší rodiny ve vaší domácnosti?
28. Co přispívá Vám a Vaší rodině k sociálnímu postavení, které máte?
29. Je pro Vás přijatelné, aby lidé měli děti mimo manželství?
30. Je pro vás přijatelné, aby spolu lidé žili a nebyli oddáni?
31. Je pro Vás přijatelné, aby spolu žili homosexuální páry?

Děkuji, tato kapitola byla poměrně obsáhlá. Nyní bych se Vás ráda zeptala na problematiku práce a pracovních povinností.

IV. PROBLEMATIKA PRACOVNÍCH SIL

32. Jaké je Vaše zaměstnání? Pokud jste již v důchodu, kde jste pracovala?
33. Existují zdravotní rizika spojená s Vaším zaměstnáním? Jaká?
34. Chodíte zpravidla do práce včas?
35. Máte v práci problémy s osobami opačného pohlaví? Jaké?
36. Označila byste se za loajálního zaměstnance?
37. Dělá Vám čeština potíže při komunikaci v zaměstnání?

Nyní přejdeme k otázkám věnujícím se zdraví.

V. BIODIVERZITA A EKOLOGIE

38. Máte alergii například na léky, dezinfekce, potraviny?
39. Měla jste někdy problémy při užití volně prodejných léků? Jaké problémy a u kterých léků?
40. Vyskytují se ve Vaší rodině nějaké nemoci?
41. Vyskytují se ve Vaší rodině genetické vady?
42. Máte problémy se zrakem?
 - 42.1 Nosíte kontaktní čočky?
43. Máte problémy se sluchem?
 - 43.1 Máte naslouchátko?

S touto tematikou souvisí i rizikové chování, jako je například kouření, sedavý způsob života, ale naopak i sportování. Ráda bych se Vás zeptala na několik otázek této problematiky.

VI. VYSOCE RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ

44. Kouříte cigarety? Pokud ano, kolik kusů denně?
45. Kouříte dýmku?
46. Žvýkáte tabák?
47. Pijete alkohol? Jaké množství a jak často?
48. Užíváte jiné návykové látky?
49. Provádíte nějakou sportovní činnost, aktivitu? Pokud ano, jak často a jakou činnost?
50. Provádíte nějaká opatření jako prevenci před infekčními nemocemi a sexuálně přenosnými nemocemi?

Nyní přejdeme k otázkám, ve kterých budu zjišťovat Vaše stravovací návyky a složení stravy, kterou jíte, co Vám vyhovuje a co naopak ne.

VII. VÝŽIVA

51. Jste spokojená se svojí postavou?
52. Kolikrát denně jíte?
53. Jaké potraviny jíte pro udržení zdraví?
54. Vyhýbáte se některým potravinám?
55. Existují potraviny, po kterých míváte zažívací problémy?
56. Máte pro některá onemocnění specifické jídlo?
57. Jaký typ nápoje upřednostňujete?
58. Jaká jídla jsou tradiční ve Vaší kultuře?
59. Jsou některá jídla, která jedí pouze ženy/muži/děti?

- 60. Vyhovuje Vám nemocniční stravování?
 - 60.1 Vyhovuje Vám složení stravy v nemocnici?
 - 60.2 Vyhovuje Vám počet jídel v nemocnici?
 - 60.3 Vyhovuje Vám množství jídla v nemocnici?
 - 60.4 Vyhovuje Vám způsob podávání stravy v nemocnici?

Nyní se budeme věnovat vážnějšímu tématu, kterým je umírání a věcem, které jsou s tímto obdobím života spojeny.

VIII. RITUÁLY SMRTI

- 61. Provádíte něco „zvláštního“ pro umírajícího?
- 62. Jaký způsob pohřbu preferujete?
- 63. Jak brzy po smrti je zemřelý obvykle pohřben?
- 64. Jak jednotliví rodinní členové truchlí?
- 65. Co pro Vás smrt znamená?
- 66. Věříte v posmrtný život? V jaké podobě?
- 67. Účastní se děti pohřbu?

Na problematiku umírání do jisté míry navazují i otázky náboženství, spirituality.

IX. SPIRITUALITA

- 68. Jaké náboženství vyznáváte?
- 69. Považujete se za hluboce věřící?
- 70. Kolikrát denně se modlíte?
- 71. Za co se nejčastěji modlíte?
- 72. Můžeme pro Vás zajistit něco, co byste potřebovala k modlitbě?
- 73. Meditujete?
- 74. Jaké jsou Vaše životní priority?
- 75. Jaké duchovní praktiky provádíte pro udržení tělesného a psychického zdraví?

Poslední tři témata se týkají zdraví, zdravotní péče a zdravotníků a nakonec těhotenství a porodu.

X . PRAKTIKY ZDRAVOTNÍ PÉČE

- 76. Provádíte prevenci k udržení zdraví?
- 77. Užíváte pravidelně léky?
- 78. Co obvykle užíváte proti bolesti?

79. Jak vyjadřujete bolest?
80. Využíváte k léčbě přírodní medicínu?
81. Využíváte některé tradiční léčebné praktiky, například akupunkturu, akupresuru, aromaterapii?
82. Je pro Vás přijatelné přijmout krevní transfúzi?
83. Jste dárcem krve?
84. Darovala byste orgán v případě potřeby?
85. Přijala byste orgán v případě potřeby?
86. Souhlasíte s provedením umělého ukončení těhotenství?
87. Jak je ve Vaší kultuře nahlíženo na lidi s mentálním postižením?
88. Jak je ve Vaší kultuře nahlíženo na lidi s chronickým onemocněním?

XI. POSKYTOVATELÉ ZDRAVOTNÍ PÉČE

89. Ke komu chodíte, pokud jste nemocná?
90. Jsou pro Vás služby zdravotní péče snadno dostupné?
91. Vyžadujete být ošetřována osobou stejného pohlaví?
92. Chcete, aby Vás při vyšetření někdo doprovázel?
93. Komu se sděluje diagnóza a plánovaný postup léčby?

XII. TĚHOTENSTVÍ

Následující otázky odpovídají pouze těhotné ženy nebo ženy, které už rodily.

100. Chráníte se proti neplánovanému početí?
101. Po kolikáté jste těhotná?
102. Po kolikáté budete rodit?
103. Co znamená pro Vás a Vaši rodinu těhotenství ženy?
106. Provádíte nějaké speciální rituály pro podporu otěhotnění?
107. Provádíte/Prováděla jste speciální postupy během těhotenství?
108. Existují jídla, která byste neměla jíst/jste nejedla během těhotenství?
109. Jíte/Jedla jste během těhotenství speciální jídla?
110. Jsou aktivity, kterým se v těhotenství vyhýbáte/vyhýbala jste se?
111. Konzumujete/konzumovala jste v těhotenství věci, které běžně k jídlu nejsou?
112. Existují speciální potraviny, které jíte/jedla jste během porodu a těsně po něm?
113. Jsou některé potraviny zakázané konzumovat po porodu?
114. Vyhýbáte se/Vyhýbala jste se po porodu některým aktivitám?
115. Máte/Měla jste po porodu omezení v koupeli?
116. Měla jste někoho u porodu?

117. Chcete/chtěla jste si vzít placentu? Pokud ano, jak placentu využijete/jak jste ji využila?
118. Provádíte/prováděla jste nějaké rituály, zvyklosti s novorozencem?
119. Bude Vám někdo pomáhat/Pomáhal Vám někdo s novorozencem?

Velice Vám děkuji za rozhovor, vaše odpovědi byly velice zajímavé a přínosné.

Máte k otázkám v rozhovoru nějaké připomínky, náměty?

Chtěla byste doplnit ještě nějaké informace?

Děkuji.

Informovaný souhlas klienta o zařazení do výzkumného šetření

Já(vyplňte prosím jméno a příjmení)
souhlasím se zařazením do výzkumného šetření, jehož cílem je zjistit kulturní specifika a odlišnosti při poskytování ošetrovatelské péče klientům.

Je Vaším právem si vyžádat další informace u níže uvedených kontaktních osob.

Já, níže podepsaná, souhlasím se zařazením do výzkumu v rámci diplomové práce na téma **Kulturně kompetentní péče**. Byla jsem dostatečně informována a seznámena s obsahem a průběhem zmíněného výzkumu. Jsem si vědoma, že mohu kdykoli pomocí ústního vyjádření odstoupit od účasti v šetření bez udání důvodu a tato skutečnost nebude mít vliv na moji léčbu. Údaje o Vaší osobě nebudou zneužity, bude zajištěna ochrana osobních dat. Získané nahrávky rozhovoru a jejich doslovná transkripce, včetně poznámek z pozorování, budou zpracovány a uchovány dle Zákona č. 439/2004 Sb., kterým se mění zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Budete-li chtít v jakékoli fázi šetření odstoupit, Vaše případná neúčast ve studii neovlivní Vaši další léčbu a péči. Odstoupit můžete slovním vyjádřením.

Souhlasím s publikováním získaných výsledků v odborném tisku.

Ve Zlíně dne

Podpis klientky

Bc. Zuzana Smilková

studentka studijního oboru
Perioperační péče v gynekologii a porodnictví
Fakulta zdravotnických studií
Univerzita Pardubice
email: zuzanazarembova@setnam.cz

Mgr. Zuzana Škorníčková

vedoucí diplomové práce
Fakulta zdravotnických studií
Univerzita Pardubice
email: zuzana.skornickova@upce.cz

Vážené kolegyně,

obracím se na Vás s prosbou o vyplnění krátkého dotazníku na téma Poskytování kulturně kompetentní péče. Výsledky šetření budou zpracovány v mé diplomové práci v rámci studia na Fakultě zdravotnických studií v Pardubicích. Dotazník je zcela anonymní a veškeré informace z něj získané budou použity jen pro účely diplomové práce.

Předem Vám děkuji za spolupráci při vyplňování dotazníku.

Bc. Zuzana Smilková

1) Jak dlouho pracujete jako porodní asistentka?

.....

2) Na kterém oddělení pracujete?

- A. Oddělení gynekologie
- B. Oddělení šestinedělí
- C. Novorozenecké oddělení
- D. Porodní sál
- E. Jiné (prosím
vypište).....

3) O které klientky jiného etnika se nejčastěji staráte na Vašem oddělení? Můžete označit více možností.

- A. Klientka německé národnosti
- B. Klientka polské národnosti
- C. Klientka slovenské národnosti
- D. Klientka vietnamské národnosti
- E. Klientka ukrajinské národnosti
- F. Klientka ruské národnosti
- G. Klientka britské národnosti
- H. Klientka romské národnosti
- I. Jiné (prosím vypište).....

4) Jaký je Váš postoj ke klientkám jiného etnika?

- A. Nedělám rozdíly mezi českou klientkou a klientkou jiného etnika
- B. Klientku přenechám raději zkušenější kolegyni
- C. Pracovat s klientkou jiné národnosti je mi nepříjemné

5) Jakým cizím jazykem se domluvíte? Pokud cizí jazyk neovládáte, pokračujte otázkou č. 7.

- A. Anglicky
- B. Německy
- C. Rusky
- D. Žádný cizí jazyk neovládám
- E. Jiný (prosím vypište).....

6) Jak byste ohodnotila úroveň Vaší znalosti cizího jazyka?

- A. Výborná
- B. Velmi dobrá
- C. Dobrá
- D. Dostatečná

7) Jaké pomůcky využíváte při rozhovoru s klientkou jiného etnika? Můžete označit více možností.

- A. Obrázky
- B. Komunikační karty
- C. Demonstraci a mimiku
- D. Slovník
- E. Žádné pomůcky nepoužívám
- F. Jiné (prosím vypište).....

8) Máte možnost na svém oddělení zajistit kontakt s tlumočnickem?

- A. Ano
- B. Ne
- C. Nevím

9) Co je podle Vás efektivní komunikace s klientkou?

.....
.....

10) Může neefektivní komunikace s ženou jiného etnika ovlivnit průběh její léčby?

Pokud je Vaše odpověď možnost C, D nebo E, pokračujte otázkou č. 12.

- A. Rozhodně ano
- B. Spíše ano
- C. Nevím
- D. Spíše ne
- E. Rozhodně ne

11) Uved'te p'íklad, jak neefektivní komunikace s klientkou jiného etnika může ovlivnit průběh její léčby?

.....

12) Co znamená pojem multikulturní péče v porodní asistenci?

.....

.....

13) Respektujete kulturní odlišnost svých klientek? Pokud je Vaše odpověď možnost C nebo D, pokračujte otázkou č. 15.

- A. Rozhodně ano
- B. Spíše ano
- C. Spíše ne
- D. Rozhodně ne

14) Popište, jakým způsobem respektujete kulturní odlišnost klientek jiného etnika?

.....

.....

.....

15) Co je typické pro vietnamské stravování?

- A. Odmítají drůbeží maso
- B. Jsou striktní vegetariáni
- C. Odmítají ryby
- D. Nesnášenlivost k mléčným výrobkům
- E. Nevím

16) Pro vietnamskou klientku je nepřipustné?

- A. Žena jako ošetřující lékařka
- B. Muž jako ošetřující lékař
- C. Krevní transfúze
- D. Otevřená kritika klientky a narušení intimity
- E. Nevím

17) Kde jste informace o problematice multikulturního ošetrovatelství získala?

- A. Škola
- B. Odborný seminář
- C. Literatura
- D. Internet
- E. Informační brožura
- F. Jiné (prosím vypište).....
- G. Tento druh informací nevyhledávám

19) Kolik je Vám let?

.....

20) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- A. Vyšší odborné vzdělání
- B. Vysokoškolské bakalářské vzdělání
- C. Vysokoškolské magisterské vzdělání
- D. Specializační vzdělávání
- E. Jiné (prosím vypište).....