

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2012

Zuzana Pálková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

Zuzana Pálková

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U VIETNAMSKÉ
MINORITY**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Miroslava Moučková

PLZEŇ 2012

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 28. 3. 2012.

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Chtěla bych poděkovat Mgr. Miroslavě Moučkové za odborné vedení mé bakalářské práce, za její cenné připomínky a rady, za ochotu a trpělivost při konzultacích.

Anotace

Příjmení a jméno:	Zuzana Pálková
Katedra:	Ošetrovatelství a porodní asistence
Název práce:	Specifika ošetrovatelské péče u vietnamské minority
Vedoucí práce:	Mgr. Miroslava Moučková
Počet stran – číslované:	48
Počet stran – nečíslované:	22
Počet příloh:	2
Počet titulů použité literatury:	30
Klíčová slova:	multikulturní ošetrovatelství, Vietnam, všeobecná sestra, pacient, zdraví, nemoc, náboženství, kultura, tradice, zvyky

Souhrn:

Tato bakalářská práce shrnuje poznatky všeobecných sester o specifičích ošetrovatelské péče u vietnamské minority. Lze ji rozdělit do dvou základních částí. První část obsahuje teoretický souhrn o Vietnamu, vietnamské kultuře, náboženství, tradicích a zvyčích. Ve druhé části jsou zkoumány znalosti všeobecných sester o specifičích vietnamské kultury a jejich zájem o multikulturní ošetrovatelství. V závěru práce navrhuji informační brožuru se souhrnými informacemi, týkající se specifik ošetrovatelské péče u vietnamské minority.

Annotation

Surname and name:	Zuzana Pálková
Department:	Nursing and Midwifery
Title of thesis:	specific nursing care for vietnamese minorities
Consultant:	Mgr. Miroslava Moučková
Number of pages – numbered:	48
Number of pages – unnumbered:	22
Number of appendices:	2
Number of literature items used:	30
Keywords:	multicultural nursing, Vietnam, nurse, vietnamese patient, health, disease, religion, culture, habits, tradition

Summary:

The aim of this bachelor work is to present the general duty nurse's knowledges about specifics of nursing of Vietnamese minority. The work is divided into two parts. The first part includes a teoretic summary about Vietnam, Vietnamese culture, religion, traditions and customs. The second part deals with the general duty nurse's knowledges about specifics of Vietnamese culture and their interest in a multicultural nursing. In the end of the bachelor work I design an information brochure with overall informations concerning specifics of nursing of Vietnamese minority.

OBSAH

ÚVOD.....	10
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 MULTIKULTURNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ	11
1.1 Koncepční modely	11
1.1.1 Koncepční model „vycházejícího“ slunce.....	11
1.1.2 Model kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče.....	12
2 STRUČNÁ HISTORIE VIETNAMU	13
3 VIETNAMSKÁ SOCIALISTICKÁ REPUBLIKA	15
3.1 Jazyk a písmo	15
3.2 Náboženství	16
3.3 Tradice a zvyky	17
3.4 Specifické rysy vietnamské kultury.....	18
4 ZAČÁTKY ČESKO-VIETNAMSKÝCH VZTAHŮ A HISTORIE MIGRACE VIETNAMCŮ NA ÚZEMÍ ČESKÉ REPUBLIKY.....	19
4.1 Vietnamci v současné České republice	20
5 TRADIČNÍ VIETNAMSKÁ MEDICÍNA.....	21
5.1 Systém Vietnamského zdravotnictví	22
6 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	23
6.1 Specifika stravování a tradiční vietnamská kuchyně.....	23
6.2 Tradiční vietnamská rodina a pohled na soukromí.....	24
6.3 Vnímání zdraví a nemoci.....	25
6.4 Pohled na stáří, umírání a smrt	26
7 KOMUNIKACE S CIZINCI.....	27
7.1 Komunikační karty	27
7.2 Komunikace pomocí tlumočnicka.....	27
8 ZDRAVOTNÍ PÉČE O CIZINCE V ČR	29
8.1 Bezplatné poskytování zdravotní péče na základě mezinárodních zdravotních smluv	29
9 PRAKTICKÁ ČÁST	30
9.1 Cíl výzkumu	30
9.2 Vzorek respondentů.....	30
9.3 Metodika výzkumu.....	30

9.4	Vyhodnocení dotazníkového šetření	31
9.5	Zpracování údajů	32
	DISKUSE	52
	ZÁVĚR.....	57
	POUŽITÁ LITERATURA	58
	SEZNAM GRAFŮ	61
	SEZNAM TABULEK	62
	SEZNAM ZKRATEK	63
	SEZNAM PŘÍLOH	64

ÚVOD

S neustále vyspělejší a modernizující se společností se každoročně zvyšuje i migrace obyvatelstva. Rozdílné národnosti a kultury, které od sebe dříve dělily uzavřené hranice, dnes mohou žít vedle sebe a vzájemně se prolínat. Také do dříve uzavřené České republiky přichází stále více cizinců, ať již za azylem, studiem nebo za lepším výdělkem. Stejně jako v jiných zemích, i u nás neustále stoupá počet příslušníků jiných národnostních menšin a jejich rodin. Mezi tři nejpočetnější etnické skupiny, žijící na našem území můžeme zařadit Slováky, Ukrajince a Vietnamce.

Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila právě na vietnamskou komunitu, typickou svou uzavřeností. Vietnamci žijí na našem území již několik desítek let. Stejně jako pro ostatní etnika pro ně není lehké začlenit se do naší společnosti. Překážka není pouze v jazykové bariéře, ale také ve výrazně odlišné kultuře. Kulturní odlišnosti jsou patrné v tradičních zvycích a náboženství, ale také ve způsobu života, vnímání zdraví, prožívání nemoci a umírání a celkově v ošetrovatelské péči.

Protože zdravotničtí pracovníci se stále častěji, při své práci, mohou setkat s příslušníkem jiné etnické skupiny myslím si, že je důležité, aby měli alespoň základní informace o kulturních specifických našich nejpočetnějších minorit.

Základem kvalitní ošetrovatelské péče je poskytování individualizované péče a uspokojování jednotlivých potřeb pacienta. Všichni pacienti mají právo na ošetrovatelskou péči poskytovanou na stejně vysoké úrovni. Aby to bylo možné, je třeba brát ohled na jejich kulturní specifika, protože ke zlepšení zdravotního stavu pacienta přispívá nejen léčba samotná, ale i dobrý psychický stav klienta.

V teoretické části jsem se snažila vymezit základní informace o Vietnamu, o jejich tradicích a náboženství a kulturních specifických.

Cílem mé výzkumné části bylo zjistit vědomosti všeobecných sester o specifických vietnamské kultury. Porovnávala jsem, zda jsou znalosti odlišné u všeobecných sester se středoškolským, vyšším odborným a bakalářským nebo magisterským vzděláním. Dále jsem se také zajímala o to, zda mají všeobecné sestry zájem vzdělávat se v multikulturním ošetrovatelství.

TEORETICKÁ ČÁST

1 MULTIKULTURNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

Dříve se termíny multikulturní a transkulturní ošetřovatelství používaly k vyjádření téhož. Dnes jsou mezi těmito dvěma pojmy patrné určité rozdíly. [1]

Pojem multikulturní ošetřovatelství znamená respektování více etnických a náboženských skupin s ohledem na jejich tradice a zvyky. Ideálem tohoto filosofického proudu je harmonické soužití odlišných kultur v pluralitní společnosti, kultur které nemají společné prvky. Naproti tomu transkulturní ošetřovatelství je teoretický a praktický obor, zaměřený na rozdíly a podobnosti v péči o různé etnické skupiny. Transkulturní ošetřovatelství přesahuje hranice kultur, které se vzájemně ovlivňují, ale jsou mezi nimi určité společné prvky. [2]

Otevření hranic po roce 1989 nepřineslo pouze velkou migraci obyvatelstva, ale také první myšlenky a teorie multikulturního a transkulturního ošetřovatelství do českého ošetřovatelství. Rovněž vstup České republiky do Evropské unie otevřel hranice cizincům, díky nimž dochází k mísení různých kultur, tradic a zvyků. Možnost poskytování té nejlepší možné péče jak příslušníkům majoritní, tak i minoritní společnosti vedly k nutnosti používání teorií multikulturního/transkulturního ošetřovatelství. [2]

1.1 Koncepční modely

Koncepční modely slouží ke sběru informací ve zdravotnictví. Zabývají se představami o jednotlivcích, skupinách a situacích, které jsou zajímavé z hlediska vědní disciplíny. Mezi nejznámější koncepční modely, které se týkají transkulturního ošetřovatelství, řadíme model vycházejícího slunce Madeleine Leiningerové a také model kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče podle Joyce Newan Gigerové a Ruth Davidhizarové. [3]

1.1.1 Koncepční model „vycházejícího“ slunce

Madeleine Leiningerová se v 50. letech 20. století začala zajímat o vliv kultury na chování jedince ve zdraví a v nemoci. Leiningerová měla díky sesterské praxi zkušenosti s etnickou rozdílností pacientů a všimla si rozdílů v chování příslušníků jednotlivých národností. Uvědomovala si, že kultura výrazně ovlivňuje nejen životní styl, ale také ošetřovatelskou péči. Je autorkou první studie zaměřující se na transkulturní

ošetřovatelství. V roce 1960 definovala transkulturní ošetřovatelství jako oblast studií a praxe, která se zaměřuje na poskytování holistické péče jednotlivcům či skupinám s ohledem na jejich kulturní zvyklosti a víru. Během dalších třiceti let Leiningerová svou teorii a myšlenky o transkulturní péči nadále rozvíjela a publikovala. [3]

Madeleine Leiningerová vytvořila model transkulturní péče, známý pod označením „model vycházejícího slunce“. Prostřednictvím „modelu vycházejícího slunce“ jsou graficky znázorněny a vysvětleny teorie transkulturní péče. Model obsahuje čtyři úrovně seřazené od nejabstraktnějších po nejméně abstraktní. Model M. Leiningerové umožňuje sestřám lépe pochopit teorii transkulturní péče. Transkulturní péče M. Leiningerové je nejen vědou, ale i uměním a profesí, která kulturně vhodnými způsoby podporuje udržování zdravého způsobu chování u osob pocházejících z různých kultur. [3, 4]

1.1.2 Model kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče

Tento model, jehož autorkami jsou Joyce Newman Gigerová a Ruth Davidhizarová, byl vytvořen v roce 1988. Jeho hlavním účelem bylo usnadnění hodnocení a poskytování péče kulturně odlišným pacientům. Model vychází a částečně navazuje na model transkulturní péče M. Leiningerové. Autorky zde rozpracovaly další rovinu transkulturního ošetřovatelství, která se zaměřuje na hodnocení potřeb klienta a na ošetřovatelské intervence. Model zdůrazňuje kulturní unikátnost každého jedince. Hodnocení by mělo zahrnovat 6 oblastí, kterými jsou komunikace, interpersonální prostor, sociální začlenění, ovládání prostředí a biologické variace. [5]

2 STRUČNÁ HISTORIE VIETNAMU

Vietnam má velmi dlouhou a pestrou historii, která byla z velké části ovlivněna kolonialismem. První zmínky o osidlování území dnešního Vietnamu jsou, podle archeologických nálezů, staré 500 tisíc let. V 10. století př. n. l. se zde usadilo neolitické obyvatelstvo. Do tohoto období spadají první zmínky o obdělávání půdy, pěstování rýže a ostatních plodin, ale také o výrobě bronzu a keramiky. Od 3. století př. n. l. se zde začínají vytvářet první vyspělejší kultury, jakou byla například kultura Dong Son. Vietnam byl po většinu svého vývoje pod nadvládou jiného státu. Od 1. století do konce 6. století byl jižní Vietnam součástí kambodžského království Funan, známého především vyspělou architekturou a uměním. Čína, která si ve 2. století př. n. l. podrobila deltu Rudé řeky, se snažila rozšířit do Vietnamu svou kulturu, náboženství a zavést zde centralizovaný státní systém. Obyvatelé reagovali na čínskou nadvládu řadou povstání, ale všechna pro ně skončila neúspěšně. Vliv Číny, ale naopak přinesl i řadu pokroků. Začalo se s budováním hrází a zavlažovacích systémů, což posílilo pěstování rýže a jiných plodin. Vietnam se stal důležitou zastávkou na cestě mezi Čínou a Indií. V 10. století využili Vietnamci rozpadu čínské dynastie Tchang a vzbouřili se proti jejich nadvládě, tentokrát úspěšně. [6, 7]

K velkému ekonomickému a politickému rozkvětu došlo za vlády dynastie Ly v období od 11. do 13. století. Počátkem 15. století Vietnam opět dobyli Číňané. Opětovnou čínskou nadvládu ukončilo povstání v roce 1428. V 16. století dorazili k vietnamským břehům první portugalské námořníci a během následujících desetiletí zde vytvořili obchodní kolonii. Křesťanství, které do Vietnamu šířili dominikánské mniši zde mělo silnější vliv než v kterékoli jiné asijské zemi. [7, 8]

V roce 1847 zaútočilo na přístav Danang francouzské námořnictvo. Nezávislý vietnamský stát ukončili Francouzi roku 1887 založením Indočínské unie. Koloniální správa začala s budováním veřejných staveb, jako např. železnice mezi Hanojí a Saigonom. Vše se financovalo z vysokých daní, které velice poznamenaly především tradiční venkovské hospodářství. Touha vietnamského obyvatelstva po samostatnosti vedla k založení vlasteneckých hnutí. Největší silou v boji proti kolonialismu byli komunisté, kteří nejlépe dokázali motivovat rolníky k spravedlivému rozdělení půdy. Existenci Indočínské unie ukončila až 2. světová válka. Když během války podlehla Francie německým vojskům, zaujali její místo Japonci. Vietnamská demokratická republika s hlavním městem Hanoj, byla vyhlášena roku 1945. Francie, která se nedokázala smířit, se ztrátou plodné kolonie se pokoušela o její zpětné získání až do roku 1954. Boje byly

ukončeny drtivou porážkou Francouzů u Dien Bien Phu. Podle Ženevských dohod byl Vietnam rozdělen, podél 17. rovnoběžky na komunistickou Severní demokratickou a Jižní pro-francouzskou republiku. Zakladatelem komunistické strany a prezidentem Severního Vietnamu byl od roku 1946 až do své smrti roku 1969, Ho Či Min. Ho Či Min (světloňoš) vlastním jménem Nguyen Tat Than je jednou z nejvýznamnějších osobností moderních vietnamských dějin. Pod Ho Či Minovým vlivem vznikla v Severním Vietnamu protiamericky zaměřená Fronta národního hnutí a 2. srpna 1946 zaútočily v Tonkinském zálivu severovietnamské bitevní lodě na americké torpédoorbore. Tak vypukla otevřená americko-vietnamská válka, během níž spadlo na Vietnam více bomb než během druhé světové války. [6, 7]

Veškeré bojové operace byly ukončeny 27. ledna 1973 podepsáním tzv. Pařížské dohody, které se účastnily Spojené státy americké, Vietkong, Severní a Jižní Vietnam. V červenci 1976 byla vyhlášena sjednocená Vietnamská socialistická republika, která byla o několik let později přijata do OSN (Organizace spojených národů). Po odchodu Američanů začali na oslabenou zemi útočit Číňané a Rudí Kmérové z Kambodže, které Vietnam z posledních sil odrazil. [8]

V současné době je Vietnam spolu s Kambodžou, Severní Koreou a Čínou jednou z posledních komunistických zemí na světě. [6]

3 VIETNAMSKÁ SOCIALISTICKÁ REPUBLIKA

Vietnam, oficiálním názvem Vietnamská socialistická republika, se rozkládá na východním pobřeží Indočínského poloostrova a je charakteristická velice rozmanitým terénem. Vietnam sousedí na severu s Čínou, ze západu s Kambodžou a Laosem a z východu je omýván Indočínským mořem. Vzhledem k monzunům je rok, ve středních a jižních částech země členěn pouze na dvě roční období. A to na období sucha a období dešťů. Naopak v Severním Vietnamu má rok standardně čtyři roční období, kdy léto je horké a zima poněkud chladnější. Významným odvětvím vietnamského hospodářství je zemědělství, kde je zaměstnáno stále velké množství obyvatel. Hlavním zemědělským produktem je zde rýže. Rýžová pole proto zauímají téměř 80% veškeré obdělávané půdy. Od poloviny 80. let 20. století došlo k velkému rozvoji zemědělské produkce a Vietnam se během několika let zařadil mezi největší vývozce rýže na světě. [9]

Administrativně se celý stát rozděluje na 63 provincií a 5 měst, která jsou pod ústřední správou. Patří sem Hanoj, Hai phong, Hu Či Minovo město, Da Nang a Can Tho. Provincie se dělí na okresy a obce. Města se rozdělují na obvody a čtvrti. [6]

Vietnam s počtem obyvatel 84,15 mil. z roku 2007 zauímá na žebříčku nejlidnatějších zemí světa třináctou příčku. Největší hustota osídlení je v deltě Rudé řeky, zatímco v horských oblastech je počet obyvatel nejmenší. Průměrný věk mužské populace se pohybuje okolo 68 let, ženy se dožívají v průměru 74 let. Lidé mladší 25 let tvoří 53%. Vietnamské obyvatelstvo je velmi různorodé. Oficiálně žije na území státu 54 etnik. Mezi nejvýznamnější patří etnikum Viet, ke kterému se hlásí asi 86% celkové populace. Dále pak Vietnam obývají Tajové, Thajové, Muonové, Hmongové, Khmerové, Čajové a Číňané. [9]

3.1 Jazyk a písmo

Státním jazykem je zde vietnamština, kterou hovoří 88% obyvatelstva. Je patnáctým nejrozšířenějším jazykem světa. Vietnamština je mateřským jazykem nejpočetnějšího etnika Viet. Ostatní etnika používají své vlastní jazyky, kromě toho mluví také vietnamsky. Jazyk se dle regionů mírně liší, což ale nepředstavuje komunikační bariéru. Písemná forma jazyka je jednotná na celém území státu. Velký vliv na jeho vznik měli francouzští misionáři, kteří vytvořili fonetickou transkripci vietnamštiny s použitím latinské abecedy. Původně se k psaní používaly čínské znaky, z nichž bylo ve 13. století vytvořeno znakové písmo, které se ale kvůli své náročnosti příliš nepoužívá. Mezi jazyky,

kteře se dnes ve Vietnamu používají, se dále řadí čínština, angličtina a francouzština. [2, 6, 9]

3.2 Náboženství

V nejstarších dobách převažovala ve Vietnamu, podobně jako v jiných dávných kulturách víra v duchy a přírodní síly. Tato duchovní kultura přetrvává ve Vietnamu dlouhá staletí a některé její prvky se objevují i dnes. Podle dochovaných legend stály dokonce zázračné bytosti i u vzniku vietnamského státu. Podle pověsti je praotcem národa mořský drak a jeho ženou víla z hor. Jejich potomci jsou předky národa Vietů a ostatních národů žijících na území Vietnamu. Charakteristickým rysem vietnamské kultury je rovněž kult předků, tedy víra v existenci duchovní schránky člověka. Lidé věří, že po smrti duše ze světa neodchází, ale zůstává, aby mohla nadále zasahovat do rodinných záležitostí. Ústředním místem kultu jsou oltáře předků, které by měly mít své místo v každé vietnamské domácnosti. Moderní vietnamské rodiny je mohou vnímat spíše jako kulturní tradici než náboženskou záležitost. O svátcích je zvykem pokládat na oltáře různé dary (oběti) v podobě pálenky, rýže, ovoce a dalších předmětů, kterými je možné si duchy naklonit. [10]

Základ vietnamského náboženství vytváří tři náboženské směry, buddhismus, konfucianismus a taoismus. V současné době se nejvíce obyvatel hlásí k buddhismu. Tento nábožensko-filosofický směr přišel do Vietnamu již před naším letopočtem. Jedná se o jedno z nejrozšířenějších světových náboženství, ke kterému se hlásí okolo 500 milionů lidí po celém světě. Základ buddhistickému učení položil Siddhárta Gautama, který žil v 5. – 6. př. n. l. na území severovýchodní Indie. Základní idejí je představa o koloběhu života a o nekonečném převtělování duší, které se podle zásluh během života převtělují do zvířat, lidí, rostlin a duchů. Podstatou náboženství je uvědomění si smyslu života a utrpení, které život přináší a ukončení neustále se opakujícího koloběhu dosažením Nirvány (věčný klid, osvobození). Buddhismus výrazně ovlivnil vietnamskou kulturu a její tradice. Buddhistická centra dnes plní kromě své duchovní role i funkci turistických atrakcí. [10, 11]

V České republice byl první buddhistický chrám založen vietnamskou komunitou v lednu 2008 ve Vansdorfu. [12]

Do Vietnamu rovněž pronikly i myšlenky konfucianismu a taoismu. Počátky konfucianismu jsou spjaty s čínským mudrcem Konfuciem, který žil v letech 551-479 př.

n. I. Konfucius našel cestu k lepšímu životu člověka a ke správnému fungování společnosti v úctě, vzdělávání, moudrosti a snaze o sebezdokonalování. Hlavním cílem konfucianismu je vštípit lidem správné morální hodnoty. Důležitou praxí, kterou přinesl tento myšlenkový směr dálnému východu, byly úřednické zkoušky. Konfuciáni vycházeli z názoru, že v uspořádaném světě má každý člověk své dané místo. Na ta nejvyšší místa ve společnosti by měli dosáhnout pouze vzdělaní lidé. Ve Vietnamu se první úřednické zkoušky konaly v roce 1075. Podobně jako konfucianismus, i taoismus má své základy v čínské kultuře. Jedná se o učení o harmonii, o svobodě a volnosti. Vychází z nejstarších kosmologických představ. Ve spojení s úvahami o taoismu jsou známa jména dvou čínských mudrců Lao-ce' a jeho žáka Čuang-ce'. Taoisté kladou důraz na přírodní rovnováhu a na důležitost tělesného i duševního zdraví. [10, 13]

Ve Vietnamu má svůj vliv i hinduismus a islám. Křesťanství do Vietnamu rozšířili evropští misionáři v 16. století. Téměř 6 milionů věřících se hlásí ke katolické církvi, což dělá z Vietnamu jednu z největších křesťanských zemí Asie. Snad nejpodivnějším výtvozem vietnamského duchovního života je Cao Dai neboli Kadaismus. Hlavním smyslem této sekty byla snaha o vytvoření univerzální víry sjednocením všech hlavních náboženství. Učení vycházelo z buddhismu, ale obsahovalo i prvky dalších náboženských teorií. V současné době má ve Vietnamu okolo dvou milionů vyznavačů. Vietnamci jsou obecně v duchovním životě velmi tolerantní. [7, 10]

3.3 Tradice a zvyky

Vietnamská tradiční kultura byla do značné míry ovlivněna jednak náboženstvím, ale i výrazným vlivem Číny. Mezi typické tradice můžeme zařadit oslavy svátků, které pro Vietnamce znamenají dny pracovního volna. Snad nejvíce udržovaným svátkem jsou oslavy nového roku, které trvají přibližně od konce ledna do poloviny února. Rodiny a příbuzní se scházejí, dávají si dárky a připravují se tradiční pokrmy. Nedílnou součástí tohoto svátku je i obětování předkům. Dalším svátkem je například Svátek dětí, který připadá na 15. srpna. Mezinárodní den práce se slaví 2. září a 30. dubna je Den vítězství. Pro vietnamské rodiny jsou neopomenutelné oslavy dnů úmrtí předků nebo rodinných příslušníků. Zajímavostí ale je, že na rozdíl od většiny ostatních kultur, se ve Vietnamu neslaví narozeniny. [2]

3.4 Specifické rysy vietnamské kultury

Vietnamci jsou národem dotyků. Dotyky a objímání jsou zcela normální a mnohem častější než u nás, ale pouze v přátelských vztazích. Ve Vietnamu je nepřipustné, aby se milenecký pár na veřejnosti vodil za ruku nebo si jiným způsobem projevoval vzájemnou náklonnost. Vietnamci jsou od mládí vedeni k cudnosti a vzájemné zdrženlivosti. Stejně tak je nevhodné, aby cizí osoba pohládla dítě po hlavičce nebo se muž dotkl cizí ženy. Je to gesto vyjadřující úzký vztah a ten mohou projevovat pouze členové rodiny. Při setkání je zvykem podání pravé ruky. Pokud chce Vietnamec při seznámení projevit úctu, stiskne podávanou ruku a na krátkou chvíli ji podrží v obou dlaních. V souvislosti s tradicemi dálného východu je zvykem, že při setkání je nejprve zdraven muž a teprve poté žena. Rozhovor je obvykle zahájen otázkami na rodinu a zdraví, čímž dávají najevo svůj zájem. Dotazy na věk během rozhovoru nejsou považovány za neuctivé, naopak jsou velmi důležité pro zařazení osoby do společenské hierarchie, která je zde přísně respektována. Vietnamci se často usmívají a smějí na hlas a to i v situacích, které Evropanům nemusí připadat směšné. Mnohdy je smích projevem nejistoty, což může vést v komunikaci s jinými kulturami k mnohým nedorozuměním. Za nezdvořilý je brán přímý pohled do očí. Stejně tak noha přes nohu vyjadřuje nadřazenost a zkřížené ruce na prsou jsou známkou rozčilení. Zcela nepřipustná je otevřená kritika jednotlivce na veřejnosti. Spory je zvykem řešit v soukromí a beze svědků. Je zvykem podávat předměty oběma rukama, čímž Vietnamci dávají najevo, že si druhého váží. Vietnamština nezná tykání ani vykání, používají pouze slovní obraty, které vyplývají z dané situace. Čisté a slušné oblečení je jedním z hlavních znaků slušného chování. Někteří muži si nechávají narůst několik centimetrů dlouhý nehet na jednom nebo obou malíčcích. Dlouhý nehet na malíčku byl dříve považován za důkaz blahobytu, muž nemusel fyzicky pracovat. Dnes tento zvyk přetrvává zejména u obchodníků. [2, 14, 15]

4 ZAČÁTKY ČESKO-VIETNAMSKÝCH VZTAHŮ A HISTORIE MIGRACE VIETNAMCŮ NA ÚZEMÍ ČESKÉ REPUBLIKY

Československá socialistická republika navázala diplomatický vztah s Vietnamskou demokratickou republikou 2. února 1950. Tento rok lze také považovat za oficiální počátek migrace vietnamských občanů na naše území. Vietnamci přijížděli do Československa, v letech 1950-1989, na základě dvou dohod. Na základě dohody o vědeckotechnické spolupráci z roku 1956 přijížděli zejména učňové a praktikanti, kteří se zde vzdělávali v oblastech strojírenství a lehkého průmyslu. Druhá dohoda o kulturní spolupráci, která byla podepsána roku 1957, sem přiváděla především studenty ekonomických a technických oborů. Vietnamské studenty motivovala touha po kvalitním vzdělání, kvalifikaci, zlepšení ekonomické situace a společenského postavení. Vietnamská ambasáda velice přísně kontrolovala studijní výsledky svých občanů. Pokud by byly nedostačující, byl by student nucen opustit Československou republiku (dále jen ČSSR) a vrátit se zpět do vlasti. Hlavním cílem přesunu mladých vietnamských obyvatel do ČSSR byl import technologií a „know how“ což mělo posloužit k rekonstrukci válkou zdevastované země. Po vypuknutí americké války ve Vietnamu bylo v rámci mezinárodní pomoci, do dětských domovů v ČSSR umístěno několik válečných sirotků. Během let 1957-1960 byla také v Honkongu vybudována a plně zařízena, na náklady ČSSR, nemocnice „Česko- vietnamského přátelství“. Mezníkem migrace vietnamských občanů do naší země se stal rok 1985, kdy se v důsledku politických rozhodnutí ČSSR začal snižovat počet Vietnamců v Československu. Během hospodářských reforem roku 1986 se Vietnam začal otvírat cizímu kapitálu (z Číny, Francie, Japonska,...). Po politickém převratu v Československu roku 1989, se čeští politici začali odvracet od spolupráce se zeměmi RVHP (Rada vzájemné hospodářské pomoci). Česká republika (dále ČR) vyrovnala své nesplněné závazky vůči Vietnamu, odstoupila od vzájemných dohod a přerušila tak téměř všechny hospodářské styky s Vietnamem. Tento přelom výrazně oslabil migraci do ČR, ale nepřerušil jí úplně. Od 90. let nepřicházejí Vietnamci do ČR za vzděláním a praxí, ale především za obchodem a lepším výdělkem. [16, 17]

4.1 Vietnamci v současné České republice

V současné době žije formou trvalého pobytu na území České republiky, podle Českého statistického úřadu k 30. 9. 2011, celkem 37 293 vietnamských občanů. Vietnamci u nás tedy tvoří 3. nejpočetnější skupinu cizinců hned po Slovácích a Ukrajincích. Nejvíce Vietnamců, stejně jako ostatních cizinců se usidluje v Praze, na Karlovarsku a Ústecku. Další komunity můžeme rovněž nalézt v pohraničních oblastech jako je například Železná Ruda, kde se zaměřují především na prodej zboží zahraničním turistům. Většina vietnamských obyvatel s dlouhodobým (uděluje se na 1 rok) nebo trvalým pobytem v České republice, pracuje na základě živnostenského oprávnění (volné živnosti na nákupy a prodeje zboží), bez ohledu na své původní zaměstnání. Tím se vietnamská komunita výrazně odlišuje od ostatních cizinců. [16]

Velmi významnou skupinu Vietnamců v České republice, tvoří vietnamské děti a studenti. Ti zde žijí od malička nebo se zde již narodili. Cítí se být Vietnamci, ale za svůj domov považují Českou republiku a do Vietnamu většinou návrat neplánují. Bývají označováni jako „banánové děti“, protože na povrchu vypadají jako Vietnamci, ale uvnitř úplně Vietnamci nejsou. Dříve byly vietnamské děti na českých školách spíše ojedinělé, dnes je zcela běžné, že zde studují gymnázia, vysoké školy, a to s vynikajícími výsledky. Na rozdíl od svých rodičů si rychle a velice dobře osvojují český jazyk, kterým mnohdy hovoří lépe než vietnamsky. Vzdělání totiž v životě Vietnamců hraje velmi důležitou roli a rodiče kladou v tomto směru na své děti velmi vysoké nároky. Dobré vzdělání jim totiž umožňuje najít cestu k dobrému zaměstnání a kvalitnímu životu. Asi nejvýraznějším rysem vietnamské komunity je její uzavřenost. Hlavními příčinami uzavřenosti je jazyková bariéra, kulturní odlišnost a velké pracovní nasazení. Ke komunitní uzavřenosti ale také přispívá dodržování tradičních hodnot, jako je soukromí rodiny. V současnosti má vietnamská komunita v České republice několik organizací. Mezi ty nejznámější patří Svaz Vietnamských podnikatelů v ČR, Svaz Vietnamců v ČR, Svaz vietnamské mládeže a studentů v ČR. Hlavním cílem organizací je sloužit na pomoc příslušníkům vietnamských komunit nebo jejich rodné zemi. Jen malé množství aktivit v těchto organizacích má posloužit k reprezentaci jejich kultury. [16, 18]

5 TRADIČNÍ VIETNAMSKÁ MEDICÍNA

Základy tradičního vietnamského léčitelství jsou postaveny na dávných zkušenostech a jejich počátky spadají již do 13. století př. n. l. [19]

Do dějin vietnamského lékařství se ve 2. polovině 19. století zapsal Tue Tinh, vlastním jménem Nguyen Ba Tinh. Podle jedné z legend, vztahujících se k jeho životu, pocházel Tue Tinh z chudé nevolnické rodiny. Když v šesti letech osiřel, ujali se ho buddhističtí mniši. Dostalo se mu dokonalého a systematického vzdělání a v roce 1351 získal titul doktor. Některé legendy vypráví, že dával přednost v léčbě lidem nemajetným před rodinami panovníků a významných hodnostářů. Tue Tinh, přezdívaný také „bůh jižní medicíny“, své znalosti shrnul do veršované knihy Zázračné účinky jižní medicíny. Kniha zahrnuje terapeutické účinky stovek rostlin a popisuje přes tisíc léčebných postupů. Jeho dílo výrazně ovlivnilo několik dalších generací tradičních vietnamských lékařů. [20]

V tradičním léčitelství dále vynikli 18. století i Le Huu Trac, známý pod jménem Lan Ong, který vytvořil rozsáhlé dílo o 28 svazcích. V díle shrnul myšlenky a vědomosti stovek vietnamských lékařů. Další neméně významnou osobností byl Nguyen-gia-Phan, který položil základ boji proti infekčním nemocem a bývá považován za prvního epidemiologa. Tradiční medicínu užívanou obyvateli Vietnamu lze rozdělit na jižní a severní. Tradiční jižní medicína vznikala v deltě Rudé řeky a neměla žádné teoretické základy. Zahrnovala především léčiva přírodního původu, ale objevovaly se zde i metody malé chirurgie. Jižní medicína vyplývala výhradně z lidových zkušeností a znalostí. Severní medicína přišla do Vietnamu později, v 1. tisíciletí n. l. z Číny. V severní medicíně se odráží buddhismus, konfucianismus taoismus a prvky dávné čínské kosmologie. Je postavena na dvou základních protikladných principech jing a jang. Jing ovládá vnitřek těla. Je to negativní, chladný princip, který charakterizuje ženské vlastnosti, Zemi, Měsíc, tmu a smrt. Naproti němu kladný princip jang ovládá povrch těla, charakterizuje mužské vlastnosti, Slunce, nebe, světlo a život. Zdraví je symbolizováno rovnováhou mezi jing a jang, pokud dojde k porušení této vzájemné harmonie, vzniká nemoc. Každý princip má přidělené své orgány. Jing ovládá břicho, žaludek, střeva a močový měchýř. Mezi orgány ovládané principem jang patří ledviny, srdce, plíce, slezina a játra. [19]

Ústřední roli v původním čínském tradičním léčitelství hraje model 5 prvků. Jsou to dřevo, oheň, kov, zem a voda. Každý prvek ovládá svou světovou stranu, roční období, barvu, chuť a lidský orgán. [19, 21]

V tradiční vietnamské farmakologii se využívají především látky a léky rostlinného původu. Nemoci horní poloviny těla bylo zvykem zahánět látkami připravovanými z květů rostlin, zatímco na choroby dolní poloviny těla se používaly léky z kořenů. Výběr léčiv závisel také na tvaru a barvě postižených orgánů. K léčbě onemocnění ledvin se například užívaly fazole. [19]

5.1 Systém Vietnamského zdravotnictví

Vietnamský zdravotní systém je složen ze soukromého a veřejného sektoru, který se dělí na 3 úrovně. První centrální úroveň je řízena ministerstvem zdravotnictví, parciální úroveň spadá pod jednotlivé správní celky. Poslední úroveň lokální zahrnuje menší obvody, vesnice a komunity. Rozdíly v poskytované zdravotnické péči jsou patrné zejména mezi městy a obyvateli z menších vesnic nebo horských oblastí. Vietnamský privátní systém zdravotní péče zahrnuje 30 000 privátních ambulancí a 36 nemocnic s více jak 2 500 lůžky. [22]

Zdravotní pojištění je rozděleno do dvou kategorií. Do první úrovně se řadí státní zaměstnanci, zaměstnanci soukromých podniků s minimálně deseti zaměstnanci, zaměstnanci zahraničních organizací, důchodce a invalidy. Do druhé kategorie patří soukromé zdravotní pojištění. [22]

6 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Hlavním cílem ošetřovatelství je komplexní uspokojování potřeb člověka s respektováním individuální kvality jeho života. Aby bylo možné poskytovat ošetřovatelskou péči členům vietnamské minority žijící v ČR, na stejné úrovni jako českým pacientům, je důležité seznámit se s jejich kulturou. Je zapotřebí, si při poskytování ošetřovatelské péče uvědomit možné odlišnosti a specifika související s jejich zvyky a tradicemi, a brát na ně ohled.

6.1 Specifika stravování a tradiční vietnamská kuchyně

Při poskytování ošetřovatelské péče je třeba brát ohled i na specifika a kulturní odlišnosti týkající se oblasti stravovacích návyků. [22]

Tradiční vietnamská kuchyně má velmi blízko k čínské, ale má svá určitá specifika. Základní surovinou je rýže, která je hlavní složkou vietnamského jídelníčku. Rýže ale také slouží k výrobě těstovin, rýžového octa, alkoholu, rýžového škrobu nebo rýžového papíru, ze kterého se vyrábějí rolky. Nudle se podávají suché nebo v polévce k snídani, obědu nebo večeři. Další důležitou součástí každodenní potravy je zelenina a čerstvé bylinky (bazalka, pepř, máta, koriandr). Jedním z rozdílů mezi vietnamskou a tradiční čínskou kuchyní je příprava zeleniny. Zatímco v Číně se zelenina většinou tepelně upravuje, tradiční vietnamská kuchyně pracuje hlavně s čerstvou nevařenou zeleninou. Masitou stravu zastupují hlavně ryby a drůbež. Zpracovává se také maso vepřové, zvěřina, krabi, sépie, mořské plodiny a můžeme se setkat, na rozdíl od Evropy, s masem psím, kočičím a hadím. Vietnamci jedí pravidelně třikrát denně. Snídaně je jednodušší, hlavními jídly jsou oběd a večeře, při které by se měla sejít celá rodina. Jsou zde k dostání všechny druhy nápojů, jako v Evropě. Starší obyvatelé nejradyji pijí nápoje pokojové teploty, jako jsou čaje, polévky, kávy, dle zvyklosti nepřijímají ústy nic studeného. Vietnamci nemusí tolerovat laktózu, která u nich může vyvolávat zažívací potíže. Většinou trvá několik měsíců než si na ni zvyknou nebo se jí u nás raději vyhnou. Výrazné odlišnosti jsou i ve stolování. Tradiční vietnamské stolování je velmi časově náročné a jídlu se připisuje velký význam. Jí se obvykle pomalu, v rodinném kruhu nebo s přáteli. Při stolování se chovají hlučně a dopřávají si zábavu. Jí se buď u stolu, nebo vsedě na podlaze. Na rozdíl od Evropanů se ve Vietnamu jí tyčinkami a ze společných talířů. Hlasité mlaskání je výrazem uznání lahodnosti pokrmu a slouží jako pochvala hostiteli. Dobrým zvykem je nechat vždy malý zbytek pokrmu, což slouží jako důkaz sytosti, nikoli toho že jim nechutnalo. [15, 22]

6.2 Tradiční vietnamská rodina a pohled na soukromí

Ve Vietnamu, stejně jako v Číně, je na rodinu pohlíženo jako na nejdůležitější jednotku společnosti. Tradiční vietnamská rodina je do značné míry ovlivněna náboženskými směry. Zejména teorií konfucianismu, která se odráží ve vzájemných a silných vztazích mezi jednotlivými členy rodiny. [22]

Konfucianismus klade důraz zejména na vztah mezi rodiči a dětmi. Vychází z předpokladu, že pokud se bude syn (dětí) chovat k rodičům zdvořile a náležitou úctou, bude se tak později chovat i k ostatním členům společnosti. Ideální vztah syna k otci (dětí k rodičům) vyjadřuje termín „synovská oddanost“. Základním rysem byla poslušnost rodičům, respekt a již zmíněná úcta a zdvořilost. Nevhodné chování k rodičům nebo jednání, které by pošpinilo jejich jméno, bylo přísně trestáno a to i smrtí. [23]

Vietnamská rodina je patriarchálního charakteru, příbuzné pojí velmi pevné citové vazby. V čele rodiny stojí muž, otec, který rozhoduje o veškerém dění v rodině. V jeho nepřítomnosti přebírá dominantní úlohu nejstarší syn. Na rodinné uspořádání je nezbytné pohlížet i ve zdravotnictví, čímž můžeme zabránit mnohým nedorozuměním s vietnamským pacientem a jeho blízkými. Pokud je třeba učinit závažné rozhodnutí o zdravotní péči týkající se některého člena rodiny, je třeba nejdříve znát názor hlavy rodiny. Vietnamské ženy nemají v tradiční společnosti zdaleka takové postavení a možnosti jako muži. Po svatbě se žena musí přestěhovat obvykle do rodiny svého muže a její hlavní náplní je starat se o domácnost a pečovat o děti a manžela. [2, 23]

Ve vietnamských rodinách je tedy autorita rodičů vůči dětem výrazně silnější než v ČR a ostatních evropských zemích. Úkolem vietnamských dětí je především poslouchat rodiče, dobře studovat a pomáhat rodičům a to i s výchovou mladších sourozenců. Vietnamci, kteří žijí v ČR, netráví kvůli velké pracovní vytíženosti obvykle s dětmi tolik času, jako je zvykem v jejich vlasti. Snaží se ale pro své děti zajistit vše potřebné a důležité. To jsou především dobré školy, do kterých jsou ochotni investovat nemalé peníze. Děti Vietnamců nemají oproti běžným českým dětem nárok na tolik volného času a na zábavu. Příliš často se nestává, že by navštěvovaly nějaké zábavné kroužky a koníčky. Po škole většinou musí pomáhat rodičům, studují nebo navštěvují jazykové kurzy. [24]

Vietnamci kladou velký důraz na soukromí. Proto mohou působit na Čechy jako uzavření a stranící se okolní společnosti. Neznamena to, že by se vietnamské komunity toužily úplně izolovat a uzavřít se před ostatními, ale úzký rodinný kruh v nich vyvolává

pocity jistoty a bezpečí. A pokud žijí v cizí zemi, je pro ně blízká rodina o to cennější. [16, 22]

6.3 Vnímání zdraví a nemoci

Stejně jako se rozdílné kultury a společnosti odlišují ve svých tradicích a způsobech chování, určitá specifika nalezneme, i v jejich pohledu na zdraví a nemoc.

Vietnamci v zásadě upřednostňují domácí péči před návštěvou zdravotnického zařízení a hospitalizací. Lékařskou pomoc vyhledají až v nutných případech, kdy je zdravotní problém pokročilý a bolesti jsou neúnosné. V případě hospitalizace nebo návštěvy ordinace je třeba věnovat zvýšenou pozornost vysvětlování výsledků vyšetření, různých testů nebo procedur a vždy si ověřit zda nám vietnamský pacient dobře rozuměl. Vietnamci obvykle během rozhovoru přikývnutím na důkaz, že nás poslouchají, což v nás, ale může vyvolat mylný dojem, že nám pacient rozumí a se zákrokem souhlasí. Ve Vietnamu je zvykem nikdy nesdělovat závažnou diagnózu nejprve nemocnému bez předchozí konzultace s rodinou, zejména s manželem nebo otcem. Rodina se rozhodne, zda a kdy je vhodné pacientovi diagnózu sdělit, aby nebyl ještě více vystavován stresu a obavám. Vietnamci jsou velice stydliví, zejména ženy a proto je třeba, zajistit soukromí a klidné podmínky na prohlídku. Osobní hygiena je pro ně důležitou a intimní záležitostí. Obvykle ji chtějí, pokud jim to zdravotní stav alespoň trochu dovolí, vykonávat sami. Není-li to možné, vybrali by si raději k pomoci člena rodiny, stejného pohlaví. Vietnamští pacienti chovají respekt k lékařům a zdravotnickému personálu a snaží se řídit jejich radami. Zvýšená pozornost je ve Vietnamu věnována těhotným ženám. Budoucí matky musí dbát na dostatek jídla, tekutin, odpočinku, relaxace a dodržování speciální hygieny. Při bolesti vietnamský pacient obvykle nepožádá o léky proti bolesti, ze strachu z nežádoucích účinků a návyku. Proto by jim zdravotníci měli analgetika nabízet sami, včas a podle lékařských předpisů. Stejně tak o antiemetika požádají sestru až po několika epizodách zvracení. Z důvodu studu sami zvratky uklidí a pak teprve to poví sestře. Problémy se zácpou nebo průjmem sdělují, až když jim přináší velké problémy a nepodaří se jim je zvládnout domácími léčebnými praktikami. Únavu neoznamují a odmítají jí řešit jakýmkoli léky nebo prostředky. Věří, že součástí ozdravovacího procesu je dostatečný spánek a ten jediný jim může od únavy pomoci. Trpí-li nemocný depresemi, rodina se ho bude snažit rozveselit vyprávěním veselých historek a přivést ho na jiné myšlenky. Vietnamec řekne o své depresi sestře, až když se ho sama zeptá. [15, 22]

6.4 Pohled na stáří, umírání a smrt

Synovská oddanost zahrnovala správné chování i péči o staré a nemocné rodiče. Děti byly povinny zajistit rodičům pohodlí a veškerou péči, a to i na úkor vlastního štěstí. [24]

Závazky potomků vůči rodičům by měly podle vietnamských tradic přetrvávat i po smrti rodičů. Vietnamská kultura vyznává kult předků. Věří tedy, že duše zemřelých se vrací na náš svět, aby zde ovlivňovaly a zasahovaly do osudů žijících lidí. Je nezbytné zajistit zemřelému důstojný pohřeb a dodržovat rituály a obřady spojené s úmrtím. Protože duše, které se nedostalo dostatečných poct a náležitostí při pohřbu, bloudí světem lidí a mstí se svým nejbližším. Potomci zesnulých jsou povinni držet tři denní smutek, což znamená omezit veškerou zábavu a nezúčastňovat se veřejných akcí a nepít alkohol. Ve Vietnamu je barvou smutku bílá. Někteří pozůstali, se proto v době smutku oblékají do bílého oblečení, které může být přepásáno černým šátkem nebo páskem na rukávu. [22, 23]

Vzpomínky na zesnulého vrcholí v tzv. Den vzpomínek, což je den úmrtí blízkého a je vyhrazen k jeho uctívání. [22]

Vietnamci upřednostňují umírání doma, v kruhu svých blízkých než v nemocnicích nebo ústavech. Kvalita života je pro Vietnamce důležitější než jeho délka, protože věří v reinkarnaci a v menší utrpení, které přinese příští život. Také proto se snaží pomoci umírajícímu vzpomínáním na jeho dobré skutky. Úcta a pocit zodpovědnosti vůči rodičům je ve Vietnamcích tak hluboko zakořeněn, že bychom jen stěží hledali Vietnamce, který by se nepostaral o potřeby svých starých rodičů. [2, 23]

Každá kultura i každé etnikum má svůj specifický pohled na smrt, liší se v jejím vnímání a v rituálech týkajících se umírání a smrti. Umírání je konečnou fází našeho života, a i když pacient umírá v nemocnici, neměla by mu být odepřena příprava na smrt, která je přijatelná pro něj, jeho rodinu a jejich kulturu. [22]

7 KOMUNIKACE S CIZINCI

Základem správné ošetrovatelské péče je kvalitní a efektivní komunikace. Umění komunikovat je o to důležitější, jedná-li se o pacienta cizince. Pacienti, kteří nerozumí a neovládají jazyk země, ve které se nacházejí, nejsou schopni vyjádřit své problémy a těžkosti. Při návštěvě zdravotnického zařízení nebo případné hospitalizaci souvisí jazyková bariéra s nedostatkem informací a může vést k následné frustraci, strachu, úzkostem a obavám. Při komunikaci s cizincem, který nehovoří a špatně rozumí našim jazykem, je dobré zajisti tlumočnicka, používat gestikulaci, mimiku, obrázky a jiné metody neverbální komunikace, mluvit pouze nahlas, pomalu a v jednoduchých větách většinou nestačí. [5]

7.1 Komunikační karty

Na základě dotazníkového šetření v problematice komunikace zdravotníků s pacienty- cizinci, bylo navrženo využívání multi-jazykových komunikačních karet. Šetření v rámci závěrečné práce bakalářského studia ošetrovatelství na Olomoucké LF UP, bylo prováděno v NsP ve Vyškově v březnu 2003. Návrh byl zařazen do projektu Překonávání komunikačních a kulturních bariér při péči o pacienty odlišných etnik a kultur. Na základě zjištěných poznatků byly vytvořeny multi-jazykové interakční komunikační karty. [25]

Komunikace formou komunikačních karet je časově náročnější, ale přináší informace zejména o základních biologických potřebách pacienta, informace sloužící k posouzení jeho stavu. Také jimi můžeme pacientovi zdůraznit různé zákazy a potřebné podmínky pro vyšetření nebo výkon (např. nejíst, nepít, nekouřit,...). Karty obsahují slova i obrázky, a jsou přeloženy do šesti jazyků (vietnamštiny, angličtiny, němčiny, ruštiny, polštiny a arabštiny). [22]

7.2 Komunikace pomocí tlumočnicka

Pokud špatně nebo vůbec nerozumí a nemluví česky, je vhodné na prohlídku nebo vyšetření přizvat tlumočnicka, čímž předejdeme mnohým těžkostem a nedorozuměním. Vietnamští pacienti většinou požádají o přizvání dobře česky mluvícího známého nebo člena rodiny. Často mohou jako tlumočníci posloužit i jejich děti, které na rozdíl od svých rodičů dobře ovládají český jazyk. [15]

Při komunikaci s cizincem přes tlumočnicka, je třeba dodržovat několik důležitých zásad. Především bychom měli mluvit pomalu, v kratších větách a ponechat tlumočnickovi

dostatek času na překlad a zdůraznit nutnost přesného překladu. Otázky bychom měli pokládat přímo klientovi/pacientovi. A na závěr bychom neměli zapomenout tlumočnickovi poděkovat za spolupráci. [1]

8 ZDRAVOTNÍ PÉČE O CIZINCE V ČR

Zdravotní péče je v České republice poskytována na základě zdravotního pojištění. Pokud cizinec není účastníkem zdravotního pojištění je povinen uhradit poskytovanou zdravotní péči v plné výši. Podle Listiny základních lidských práv a svobod má každý občan právo na ochranu zdraví, proto jsou zdravotní pracovníci povinni poskytnout první pomoc každému, pokud je ohroženo jeho zdraví a život. [22]

V ČR rozlišujeme dva typy zdravotního pojištění, a to veřejné zdravotní a smluvní zdravotní pojištění. Veřejného zdravotního pojištění se mají právo účastnit všechny osoby s trvalým pobytem na území ČR a osoby bez trvalého pobytu pracující pro zaměstnavatele se sídlem nebo trvalým pobytem v ČR. Smluvní zdravotní pojištění se týká cizinců, kteří nesplňují podmínky nutné pro účast na veřejném zdravotním pojištění. Smluvní pojištění lze uzavřít jako krátkodobé (vhodné pro turistické nebo pracovní cesty) nebo dlouhodobé (pro osoby pobývajících na území ČR déle než 2 měsíce). Podmínkou uzavření dlouhodobého zdravotního pojištění je věk po 70 let a vstupní lékařská prohlídka ve zdravotnickém zařízení vybraném pojišťovnou. U dětí narozených cizincům s dlouhodobým pobytem na území naší republiky je nutné zažádat o vízum, povolení k pobytu, nebo uzavřít dlouhodobé zdravotní pojištění. [22, 26]

8.1 Bezplatné poskytování zdravotní péče na základě mezinárodních zdravotních smluv

Jedná se o smlouvy uzavřené na základě vzájemné dohody mezi ČR a domovským státem cizince. Paří sem smlouvy o bezplatném poskytování nutné a neodkladné zdravotní péče. A dále smlouvy týkající se sociálního zabezpečení, jejichž součástí musí být i poskytování zdravotní péče. [26]

9 PRAKTICKÁ ČÁST

9.1 Cíl výzkumu

Pro bakalářskou práci byly stanoveny dva hlavní cíle. Prvním cílem bylo zjistit znalosti všeobecných sester týkající se specifík ošetrovatelské péče u vietnamské minority. Druhým cílem bylo ověřit, zda mají všeobecné sestry zájem vzdělávat se v multikulturním ošetrovatelství.

Hypotézy:

H1: Většina všeobecných sester/všeobecných ošetrovatelů, pracujících na lůžkových odděleních, nezná kulturní specifika v péči o vietnamskou minoritu.

Kriterium k H1: Méně než polovina sester odpoví správně na šest z devíti otázek.

H2: Pro většinu všeobecných sester/všeobecných ošetrovatelů bude největší překážkou v komunikaci s vietnamským pacientem jazyková bariera.

H3: Většina všeobecných sester/všeobecných ošetrovatelů nemá zájem vzdělávat se v multikulturním ošetrovatelství.

H4: Vzdělání všeobecných sester/všeobecných ošetrovatelů má vliv na znalost specifík ošetrovatelské péče o pacienta Vietnamské národnosti.

9.2 Vzorek respondentů

Dotazníky byly určeny všeobecným sestram/ všeobecným ošetrovatelům, pracujícím na lůžkových odděleních. Pro dotazníkové šetření byla vybrána oddělení: Kardiochirurgické a gynekologické oddělení ve FN Lochoťín, chirurgická klinika a Klinika tuberkulózy a respiračních nemocí ve FN Bory, interní oddělení nemocnice Stod a Léčebna tuberkulózy a respiračních nemocí Janov.

9.3 Metodika výzkumu

Výzkumná část bakalářské práce byla prováděna metodou kvantitativního výzkumu za pomoci dotazníkového šetření. Kvantitativní druh výzkumu jsem zvolila proto, že mi umožnil oslovit širší vzorek respondentů. Dotazník byl anonymní a obsahoval celkem 20 otázek. Ve výzkumné práci jsou porovnávány odpovědi mezi všeobecnými sestrami/všeobecnými ošetrovateli s dosaženým středoškolským vzděláním, vyšším odborným vzděláním, dosaženým bakalářským a magisterským studijním programem. V dotazníku je užito 13 uzavřených, 4 polootevřené a 3 otázky výčtové, které umožňují

označení více odpovědí. Dotazník vychází z teoretické části bakalářské práce, ze stanovených cílů a hypotéz.

Výzkumné šetření proběhlo v prosinci 2011 ve FN Plzeň po písemném souhlasu s náměstkyní pro ošetrovatelskou péči, v Léčebně tuberkulózy a respiračních nemocí Janov po souhlasu ředitele léčebny a na interním oddělení nemocnice Stod, na základě souhlasu vrchní sestry interního oddělení.

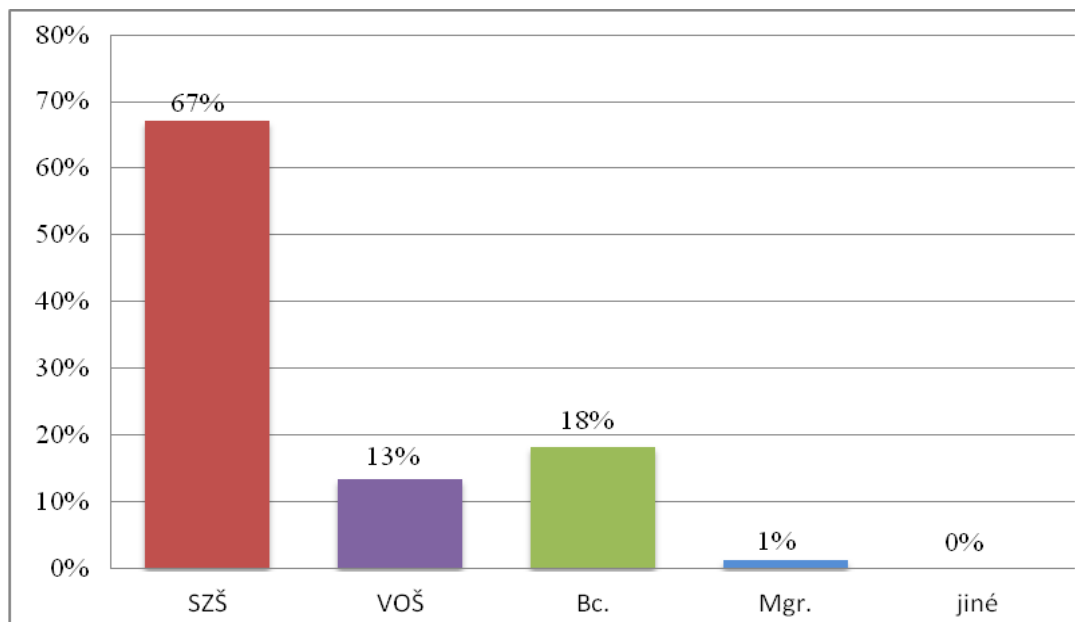
9.4 Vyhodnocení dotazníkového šetření

Celkem bylo rozdáno 100 dotazníků, z nich se vrátilo 92, tedy 92%. Na základě nesprávného nebo nedostatečného vyplnění bylo vyřazeno 10 dotazníků. Návratnost tedy činí 82 (82%) dotazníků.

Jednotlivé údaje byly zpracovány do grafů za pomoci programu Microsoft Office Excel a doplněny slovním komentářem. Pro větší přehlednost byla u čtyř otázek, na místo grafu použita tabulka.

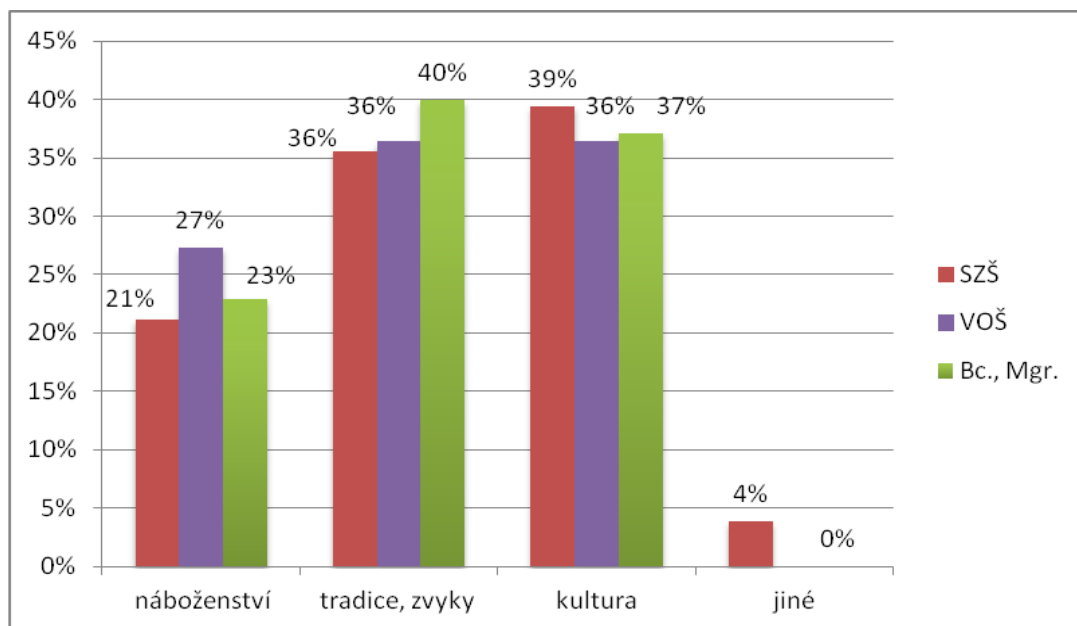
9.5 Zpracování údajů

Graf 1 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů



Dotazníkového šetření se účastnilo 82 (100%) respondentů. Z celkového počtu bylo nejvíce dotazovaných se středoškolským vzděláním, tedy 55 (67%) respondentů. S vysokoškolským odborným vzděláním odpovědělo na dotazník 11 (13%) respondentů. Vzdělání v bakalářském programu má 15 (18%) respondentů a zbylé 1% (3 respondenti) dotazovaných tvoří absolventi magisterského programu.

Graf 2 Specifika ošetrovatelské péče

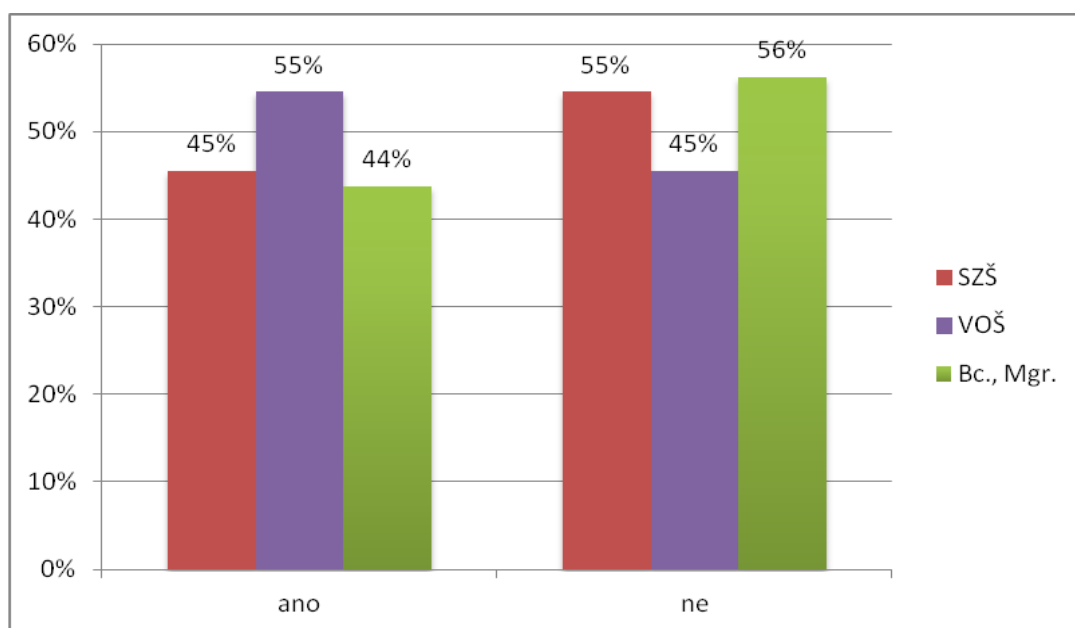


V této otázce bylo možné označi více odpovědí. 22 (21%) ze středoškolsky vzdělaných zdravotnických pracovníků označilo odpověď, že specifika ošetrovatelské péče mohou vyplývat z náboženství. 37 (36%) respondentů se domnívá, že specifika ošetrovatelské péče mohou vyplývat z tradic a zvyků. Nejvíce dotazovaných, tj. 41 (39%) se přiklání k odpovědi, že specifika ošetrovatelské péče vyplývají z kultury. 4 (4%) respondenti označili možnost- jiné. Například z výchovy a vzdělání.

U dotazovaných zdravotnických pracovníků s dosaženým vyšším odborným vzděláním, byla zvolena možnost, že specifika péče vyplývají z kultury a z tradic a zvyků, obě odpovědi byly označeny 8 krát (36%). Nejméně byla označena možnost náboženství, pro kterou se rozhodlo celkem 6 (4%) respondentů.

Respondenti s bakalářským a magisterským vzděláním označily v nejmenším počtu, odpověď, že specifika ošetrovatelské péče mohou vyplývat z náboženství, tj. 8 (23%). Možnost tradic a zvyků byla zvolena 14- ti respondenty (40%) a možnost kultury označilo 13 (37%) zdravotnických pracovníků.

Graf 3 Odlišnost ošetrovatelské péče

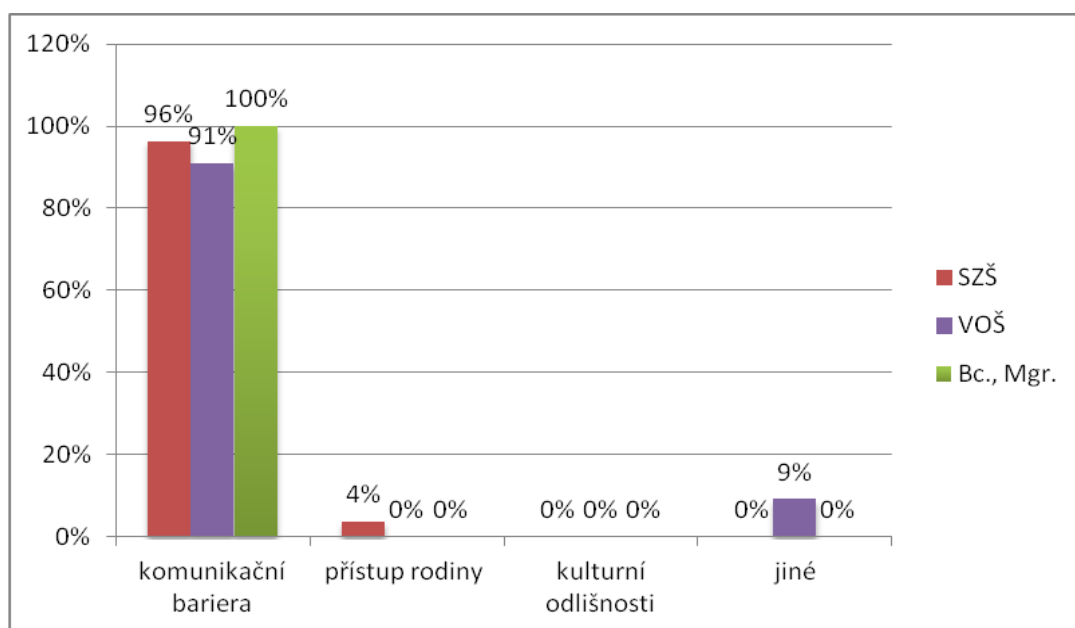


Na otázku jestli je/ byla by pro Vás péče o vietnamského pacienta odlišná než péče o běžného českého pacienta, odpovědělo 25 (45%) ze všech středoškolsky vzdělaných zdravotnických pracovníků ano. Odpověď ne zvolilo 30 (55%) dotazovaných.

Respondentů vyšším odborným vzděláním se rozhodlo pro odpověď ano 6 (55%), o jednoho méně pak označilo možnost ne, tedy 5 (45%).

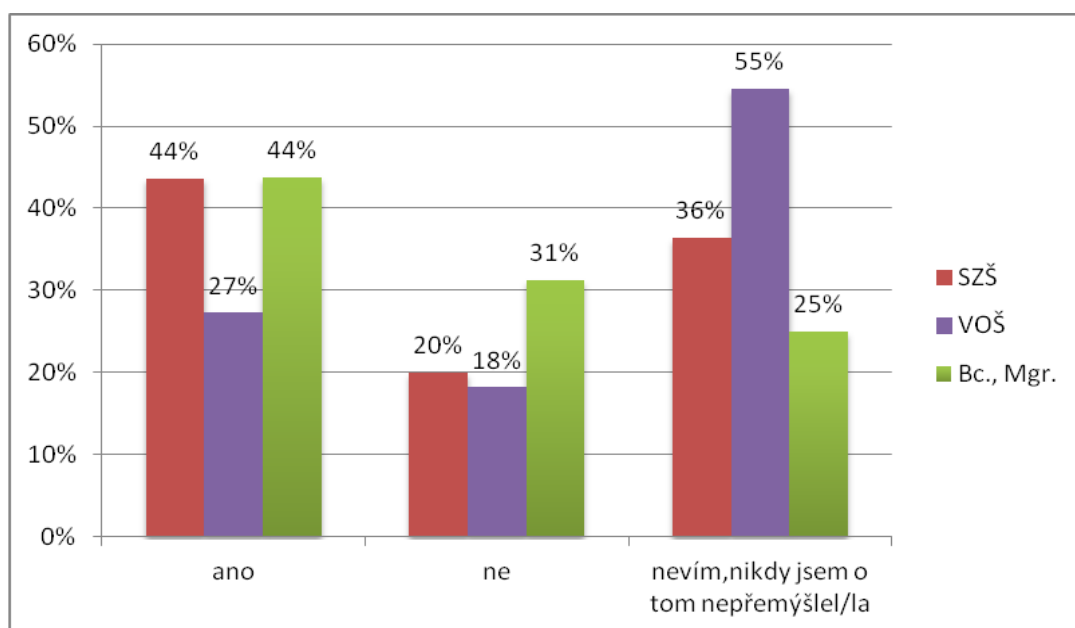
Absolventi bakalářského a magisterského programu zvolili odpověď ano v počtu 7 (44%) a 9 (56%) dotazovaných si vybralo možnost ne.

Graf 4 Největší překážka v ošetrovatelské péči



Většina respondentů se v této otázce shodla na odpovědi, že největší překážkou v péči o pacienta Vietnamce je/byla pro ně byla komunikační bariera. Tuto odpověď označilo 53 (96%) ze středoškolsky vzdělaných všeobecných sester/všeobecných ošetrovatelů, 10 (91%) ze zdravotnických pracovníků s vyšším odborným vzděláním a 16 (100%) všeobecných sester s bakalářským a magisterským vzděláním. Zbylí 2 (4%) respondenti se vzděláním středoškolským zvolily odpověď přístup rodiny klienta a 1 (9%) dotazovaný s vyšším odborným vzděláním zvolil/la možnost jiné, kde uvedl/la, že největší překážkou v péči o pacienta Vietnamce bylo horší zvládnání bolesti.

Graf 5 Specifika v ošetrovatelství s ohledem na kulturní zvyklosti



Z následujícího grafu je patrné, že 24 (44%) respondentů se středoškolským, 3 (27%) respondentů s vyšším odborným vzděláním a 7 (44%) dotazovaných zdravotnických pracovníků s dosaženým bakalářským a magisterským studiem se domnívá, že péče o vietnamského pacienta vyžaduje určitá specifika s ohledem na jejich kulturní zvyklosti.

Opačnou odpověď, tedy že péče nevyžaduje specifika s ohledem na kulturní zvyklosti zvolilo 11 (20%) středoškolsky vzdělaných všeobecných sester/všeobecných ošetrovatelů, 2 (18%) respondentů s vyšší odbornou školou a 5 (31%) zdravotnických pracovníků s titulem Bc. nebo Mgr.

Zbýlých 20 (34%) středoškolsky vzdělaných respondentů, 6 (55%) dotazovaných se vzděláním vyšším odborným a 4 (25%) respondenti s ukončeným bakalářským a magisterským programem se rozhodlo, pro odpověď nevím, nikdy jsem o tom nepřemýšlel/la.

Tabulka 1 Péče o pacienta Vietnamce

Péče o vietnamského pacienta	SZŠ	VOŠ	Bc., Mgr.
Péči se budu snažit raději vyhnout, není mi příjemná péče o cizince.	0%	0%	0%
O vietnamského pacienta se budu starat jako o kteréhokoli jiného klienta, bez ohledu na jeho kulturu a vyznání.	85%	82%	38%
Do péče se aktivně zapojím, vyhledám si informace o vietnamských zvycích a kulturních odlišnostech.	15%	18%	63%

Z výzkumného šetření vyplívá, že většina středoškolsky vzdělaných sester, tj. 47 (85%), stejně jako většina sester s vyšším odborným vzděláním, tj. 9 (82%), se bude o vietnamského pacienta starat stejně jako o kteréhokoli jiného klienta, bez ohledu na jeho kulturu a vyznání. Pouze 8 (15%) sester středoškolsky vzdělaných a 2 (18%) sester s vyšší odbornou školou uvedlo, že se do péče aktivně zapojí, vyhledá si informace o vietnamských zvycích a tradicích.

Naopak respondenti s bakalářským nebo magisterským vzděláním odpověděli v počtu 10 (63%), že se do péče aktivně zapojí. Dalších 7 (38%) se bude o vietnamského pacienta starat jako o kteréhokoli jiného klienta.

Péči se nebude snažit vyhnout ani jeden z dotazovaných zdravotnických pacientů.

Tabulka 2 Komunikace s vietnamským pacientem

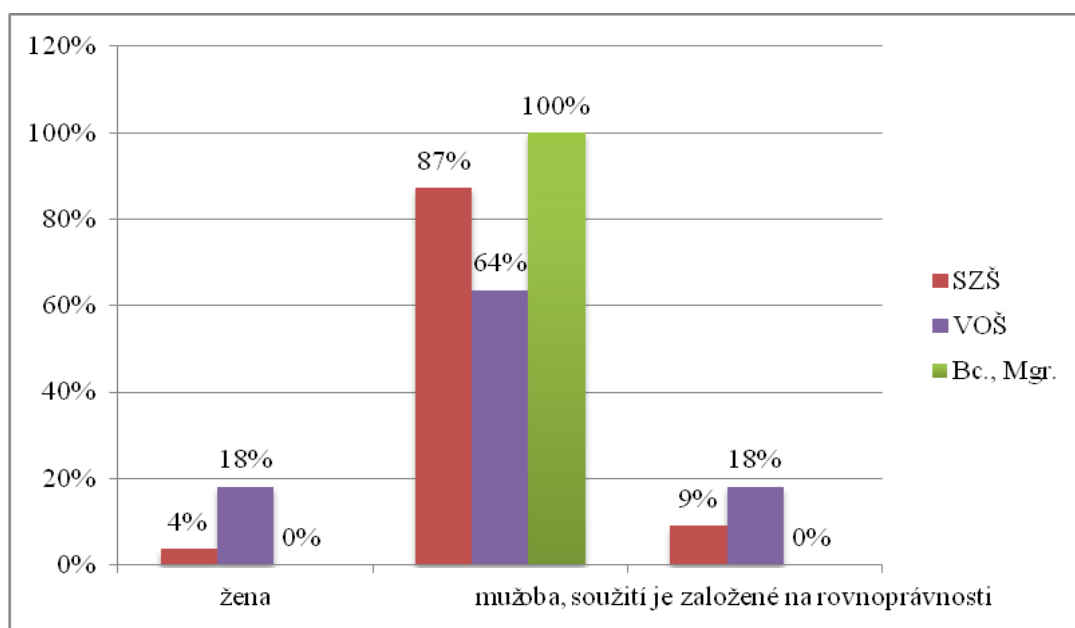
Komunikace s vietnamským pacientem	SZŠ	VOŠ	Bc., Mgr.
slovník	10%	10%	12%
piktogramy	25%	29%	30%
tlumočník, nebo dobře česky hovořící příslušník pacientovi rodiny	52%	48%	36%
komunikaci omezím pouze na gesta a mimiku	12%	14%	15%
ovládám vietnamský jazyk	0%	0%	6%
komunikaci se raději vyhnu	1%	0%	0%

Respondenti měli u této otázky možnost výběru více odpovědí. Slovník jako možnost usnadnění komunikace s pacientem vietnamské národnosti zvolilo 10 (10%) středoškolsky vzdělaných zdravotnických pracovníků. Pro použití piktogramů se jich přiklonilo 25 (25%). Převážná většina, tedy 52 (52%) volila možnost využití tlumočnicka nebo dobře česky hovořícího příslušníka pacientovi rodiny. 12 (12%) dotazovaných uvedlo, že komunikaci omezí pouze na gesta a mimiku a 1 (1%) respondent označil odpověď, že se komunikaci raději vyhne.

Respondenti s absolovovanou vyšší školou odbornou naopak v nejmenším počtu, tj. 2 (10%) zvolilo použití slovníku. 6 (29%) se rozhodlo využít piktogramy a 10 (48%) dotazovaných by volilo pomoc tlumočnicka. 3 (14%) zdravotničtí pracovníci by omezili komunikaci pouze na gesta a mimiku.

Z bakalářských a magisterských zdravotnických pracovníků by 4 (12%) volili slovník, 10 (30%) piktogramy a 12 (36%) tlumočnicka. Pouze 2 (15%) označili, že by komunikaci omezili jen na gesta a mimiku. 2 (6%) respondenti udávají, že hovoří vietnamským jazykem.

Graf 6 Hlavní postavení v rodině



Nejmenší počet respondentů se středoškolským, tj. 2 (4%) vzděláním se domnívá, že hlavní postavení v tradiční vietnamské rodině má žena. Podle 48 (87%) respondentů má nejvyšší postavení v rodině muž a zbylých 5 (9%) dotazovaných se přiklání k názoru, že muž i žena mají ve vietnamské rodině stejné postavení, protože jejich soužití je založené na rovnoprávnosti.

Z celkového počtu 16-ti (100%) respondentů s vyšším odborným vzděláním považují 2 (18%) za hlavu tradiční vietnamské rodiny ženu, dalších 7 (64%) se rozhodlo pro muže a zbylí 2 (18%) zdravotničtí pracovníci zastávají, že postavení je u obou stejné. Všeobecné sestry/všeobecní ošetřovatelé se jednotně shodli, tedy v počtu 16 (100%), na odpovědi, že hlavní postavení má ve Vietnamu muž.

Tabulka 3 Rozhodování o zdravotním stavu

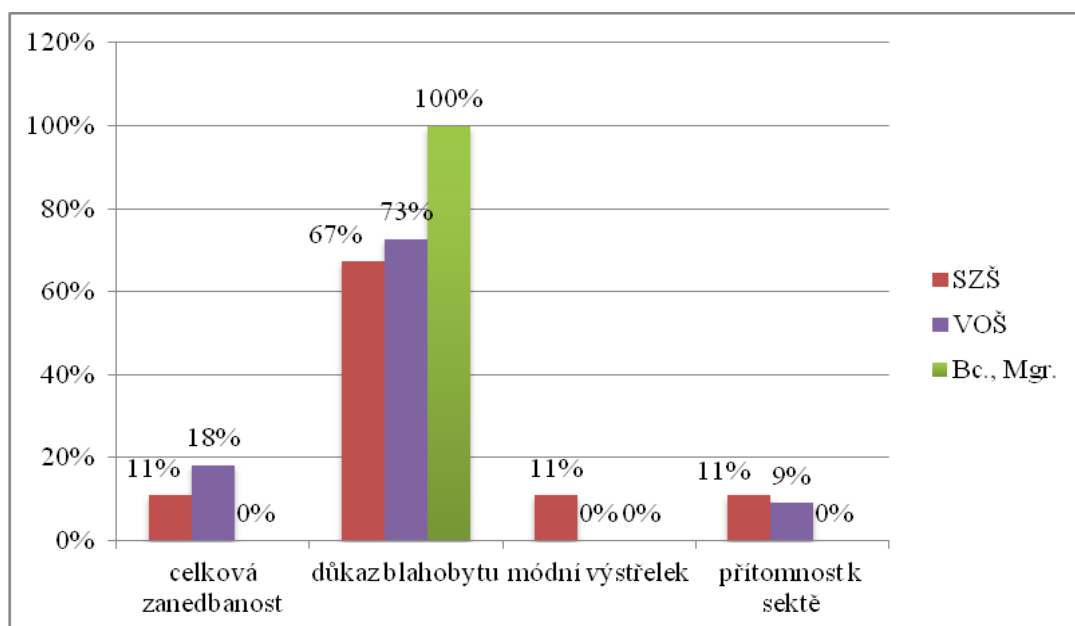
Rozhodování o zdravotním stavu	SZŠ	VOŠ	Bc., Mgr.
Dotyčný sám, jen on má právo rozhodovat o svém zdraví.	51%	73%	44%
rodina, zejména manžel, otec	25%	18%	31%
rodina, zejména manželka, matka	2%	9%	0%
Veškerá rozhodnutí přenechá na lékařích, jen oni ví co je pro něj nejlepší.	22%	0%	25%

Z tabulky je patrné, že zdravotničtí pracovníci s vystudovanou střední školou v převážné většině, 28 (51%) zastávají názor, že ve Vietnamu má pacient právo sám činit důležitá rozhodnutí týkající se jeho zdravotního stavu. Hlavní rozhodnutí ženě, matce přenechal 1(2%) a lékaři 12 (22%) ze všech středoškolsky vzdělaných dotazovaných. Pro správnou odpověď, že o důležitých rozhodnutích, týkajících se zdravotního stavu pacientů rozhoduje muž, otec, se rozhodlo zbylých 14 (25%).

Obdobné výsledky jsou patrné i z odpovědí zdravotnických pracovníků s vyšším odborným vzděláním. 8 (73%) z nich se domnívá, že o svém zdraví rozhoduje sám pacient, 1 (9%), že žena matka a pouze podle 2 (18%) rozhoduje muž, otec.

Bakaláři a magistry se také v převážné většině, tj. 7 (44%) z dotazovaných, rozhodli pro dotyčného pacienta, podle 4 (25%) respondentů Vietnamec přenechá důležité rozhodnutí na lékařích, protože jen oni ví, co je pro něj nejlepší. Zbylý 2 (31%) respondentů označilo odpověď manžel, otec.

Graf 7 Dlouhý nehet na malíčku

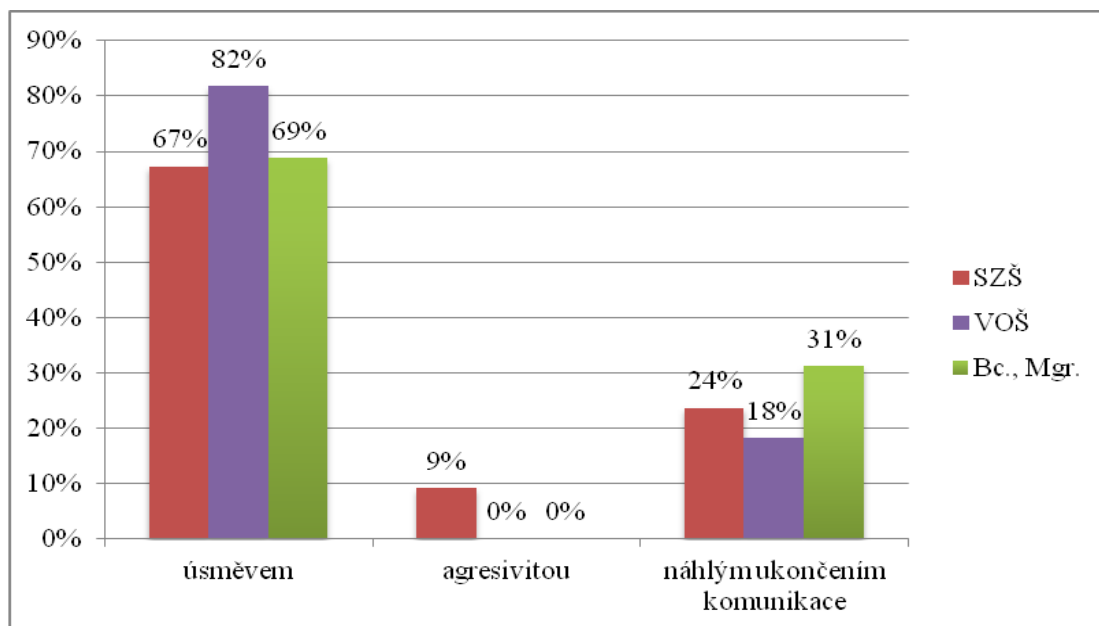


Pro správnou odpověď, že několik centimetrů dlouhý nehet na malíčku je důkazem blahobytu se rozhodlo 37 (67%) středoškolsky vzdělaných všeobecných sester/ všeobecných ošetřovatelů, 8 (73%) z respondentů z vyšší odbornou školou a 16 (100%) všech dotazovaných zdravotnických pracovníků s dosaženým bakalářským a magisterským vzděláním.

Zbývající středoškolsky vzdělaní zdravotničtí pracovníci zvolili možnost, že dlouhý nehet vyjadřuje celkovou zanedbanost, přítomnost k sektě nebo módní výstřelek ve stejném počtu, tj. 6 (11%).

Pro celkovou zanedbanost se z respondentů s vyšší školou odbornou rozhodli 2 (18%) a k přítomnosti k sektě 1 (9%).

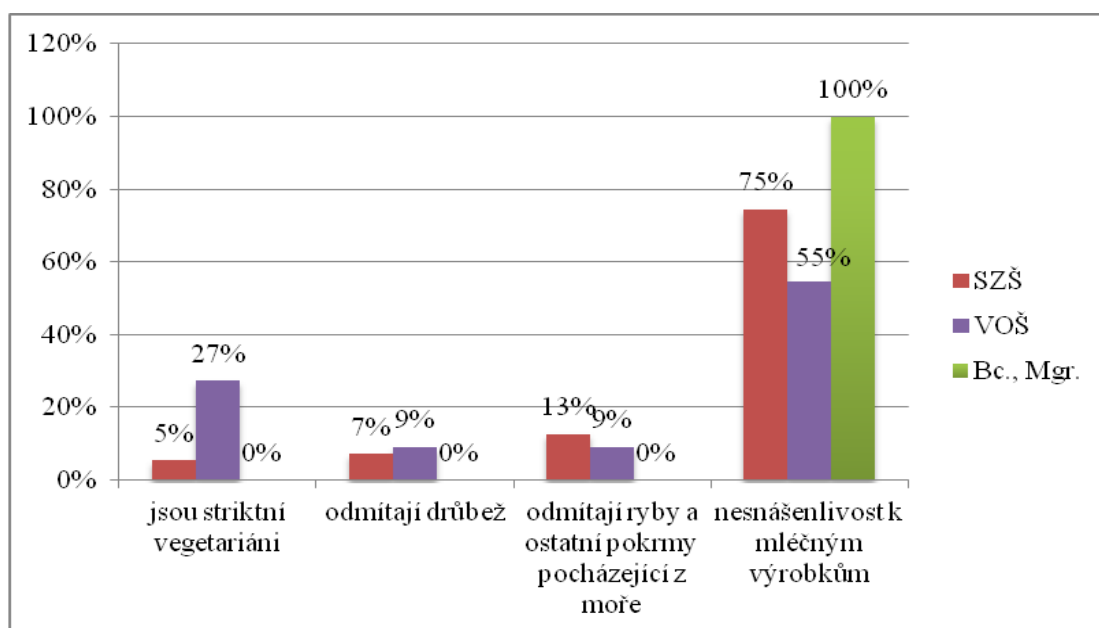
Graf 8 Vyjádření neporozumění a zmatenosti



Pro Vietnamce je typické, že neporozumění a zmatenost vyjadřují obvykle úsměvem nebo smíchem. Tuto možnost odpovědi zvolilo 37 (67%) ze všech středoškolských dotazovaných zdravotníků. 9 (82%) zdravotníků s dokončeným vyšším odborným vzděláním a 11 (69%) z celkového počtu dotazovaných magister a bakalářů.

Agresivitou vyjadřuje neporozumění a zmatenost vietnamská komunita podle 5 (9%) respondentů se střední školou. K možnosti náhlého ukončení komunikace se jich přiklání 13 (24%). Z důvodu neporozumění a zmatenosti ukončí Vietnamci komunikaci podle 2 (18%) absolventů VOŠ (vyšší odborná škola) a 5 (31%) magister a bakalářů.

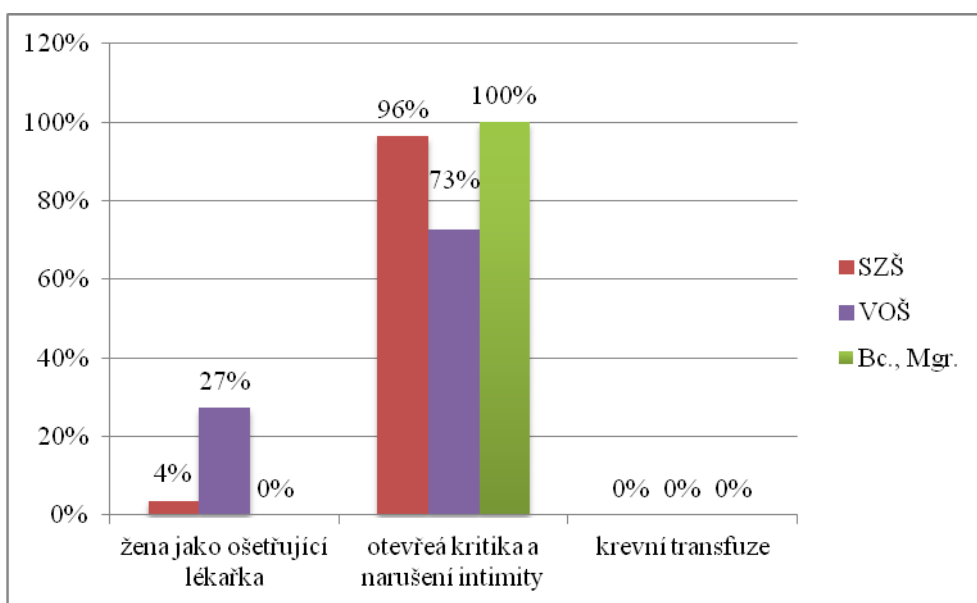
Graf 9 *Vietnamské stravování*



Podle tohoto grafu zastává názor, že Vietnamci jsou striktní vegetariáni 3 (5%) respondenti se vzděláním pouze na SZŠ (střední zdravotnická škola), 3 (27%) z dotazovaných s VOŠ. Podle dalších 4 (7%) středoškolských a 1 respondenta s VOŠ odmítají drůbež. Možnost odmítání ryb a ostatních pokrmů pocházejících z moře zvolilo 7 (13%) respondentů se SZŠ a 1 absolvent VOŠ.

Správnou odpovědí bylo, že pro vietnamské stravování je typická nesnášenlivost k mléčným výrobkům. Pro tuto odpověď se rozhodla většina dotazovaných. Tedy 41 zdravotních pracovníků se středoškolským vzděláním, 5 (55%) ze všech dotazovaných s vyšším odborným vzděláním a 16 (100%) všech magister a bakalářů.

Graf 10 Nepřipustnost



Správně, že pro vietnamského pacienta je nepřipustná otevřená kritika a narušení intimity, odpovědělo 53 (96%) z celkového počtu dotazovaných respondentů se SZŠ, 8 (73%) respondentů s VOŠ a 16 (100%) bakalářsky a magistersky vzdělaných všeobecných sester/ všeobecných ošetřovatelů.

2 (4%) dotazovaných se středoškolským vzděláním a 3 (27%) respondenti se vzděláním vyšším odborným se domnívají, že pro Vietnamce není přípustná žena jako ošetřující lékařka.

Nepřipustnost krevní transfuze ne zvolil žádný z dotazovaných.

Tabulka 4 Multikulturní ošetřovatelství

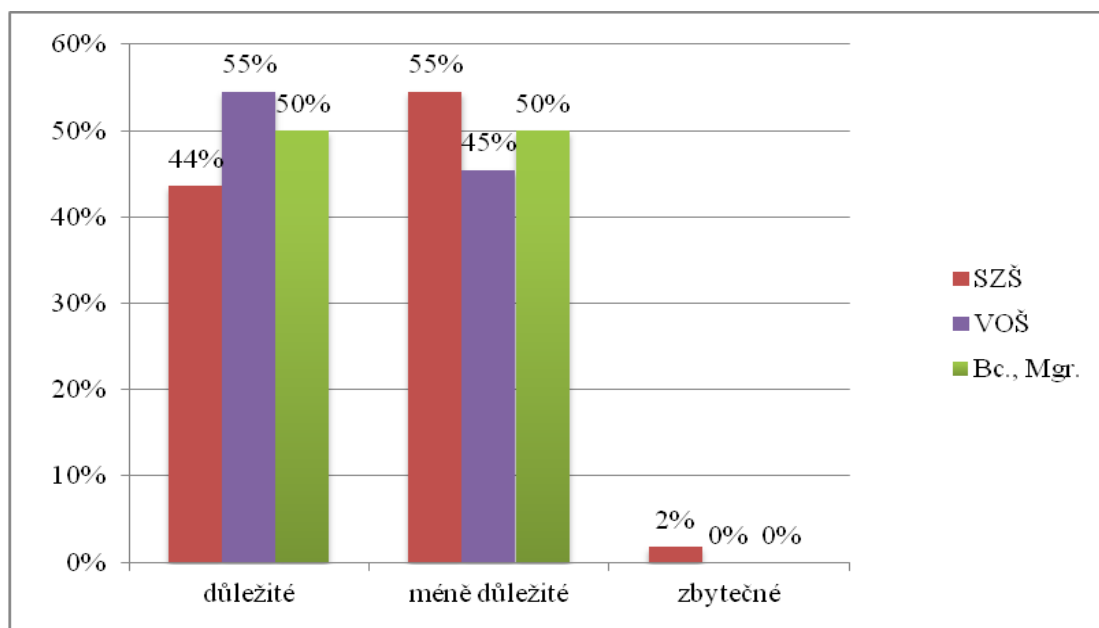
Multikulturní ošetřovatelství	SZŠ	VOŠ	Bc., Mgr.
ošetřovatelství inspirované exotickými kulturami	7%	9%	0%
respektování více kultur (kulturních tradic a způsobu života)	84%	91%	100%
ošetřování 2-3 pacientů různých národností současně	9%	0%	0%

Multikulturní ošetřovatelství je respektování více kultur (kulturních tradic a způsobu života). Tuto odpověď považuje za správnou 46 (84%) zdravotnických pracovníků se SZŠ, 10 (91%) respondentů s VOŠ a 16 (100%) absolventů bakalářského a magisterského studia.

4 (7%) respondentů se SZŠ a 1 (9%) respondent s VOŠ zastávají názor, že multikulturní ošetřovatelství je ošetřovatelství inspirované exotickými kulturami.

Pro možnost odpovědi, že multikulturní ošetřovatelství je ošetřování 2-3 pacientů současně se rozhodlo 5 (9%) dotazovaných se SZŠ.

Graf 11 Znalosti z multikulturního ošetřovatelství

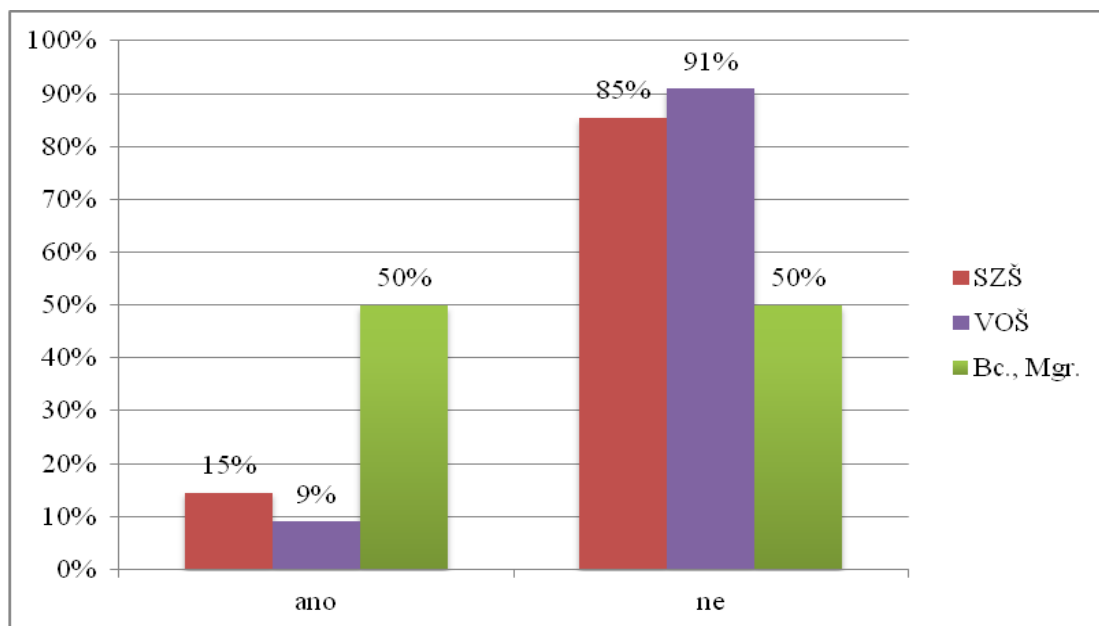


Z výzkumného šetření vylývá, že 24 (44%) všeobecných sester/všeobecných ošetřovatelů se středoškolským vzděláním považuje znalosti z multikulturního ošetřovatelství za důležité. Tuto odpověď zvolilo 6 (55%) respondentů s VOŠ a 8 (50%) respondentů bakalářů a magister.

Podle 30 (55%) dotazovaných se SZŠ, 5 (45%) respondentů s VOŠ a 8 (50%) bakalářů a magister jsou znalosti z multikulturního ošetřovatelství méně důležité.

1(2%) respondent se vzděláním na SZŠ je považuje za zbytečné.

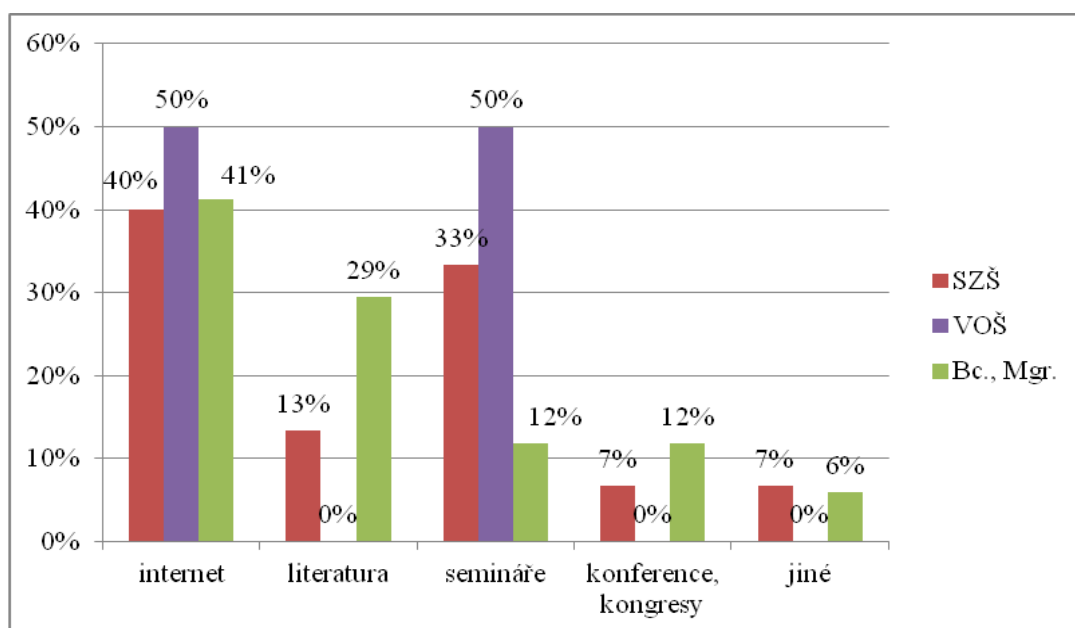
Graf 12 Zájem o multikulturní ošetrovatelství



Převážná většina dotazovaných uvádí, že se aktivně nezajímá o multikulturní ošetrovatelství. Tuto možnost tedy zvolilo 47 (85%) dotazovaných se SZŠ, 10 (91%) dotazovaných s VOŠ a 8 (50%) z celkového počtu dotazovaných bakalářů a magister.

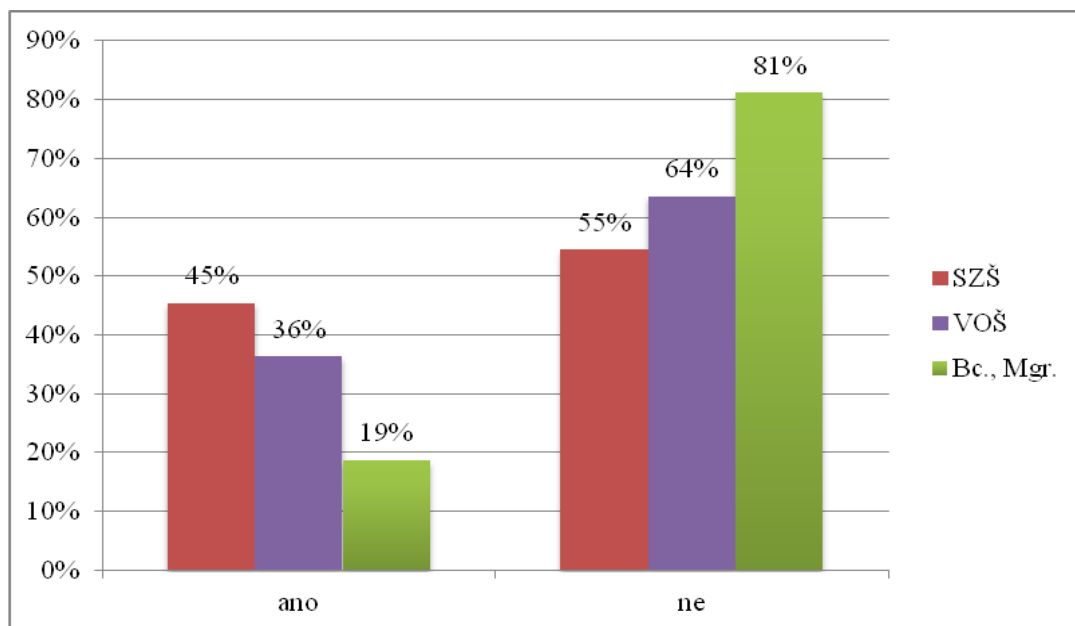
O multikulturní ošetrovatelství se aktivně podle výzkumného šetření zabývá 8 (15%) respondentů se SZŠ, 1 (9%) respondent s VOŠ a 8 (50%) zdravotnických pracovníků s titulem Bc. nebo Mgr.

Graf 13 Zdroje informací omultikulturním ošetřovatelství



Na tuto otázku odpovídali pouze respondenti, kteří odpověděli u předchozí potázky číslo 16, že se aktivně zajímají o multikulturální ošetřovatelství. Pacienti měli u otázky, kde získávají informace o multikulturálním ošetřovatelství možnost označení více odpovědí.

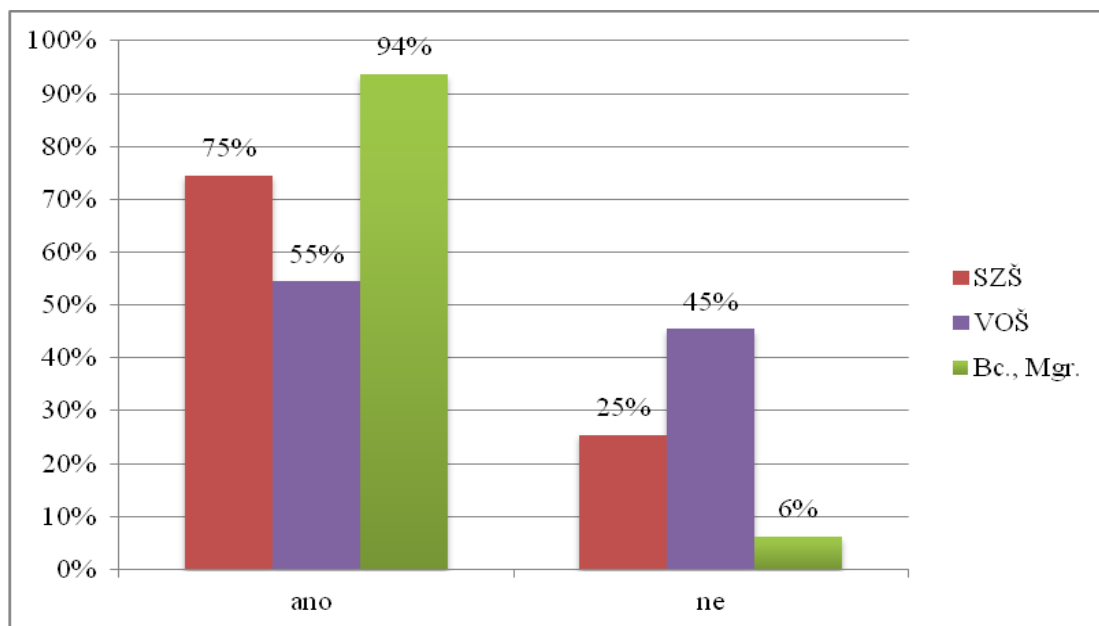
Graf 14 Ohled na kulturní specifika v českých nemocnicích



Podle 25 (45%) středoškolsky vzdělaných respondentů, 4 (36%) se vzděláním vyšším odborným a 3 (19%) bakalářů a magister je v českých nemocnicích brán ohled na kulturní specifika národnostních menšin.

Z celkového počtu dotazovaných respondentů se SZŠ se jich 30 (55%) domnívá, že v českých nemocnicích ohled na kulturní specifika brán není. Stejný názor zastává i 7 (64%) dotazovaných s VOŠ a 13 (81%) respondentů s dosaženým bakalářským a magisterským vzděláním.

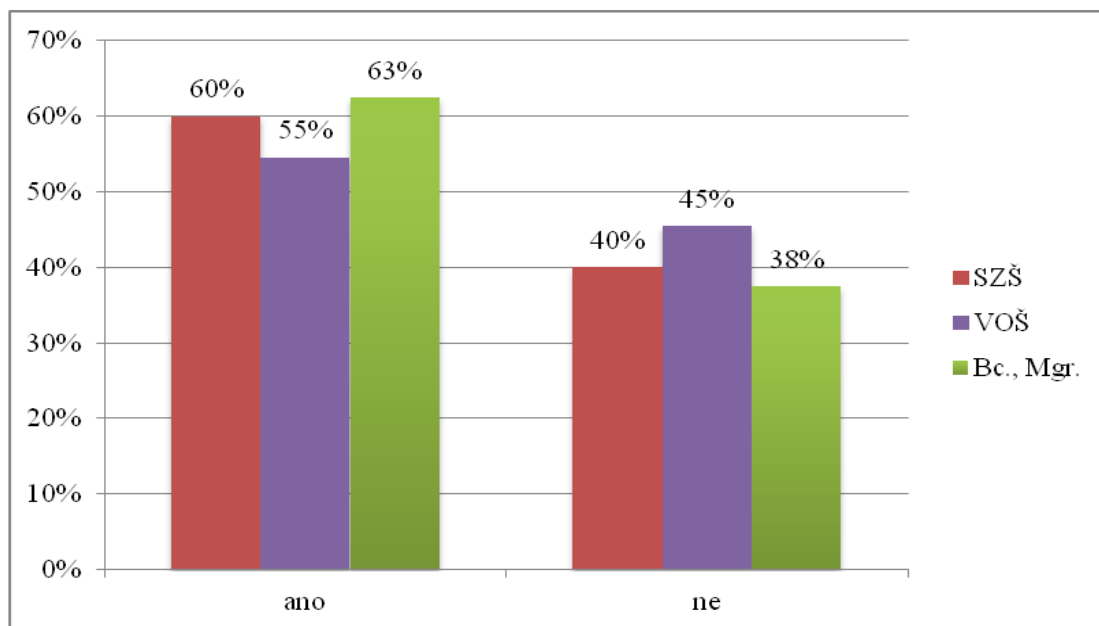
Graf 15 Přednášky multikulturního ošetřovatelství



Z výzkumného šetření je patrné, že přednášky z multikulturního ošetřovatelství by uvítalo 41 (75%) ze všech dotazovaných se vzděláním na SZŠ, 6 (55%) všeobecných sester/všeobecných ošetřovatelů s VOŠ a také převážná většina, tj. 15 (94%) dotazovaných bakalářů a magister.

14 (25%) zdravotnických pracovníků se SZŠ, 5 (45%) s VOŠ a 1 (6%) se vysokou školou, tedy s titulem Bc by o přednášky z multikulturního ošetřovatelství nemělo zájem.

Graf 16 Zájem o ošetrovatelský standard či informační brožuru



Na otázku, zda by na svém oddělení uvítali standart k ošetřování pacientů vietnamského pacienta/klienta odpovědělo ano 33 (60%) zdravotnických pracovníků se SZŠ, 6 (55%) respondentů s VOŠ a 10 (63%) dotazovaných bakalářů a magister.

Pro opačný názor se rozhodlo 22 (38%) všeobecných sester/všeobecných ošetřovatelů se SZŠ, 5 (45%) respondentů s VOŠ a 6 (38%) ze všech dotazovaných bakalářek a magister.

DISKUSE

Cílem mé bakalářské práce bylo ověřit znalosti všeobecných sester/všeobecných ošetřovatelů o specifikách ošetrovatelské péče u vietnamské minority. Druhým cílem bylo zjistit, zda mají všeobecné sestry/všeobecní ošetřovatelé zájem vzdělávat se v multikulturním ošetrovatelství. Výzkumná část práce byla určena všeobecným sestrám/všeobecným ošetrovatelům pracujícím na standardních lůžkových odděleních. Ve své práci porovnávám odpovědi zdravotnických pracovníků se středoškolským zdravotnickým vzděláním, vyšším odborným a bakalářským nebo magisterským studiem. Výzkumné šetření mělo být původně prováděno pouze na odděleních fakultní nemocnice v Plzni. Kvůli minimální návratnosti dotazníků jsem do šetření zahrnula i oddělení nemocnice Stod a Léčebnu tuberkulózy a respiračních nemocí Janov.

První otázka byla věnována zjištění dosaženého vzdělání respondentů. Jak jsem předpokládala, na standardních odděleních pracuje stále nejvíce sester se středoškolským zdravotnickým vzděláním. Z celkového počtu 82 respondentů uvedlo 55 dotazovaných jako nejvyšší dosažené vzdělání střední zdravotnickou školu. Druhou nejpočetnější skupinu tvořili absolventi bakalářského programu, kterých bylo celkem 15. Menší skupinou, která se účastnila dotazníkového šetření, byli zdravotničtí pracovníci s ukončenou vyšší odbornou zdravotnickou školou, a to v počtu 11. Ukončené magisterské vzdělání měl pouze jeden z respondentů, proto jsem se rozhodla hodnotit respondenty s magisterským a bakalářským dosaženým vzděláním dohromady.

Hypotéza číslo 1 zněla: Většina všeobecných sester pracujících na lůžkových odděleních nezná specifika v péči o vietnamskou minoritu. K této hypotéze jsem si stanovila kritérium, že méně než polovina sester odpoví správně na 6 z 9 otázek. K hypotéze číslo 1 se vztahují otázky: 2, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12 a 13. Tato hypotéza se mi nepotvrdila. Převážná většina dotazovaných odpověděla na položené otázky správně. Jedním z prvních dotazů, které se týkaly specifík ošetrovatelské péče poskytované vietnamské minoritě, byla otázka, zda se respondenti domnívají, že péče o vietnamského pacienta vyžaduje určitá specifika s ohledem na jejich kulturní zvyklosti. Dotazovaní s dosaženým středním zdravotnickým a respondenti s bakalářským nebo magisterským vzděláním odpověděli ve většině, že péče určitá specifika vyžaduje. Naopak mě překvapily odpovědi zdravotnických pracovníků s vyšší odbornou školou, kteří nejčastěji uváděli, že neví a že o tom nikdy nepřemýšleli. Podle výsledků výzkumného šetření z roku 2011, se největší část dotazovaných respondentů přiklání k názoru, že na kulturní zvyklosti pacienta

je potřeba brát ohledy pouze občas. Výzkumné šetření bylo prováděno v rámci diplomové práce Renaty Kousalové, na téma Role sestry při poskytování péče pacientům - cizincům. [28]

Na základě výsledků otázky číslo 6 jsem se dozvěděla, že se většina respondentů bude o vietnamského pacienta starat jako o kteréhokoli jiného klienta, bez ohledu na jeho kulturu a vyznání. Pouze respondenti s bakalářským a magisterským programem ve větším počtu uvedli, že se do péče aktivně zapojí a vyhledají si informace o vietnamských zvycích a kulturních odlišnostech. Obdobný výsledek vyplývá z výzkumné části bakalářské práce Dany Šebkové z roku 2009, která se zabývala zjištěním uspokojování potřeb pacienta v multikulturním ošetřovatelství. Dotazované všeobecné sestry/ všeobecní ošetřovatelé zde ve výrazně větším počtu uvedli, že v ošetřovatelské péči přistupují k pacientovi jiné národnosti stejně jako k běžnému českému pacientovi. [29]

Protože každému pacientovi by měla být péče poskytována individuálně, je důležité přihlížet i na jeho způsob života a zvyklosti. Milým zjištěním pro mě bylo, že pro nikoho z dotazovaných není péče o cizince natolik nepřijemná, že by se jí raději vyhnul. Největším problémem byla pro všechny otázka číslo 9, ve které jsem se ptala, kdo má ve Vietnamu právo dělat důležitá rozhodnutí, která se týkají zdravotního stavu pacienta. Nejvíce dotazovaných ve všech kategoriích se domnívá, že o svém zdravotním stavu má právo rozhodovat pouze dotyčný sám. Ve Vietnamu má hlavní postavení v rodině muž, otec/syn, jen on má také právo na důležitá rozhodnutí týkající se ostatních členů rodiny. Tato situace může být častým zdrojem nedorozumění mezi českými zdravotníky a vietnamskými pacienty. U nás, stejně jako v ostatních evropských zemích je zcela běžné sdělit informace o zdravotním stavu nejprve pacientovi samotnému, ale ve Vietnamu to tak není. Překvapilo mě, že u otázky číslo 11, jak vietnamský pacient vyjádří nepochopení a rozpačitost váhali respondenti mezi náhlým ukončením komunikace a úsměvem. Nakonec se ve větším počtu rozhodli správně- pro možnost úsměvu. Přesto, že většina respondentů všech kategorií odpověděla na položené otázky správně, nejúspěšnější byla kategorie bakalářů a magistrů. Myslím, že na jejich lepší znalosti má vliv fakt, že na vysokých, ale i vyšších školách zdravotnických je do výuky zahrnuto i multikulturní ošetřovatelství, které přináší možnost seznámit se s typickými rysy jiných kultur a národností. Naopak zdravotničtí pracovníci pouze se středoškolským vzděláním znají kulturní specifika minorit spíše na základě praxe a setkání s těmito pacienty.

Hypotéza číslo 2: Pro většinu sester bude největší překážkou v komunikaci s vietnamským pacientem jazyková bariéra. Tato hypotéza byla potvrzena odpověďmi na

otázky číslo 3, 4, a 7. Na otázku číslo 3: Je/ byla pro Vás péče o vietnamského pacienta odlišná než péče o běžného českého pacienta, odpověděli respondenti s vyšším odborným zdravotnickým a bakalářským nebo magisterským vzděláním, ano. Všichni shodně uvedli, že hlavním důvodem odlišnosti ošetrovatelské péče pro ně byla právě problematičká komunikace. Naproti nim respondenti se střední zdravotnickou školou, podle většiny odpovědí, žádné odlišnosti v péči nevidí. Jazyková bariera jako největší překážka v péči o pacienta cizince vyplývá i z výsledků výzkumné části diplomové práce Renaty Kousalové. [28]

Respondenti mohli u otázky číslo 7 označit více možností, které by zvolili pro usnadnění komunikace. Má domněnka, že se v největším počtu rozhodnou pro pomoc tlumočnicka nebo dobře česky hovořícího příslušníka jejich rodiny, byla správná. Mezi dalšími nejčastěji vybranými možnostmi k usnadnění komunikace byly piktogramy a slovníky. Několik respondentů by komunikaci omezilo raději pouze na gesta a mimiku. Pouze jeden středoškolsky vzdělaný dotazovaný by se komunikaci vyhnul. Asi největším překvapením, pro mě byly odpovědi dvou všeobecných sester s bakalářským programem, které uvedly, že ovládají vietnamský jazyk. Komunikace je ve zdravotnictví velmi důležitá a personál by se jí neměl vyhýbat. V případě problematičkého dorozumívání by měli mít všeobecné sestry/ všeobecní ošetrovatelé možnost využít pomocné materiály nebo tlumočnicka. Nedostatečná komunikace nebo nedorozumění vede u pacienta ke stresu a můžou být častou příčinou obav a úzkostí. Obzvláště pak, jedná-li se o pacienta cizince.

Hypotéza číslo 3: Většina všeobecných sester nemá zájem vzdělávat se v multikulturním ošetrovatelství. Výsledek této hypotézy vychází z odpovědí na otázky číslo 14, 15, 16, 17 a 19. V první otázce určené k této hypotéze, tedy v otázce číslo 14, jsem se respondentů ptala, co je multikulturní ošetrovatelství. Všichni zdravotní pracovníci s dosaženým bakalářským a magisterským vzděláním správně odpověděli, že se jedná o respektování více kultur (kulturních tradic a způsobu života). Správně odpovědělo i převážné procento středoškolsky vzdělaných respondentů a absolventů vyšších zdravotnických škol. S neustále stoupající migrací obyvatel a větším příchodem cizinců do naší republiky, je multikulturní ošetrovatelství stále diskutovanějším tématem ve zdravotnictví. Proto pro mě bylo překvapující, že se 7% všeobecných sester/ všeobecných ošetrovatelů se střední školou a 9% z celkového počtu tázaných zdravotníků s vyšším odborným vzděláním domnívá, že se jedná o ošetrovatelství inspirované exotickými kulturami. O nic méně udivující byla odpověď 9% respondentů se střední zdravotnickou školou, kteří zastávají názor, že se jedná o poskytování péče 2 až 3 pacientům současně.

Na základě odpovědi otázky číslo 16, že se stále výrazně větší počet zdravotníků nezajímá o multikulturní ošetrovatelství, byla má hypotéza potvrzena. Zdravotníci, kteří se o multikulturní ošetrovatelství aktivně zajímají, nejčastěji uváděli jako zdroj informací o této problematice internet, semináře a také literaturu. Zajímavě odpověděla respondentka, která uvedla, že o multikulturní ošetrovatelství se začala zajímat díky tématu své bakalářské práce. Podle převážné většiny všeobecných sester/všeobecných ošetrovatelů není v České republice brán ohled na kulturní specifika národnostních menšin. Důvodem může být jednak nedostatečná informovanost zdravotnických pracovníků v této problematice a také nedostatek času, který by sestry mohly věnovat uspokojování specifických potřeb pacienta. Často jsou plněny pouze lékařské ordinace a je opomíjena péče o psychickou stránku pacienta. Podpora psychického stavu a vyjádření pochopení může být jedním z pilířů v léčbě klienta jiného etnika, kultury, odlišného náboženství a životního stylu. Překvapením pro mě bylo, že Katarína Zbojníková ve své bakalářské práci z roku 2008 popisuje opačný výsledek. Respondenti ve výzkumné části této práce uvádí, že v jejich nemocnicích je brán ohled na specifika jiných národností a kultur. [30]

Za pozitivní výsledek výzkumného šetření považují vyjádření zájmu většiny respondentů jednak o přednášky v multikulturním ošetrovatelství, ale také o standard či informační brožuru k ošetrování vietnamského pacienta. Z práce Kousalové rovněž vyplývá zájem zdravotnických pracovníků o více informací, které by se týkaly specifik ošetrovatelské péče o pacienty cizince. Respondenti by dali z důvodu stručnosti a lepší přehlednosti přednosti informační brožury, která by tyto základní specifika shrnovala. [28]

Podle respondentů by to bylo výhodou pro přístup k těmto klientům. Umožnila by lépe poznat kulturu a dotyčného pacienta, přinesla by důležité informace o jejich životním stylu a typickém chování, a tím by vedl k větším možnostem poskytování kvalitní péče. V mnohých případech by se tak podařilo předejít a včas zabránit nedorozumění a konfliktům, které by mohly na základě neznalosti specifik kultury a jazyka vzniknout. Objevovaly se také názory, že takový to standard či brožura jsou zcela zbytečné a nepotřebné, protože všichni pacienti mají nárok na stejnou péči, a že četnost vietnamských pacientů v českých nemocnicích je poměrně nízká. Má-li být všem pacientům poskytována ošetrovatelská péče na stejné úrovni, měl by se brát ohled na jejich kulturu, životní styl a vyznání. Informační brožura, která by přiblížila základní specifika, potřebná k péči o vietnamského pacienta by byla, podle mého názoru přínosem, i v případě, že by se jednalo o uspokojení potřeb jednoho nebo několik málo těchto klientů, kteří by byly hospitalizováni v českých nemocnicích.

Protože na standardních odděleních pracují všeobecné sestry a všeobecní ošetřovatelé s různou výší vzdělání v rozdílném počtu, je zastoupení respondentů v jednotlivých kategoriích mého výzkumného šetření nerovnoměrné. Přesto, pokud zhodnotím odpovědi respondentů všech zastoupených kategorií dohromady, odpovědi na položené otázky budou obdobné a výsledky hypotéz se nezmění. Pro příklad bych uvedla výsledky odpovědí na několik málo již zmíněných dotazů. Všechny 41% z 82 (100%) dotazovaných respondentů se domnívá, že péče o vietnamského pacienta vyžaduje určitá kulturní specifika. Podle 61% ze všech zdravotnických pracovníků, kteří se účastnili dotazníkového šetření, není v českých nemocnicích brán ohled na kulturní specifika národnostních menšin. Z celkového počtu respondentů vyjádřilo svůj zájem o přednášky z multikulturního ošetřovatelství 79% dotazovaných. Informační brožuru, která by shrnovala základní informace v péči o pacienty Vietnamce, by uvítalo 60%, tedy většina respondentů.

Výsledky výzkumného šetření jsem porovnávala s výsledky diplomové práce Renaty Kalousové z roku 2011, bakalářských prací Kataríny Zbojníkové z r. 2008 a Dany Šebkové z r. 2009. Tyto práce se zabývaly problematikou ošetřovatelské péče o pacienty cizince obecně. Výzkumné šetření prováděné mezi všeobecnými sestrami/všeobecnými ošetřovateli, které by bylo zaměřené na znalosti kulturních specifík v péči pouze o vietnamského pacienta mi nepodařilo nalézt.

ZÁVĚR

V bakalářské práci byly stanoveny dva cíle. Prvním cílem bylo zjistit znalosti všeobecných sester/všeobecných ošetřovatelů o specifikách péče o vietnamskou minoritu. Mají-li všeobecné sestry/všeobecní ošetřovatelé zájem vzdělávat se v multikulturním ošetřovatelství bylo cílem druhým. Oba cíle se podařilo splnit za pomoci dotazníkového šetření, které bylo určené všeobecným sestrám/všeobecným ošetřovatelům pracujícím na lůžkových odděleních.

Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že většina všeobecných sester/všeobecných ošetřovatelů má základní informace o specifikách vietnamské kultury, které se týkají postavení v rodině, stravování, komunikace a vnímání zdraví. Přesto ale, pro nemalý vzorek respondentů bylo problémem vybrat správnou odpověď.

Dále bylo vyhodnocením výzkumného šetření zjištěno, že řada všeobecných sester/všeobecných ošetřovatelů nepovažuje znalosti z multikulturního ošetřovatelství za příliš důležité a potřebné a nemá tudíž zájem se o tuto problematiku aktivně zajímat. Největší zájem o znalosti a zájem o multikulturní ošetřovatelství měli zdravotničtí pracovníci s vysokou školou, tedy s dosaženým bakalářským nebo magisterským studijním programem, kde je multikulturní ošetřovatelství jedním z předmětů. Myslím si, že by mělo být zařazeno již do výuky na středních zdravotnických školách, protože již během praxí v nemocnicích mohou studenti setkat s pacientem jiné národnosti a odlišné kultury. V dnešní době, kdy vedle sebe žije stále více etnických skupin s odlišným náboženstvím a způsobem života, je důležité vzájemné poznání tradic a kultury. Seznámení se s těmito odlišnostmi má vliv na větší vzájemné porozumění a lepší přístup v ošetřovatelské péči.

Výstupem mé bakalářské práce je návrh informační brožury shrnující specifika ošetřovatelské péče o členy vietnamské minority.

POUŽITÁ LITERATURA

1. IVANOVÁ, Kateřina, ŠPIRUDOVÁ, Lenka a KUTNOHORSKÁ, Jana. Multikulturní ošetrovatelství I. Praha: Grada, 2005. 248 s. ISBN 80-247-1212-1.
2. SEDLÁKOVÁ, Gabriela a KOUDELKOVÁ, Vlasta. Multikulturní ošetrovatelství. In: TÓTHOVÁ, Valerie. *Všeobecná sestra pro absolventy vyšších odborných škol*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2008. 74- 111 s.
3. PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada, 2006. 152 s. ISBN 80-247-1211-3.
4. ARCHALOUSOVÁ, A. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. 1. vyd. Hradec Králové: Nucleus HK, 2003. 104 s. ISBN 80-86225-33-X.
5. ŠPIRUDOVÁ, Lenka. Multikulturní ošetrovatelství II. Praha: Grada, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1213-X.
6. STUDÍK, Pavel a TEPLÍK, Tomáš. *Vietnam - země rozmachu, země příležitostí*. Praha: Společnost Longa Praha, 2006. 259 s. ISBN 80-86391-20-5.
7. KOUDELKA, Viktor. *Vietnam - země rýže a hor*. Třebíč: Akcent, 2003. 127 s. ISBN 80-7268-269-5.
8. WIKIPEDIA. *Válka ve Vietnamu*. [online], poslení změna 8. 3. 2012. [cit. 11.11 2011]. Dostupné z: http://cs.wikipedia.org/wiki/V%C3%A1lka_ve_Vietnamu
9. HLAVATÁ, Lucie, et al. *Dějiny Vietnamu*. Praha: Lidové noviny, 2008. 357 s. ISBN 978-80-7106-965-2.
10. IČO, Ján. *Náboženství ve Vietnamu*. Praha: Muzeum hl. města Prahy, 2010. 40 s. ISBN 978-80-85394-74-0.
11. VAVROUŠKOVÁ, Stanislava, et al. *Náboženství a společnost v jižní a jihovýchodní Asii – tradice a současnost*. Praha: Orientální ústav Akademie věd České republiky, 2005. 355 s. ISBN 80-85425-57-2.
12. KLUB HANOI. *V prvním buddhistickém chrámu v ČR* [online], poslední aktualizace 13. 5. 2008. [cit. 20. 10. 2011]. Dostupné z: <http://www.klubhanoi.cz/view.php?cislocianku=2008050301>

13. KNOTKOVÁ- ČAPKOVÁ, Blanka, et al. *Základy asijských náboženství*. 2. díl. Taoismus, konfucianismus, (neo) konfucianismus v Koreji, šintoismus, islám ve V a JV Asii. Praha: Karolinum, 2005. 153 s. ISBN 80-246-0944-0.
14. MOCKOVÁ, Jana. Vietnamci v České republice. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, 2007, 4, s. 26. ISSN 1210-0404.
15. MLÝNKOVÁ, Jana. Vietnamská kultura v ošetrovatelské péči. *Florence: časopis moderního ošetrovatelství*. Praha: Ambit Media, a. s., 2009, 5 (10), s. 33-35. ISSN: 1801-464X.
16. LEONTIYEVA, Yana, et al. *Menšinová problematika v ČR: komunitní život a reprezentace kolektivních zájmů (Slováci, Ukrajinci, Vietnamci a romové)*. 1. vyd. Praha: Sociologický ústav Akademie věd České republiky, 2006. 95 s. ISBN 80-7330-098-2.
17. BAREŠOVÁ, Ivona. *Současná problematika východoasijských menšin v České republice*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. 126 s. ISBN 978-80-244-2645-7.
18. DUDKOVÁ, Lenka. *Multi kulti – menšiny v ČR*. 1.vyd. Olomouc: Agentura rozvojové a humanitární pomoci olomouckého kraje, 2009. 151 s. ISBN 978-80-254-5583-8.
19. ŠERÝ, Vladimír a VOTRUBEC, Ctibor. *Lékařskogeografické problémy Vietnamu*. Praha: Akademia, 1988. 111 s.
20. MULLEROVÁ, Petra. *Vietnam*. 1. vyd. Praha: Libri, 2004. 127 s. ISBN 80-7277-255-4.
21. ODYOVÁ, Penelope. *Tajemství tradiční čínské medicíny*. 1. vyd. Praha: Svojtka & Co, 2003. 224 s. ISBN 80-7237-643-8.
22. TOTHOVÁ, Valerie, et al. Zabezpečení efektivní ošetrovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu. 1. vyd. Praha: Trion, 2010. 195 s. ISBN 978-80-7387-414-8.
23. NOVÁKOVÁ, Kateřina. *Vietnamská rodina - synovská oddanost*. [online], poslední změna 13. 1. 2005. [cit. 10. 1. 2012], KlubHanoi. Dostupné z: <http://www.klubhanoi.cz/view.php?cisloclanku=2005011301>
24. BITTNEROVÁ, D. a MORAVCOVÁ, M. *Etnické komunity v české společnosti*. 1. vyd. Praha: Ermat, 2006. 411 s. ISBN 80-903086-7-8.

25. HOLUBOVÁ, Adéla. *Jak vnímají minority životní etapy stáří a smrti*. České Budějovice, 2007. Diplomová práce. Jihočeská univerzita. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Valerie Tóthová.
26. MZCR. *Účast cizinců na veřejném zdravotním pojištění* [online], poslední změna 13. 1. 2011. [cit. 17. 1. 2012], Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/prevence/czech/czech.html>
27. DOLÁK, František. *Vietnamský pacient v českém zdravotnictví*. České Budějovice, 2008. Diplomová práce. Jihočeská univerzita. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Valerie Tothová.
28. KOUSALOVÁ, Renata. *Role sestry při poskytování péče pacientům-cizincům*. České Budějovice, 2011. Diplomová práce. Jihočeská univerzita. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Dita Nováková.
29. ŠEBKOVÁ, Dana. *Zajištění uspokojování potřeb pacientů v multikulturním ošetrovatelství z pohledu všeobecných sester*. České Budějovice, 2009. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Jana Somrová.
30. ZBOJNÍKOVÁ, Katarína. *Cizinec na našem lůžkovém oddělení*. Brno, 2008. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. Vedoucí práce Natália Beharková.

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů	32
Graf 2 Specifika ošetrovatelské péče	33
Graf 3 Odlišnost ošetrovatelské péče	34
Graf 4 Největší překážka v ošetrovatelské péči	35
Graf 5 Specifika v ošetrovatelství s ohledem na kulturní zvyklosti	36
Graf 6 Hlavní postavení v rodině	39
Graf 7 Dlouhý nehet na malíčku	41
Graf 8 Vyjádření neporozumění a zmatenosti	42
Graf 9 Vietnamské stravování	43
Graf 10 Nepřípustnost	44
Graf 11 Znalosti multikulturního ošetrovatelství	46
Graf 12 Zájem o multikulturní ošetrovatelství	47
Graf 13 Zdroje informací o multikulturním ošetrovatelství	48
Graf 14 Ohled na kulturní specifika v českých nemocnicích	49
Graf 15 Přednášky z multikulturního ošetrovatelství	50
Graf 16 Zájem o standard či informační brožuru	51

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Péče o pacienta Vietnamce	37
Tabulka 2 Komunikace s Vietnamským pacientem	38
Tabulka 3 Rozhodování o zdravotním stavu	40
Tabulka 4 Multikulturní ošetřovatelství	45

SEZNAM ZKRATEK

OSN	Organizace spojených národů
ČSSR	Československá socialistická republika
RVHP	Rada vzájemné hospodářské pomoci
SZŠ	Střední zdravotnická škola
VOŠ	Vyšší odborná škola

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A: Dotazník

Příloha B: Návrh informační brožury

Příloha A: Dotazník

1) Jaké je Vaše dosažené vzdělání:

- SZŠ
- VOŠ
- Bc.
- Mgr.
- jiné:.....

2) Z čeho podle Vás mohou vyplývat specifika ošetrovatelské péče? (možno označit více odpovědí)

- z náboženství
- z tradic a zvyků
- z kultury
- jiné....

3) Je/ byla by pro Vás péče o vietnamského pacienta odlišná než péče o běžného českého pacienta?

- ano - v čem.....
- ne

4) Co je/ co by pro Vás bylo největší překážkou v péči o pacienta Vietnamce?

- komunikační bariera
- přístup rodiny klienta
- náboženství klienta
- kulturní odlišnosti- jaké.....
- jiné.....

5) Domníváte se, že péče o vietnamského pacienta vyžaduje určitá specifika s ohledem na jejich kulturní zvyklosti?

- ano
- ne
- nevím, nikdy jsem o tom nepřemýšlela

6) Na oddělení je přijat pacient vietnamské národnosti:

- péči se budu snažit raději vyhnout, není mi příjemná péče o cizince
- vietnamského pacienta se budu starat jako o kteréhokoli jiného klienta, bez ohledu na jeho kulturu a vyznání
- do péče se aktivně zapojím, vyhledám si informace o vietnamských zvycích
- a kulturních odlišnostech

7) Pokud pacient vietnamské národnosti špatně rozumí a špatně mluví česky, pro usnadnění komunikace zvolím: (možno označit více odpovědí)

- slovník
- piktogramy (obrázky, znaky,...)
- tlumočnicka, nebo dobře česky hovořícího jeho rodinného příslušníka
- komunikaci omezím pouze na gesta a mimiku
- ovládám vietnamský jazyk
- komunikaci se raději vyhnu

8) V tradiční vietnamské rodině má hlavní postavení:

- žena
- muž
- oba, soužití je založené na rovnoprávnosti

9) O důležitých rozhodnutích, týkajících se zdravotního stavu vietnamského pacienta rozhoduje:

- dotyčný sám, jen on má právo rozhodovat o svém zdraví
- rodina, zejména manžel, otec
- rodina, zejména manželka, matka
- veškerá rozhodnutí přenechá na lékařích, jen oni ví, co je pro něj nejlepší

10) Několik centimetrů dlouhý nehet na malíčku vyjadřuje:

- celkovou zanedbanost
- je důkazem blahobytu
- módní výstřelek
- přítomnost k sektě

11) Neporozumění, zmatenost a rozpačitost vyjadří Vietnamec:

- úsměvem
- agresivitou
- náhlým ukončením komunikace

12) Pro vietnamské stravování je typické:

- jsou striktní vegetariáni
- odmítají drůbež
- odmítají ryby a ostatní pokrmy pocházející z moře
- nesnášenlivost k mléčným výrobkům

13) Pro vietnamského pacienta je nepřipustná:

- žena jako ošetřující lékařka
- otevřená kritika a narušení intimity
- krevní transfuze

14) Multikulturní ošetřovatelství je:

- ošetřovatelství inspirované exotickými kulturami
- respektování více kultur (kulturních tradic a způsobu života)
- ošetřování 2-3 pacientů různých národností současně

15) Považujete znalosti z multikulturního ošetřovatelství za:

- důležité
- méně důležité
- zbytečné

16) Zajímáte se aktivně o multikulturní ošetřovatelství?

- ano
- ne

17) Pokud jste na otázku číslo 16 odpověděla“ano“, kde informace získáváte?

- internet
- literatura
- semináře
- konference, kongresy
- jiné

18) Je podle vás brán v českých nemocnicích ohled na kulturní specifika národnostních menšin?

- ano
- ne

19) Uvítal/la byste přednášky, které by se týkaly multikulturního ošetřovatelství?

- ano
- ne

20) Uvítala byste na Vašem oddělení standard či informační brožuru k ošetřování vietnamského pacienta/ klienta?

- ano - proč.....
- ne - proč.....

Specifika ošetrovatelské péče u vietnamské minority

Informační brožura pro všeobecné sestry/všeobecné ošetrovatele

vypracovala: Zuzana Pálková



Specifika v komunikaci	Úřední jazyk-Vietnamština
	Využívejte dostupné metody k usnadnění komunikace (piktogramy, komunikační karty, názorné ukázky, gesta, mimika).
	Testy, procedury a další výkony se snažte vysvětlovat přesně a jednoduše.
	Dbejte na důležitost zpětné vazby.
	Pokud je to možné, využijte dobře česky hovořícího člena pacientovi rodiny jako tlumočnicka.
	Nesdělujte závažné informace o zdravotním stavu vietnamskému pacientovi bez předchozí konzultace s hlavou rodiny (rodina si často nepřeje vystavovat nemocného stresu a obavám).
Specifika vnímání a prožívání nemoci	Vietnamci upřednostňují domácí péči a tradiční léčbu. (byliny, masti, akupunktura)
	Zdravotnickou pomoc vyhledávají až při nesnesitelných potížích.

	Bolest, nevolnosti a jiné obtíže obvykle nesdělují (je třeba se často vietnamského pacienta ptát na aktuální potíže a zdravotní stav).
Specifika při vyšetření a hospitalizaci	Snažte se vyhovět žádosti na přítomnost člena rodiny při vyšetření (usnadnění komunikace, uvolnění pacienta).
	Přílišné dotyky zejména u dětí jsou považovány za nezdvořilé (hladit dítě po hlavě mohou pouze členové rodiny).
	Otevřená kritika je pro Vietnamce nepřipustná.
	Vietnamci (zejména ženy) kladou velký důraz na soukromí a intimitu při vyšetření a hygieně.
Významná kulturní specifika	Dlouhý nehet na malíčku je důkazem blahobytu.
	Mlaskáním během jídla vyjadřují pochvalu hostiteli.
	Přímý pohled do očí je považován za nezdvořilý a domýšlivý.
	Úsměv je častým vyjádřením zmatenosti a nepochopení.
	Stisk podané ruky oběma rukama je projevem úcty.
	Zkřížené ruce na prsou jsou projevem rozčilení.
	Noha přes nohu je projevem nadřazenosti.
Rodina	Ve Vietnamu nejdůležitější jednotka společnosti.
	Náboženství má velký vliv na tradiční vietnamskou rodinu.
	Typické dominantní postavení muže.

	Výrazná úcta dětí k rodičům.
	Návštěv pacienta v nemocnici se chce obvykle účastnit i širší rodina.
Náboženství	Buddhismus
	Konfucianismus
	Taoismus
Významné vietnamské svátky	Oslavy nového roku (od konce ledna do poloviny února).
	Oslavy dnů úmrtí předků nebo rodinných příslušníků.
	Den vítězství (30. dubna)
	Den práce (2. září)
	Svátek dětí (15. srpna)
	Ve Vietnamu se neslaví narozeniny.