

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství N5341

Markéta Morávková

Studijní obor: Ošetřovatelská péče v chirurgických oborech

**MULTIKULTURNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE –
NEJČASTĚJŠÍ MÝTY A HLAVNÍ FAKTA**

Diplomová práce

Vedoucí práce: MUDr. et ThMgr. Marcel Hájek, PhD., FICS.

PLZEŇ 2020

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Fakulta zdravotnických studií

Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Markéta MORÁVKOVÁ, DiS.**
Osobní číslo: **Z17N0033K**
Studijní program: **N5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Ošetrovatelská péče v chirurgických oborech**
Téma práce: **Multikulturní ošetrovatelská péče – nejčastější mýty a hlavní fakta**
Zadávací katedra: **Katedra ošetrovatelství a porodní asistence**

Zásady pro vypracování

- Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma.
- Stanovit cíl kvalifikační práce.
- Zpracovat teoretickou a praktickou část dle požadavků FZS.
- Popsat metodiku praktické části.
- Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce.
- Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS.
- Dodržet citační normu.
- Dodržet předepsaný minimální počet konzultací s vedoucím práce.

Rozsah diplomové práce:
Rozsah grafických prací:
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- CRUZ, Angela Garcia B., SEO, Yuri a BUCHANAN-OLIBER, Margo. Fields of Transcultural Practices: The Role of Religion in Multicultural Marketplaces. *Advances in Consumer Research*. 2016, no. 44, s. 425-426. ISSN 0098-92584.
- KUTNOHORSKÁ, Jana. Multikulturní ošetrovatelství pro praxi. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4413-1.
- LINHARTOVÁ, Lenka, JANKŮ, Tomáš a TOPINKA, Daniel. Multikulturní ošetrovatelství: péče o muslimské pacienty. *Florence*. 2015, roč. 11, č. 11, s. 28-31. ISSN 1801-464X.
- LUKŠOVÁ, Hana., Jana KUTNOHORSKÁ a Yvetta VRUBLOVÁ. Kulturní šok českých zdravotníků v islámských zemích. *Kontakt*. 2012, roč. 14, č. 3, s. 250-260. ISSN 1212-4117.
- POVOLNÁ, Michaela. Právní rádce pro pracovníky ve zdravotnictví a klienty zdravotních pojišťoven. 1. vydání. Praha: Alfom, 2017. 156 s. ISBN 978-80-87785-04-1.

Vedoucí diplomové práce: **MUDr. et Bc. Marcel Hájek, PhD.**
Katedra záchranářství, diagnostických oborů
a veřejného zdravotnictví

Datum zadání diplomové práce: **31. ledna 2018**
Termín odevzdání diplomové práce: **31. března 2020**



PhDr. Lukáš Štich
děkan



PhDr. Mgr. Jitka Krocová
vedoucí katedry

V Plzni dne 1. února 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité prameny jsem uvedl/a v seznamu literatury.

V Plzni dne 26. 3. 2020

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Markéta Morávková

Katedra: Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Multikulturní ošetrovatelská péče – nejčastější mýty a hlavní fakta

Vedoucí práce: MUDr. et ThMgr. Marcel Hájek, PhD., FICS.

Počet stran – číslované: 109

Počet stran – nečíslované: 151

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 59

Klíčová slova: multikulturní ošetrovatelství, náboženství, pacient, kontakt, stravování

Souhrn:

Diplomová práce se zabývá problematikou multikulturní péče. Teoretická část je věnována multikulturní a transkulturní péči a jejich historii. Zabývá se teoretickými a vědeckými podklady multikulturní péče, multikulturní péči v praxi, vzděláváním, komunikací, etickými aspekty a rasizmem. Popisuje specifika multikulturní péče z hlediska náboženství jako faktoru ovlivňujícího její poskytování pacientům vybraných náboženských vyznání. Teoretická část se dále zabývá komplikacemi v multikulturní péči. Závěr teoretické části je věnován budoucnosti a hlavním zásadám pro poskytování multikulturní péče.

Praktickou část tvoří výzkum zaměřený na znalosti všeobecných sester ve vybraných oblastech multikulturní péče v souvislosti s jejich nejvyšším dosaženým vzděláním a v souvislosti s délkou jejich zdravotnické praxe. První vybranou oblastí pro výzkumné šetření jsou specifika prvotního kontaktu s pacientem jiné kultury, kdy je pro toto šetření vybráno pět hlavních náboženských směrů, kterými jsou křesťanství, judaismus, islám, hinduismus a buddhismus. Druhou vybranou oblastí jsou pak specifika výživy a stravovacích

návyků u pacientů jiné kultury, kdy se rovněž toto výzkumné šetření zaměřuje na pět hlavních náboženských směrů.

Praktickým výstupem diplomové práce je edukační materiál se stejnojmenným názvem, vycházející z poznatků zjištěných výzkumným šetřením.

Abstract

Surname and name: Markéta Morávková

Department: Nursing and midwifery assistance

Title of thesis: Multicultural nursing care – the most common myths and main facts

Consultant: MUDr. et ThMgr. Marcel Hájek, PhD., FICS.

Number of pages – numbered: 109

Number of pages – unnumbered: 151

Number of appendices: 3

Number of literature items used: 59

Keywords: : multicultural nursing care, religion, patient, contact, nourishment

Summary:

The main topic of the thesis is multicultural nursing care. The theoretical part deals with multicultural and transcultural nursing care and their history. It delves into the theoretical and scientific sources of multicultural care, practical multicultural care, education, communication, ethical aspects and racism. It describes the specifics of multicultural care considering religion as a factor influencing the level of care given to patients of certain religious groups. The theoretical part also deals with complications in multicultural care. The conclusion of the theoretical part talks about the future and main rules of multicultural care.

The practical part is made of a research focused on the knowledge of nurses in selected parts of multicultural care, considering their highest achieved education and the length of their work experience. The first area of research are the specifics of the first contact with a patient of different culture, with the five main selected religions being Christianity, Judaism, Islam, Hinduism and Buddhism. The second area of research are the

specifics of nourishment and eating habits of patients of different cultures, also targeted at the five main religious groups.

The practical result of the thesis is educational material of the same name, based on the information found in the research.

This is a brief thesis description, without any description and used methods, but with result.

Poděkování

Ráda bych poděkovala MUDr. et ThMgr. Marcelovi Hájkovi, Ph.D., FICS., vedoucímu diplomové práce za vstřícný přístup, cenné rady, doporučení, motivaci, vedení a podporu při tvorbě diplomové práce. Velmi si cením jeho přístupu, respektu a nezaměnitelného pohledu na zpracovávanou problematiku. Mé poděkování patří rovněž PhDr. Jiřímu Freiovi, Ph.D. za doplňující konzultace.

Dále bych ráda poděkovala všeobecným sestřám, které projevily ochotu a při své náročné práci si našly čas a prostor k vyplnění dotazníku, kolegyním a kolegům, kteří se aktivně zapojili do distribuce dotazníků. Velmi si toho vážím.

Děkuji tímto i své rodině a přátelům za podporu. V neposlední řadě chci poděkovat svým spolupracovníkům za podporu a vstřícnost nejen během tvorby diplomové práce ale po celou dobu mého studia.

OBSAH

ÚVOD.....	15
TEORETICKÁ ČÁST	17
1 MULTIKULTURNÍ PÉČE	17
1.1 Vymezení pojmu multikulturní péče	17
1.2 Vymezení pojmu transkulturní péče	17
1.3 Rozdíl mezi multikulturní a transkulturní péčí	18
2 HISTORIE A VÝVOJ MULTIKULTURNÍ PÉČE.....	19
2.1 Multikulturní ošetrovatelství v minulosti.....	19
2.2 Vývoj moderního multikulturního ošetrovatelství – Madeleine Leiningerová 21	
2.3 Vývoj moderního multikulturního ošetrovatelství v České republice	23
3 TEORIE A VĚDECKÉ PODKLADY MULTIKULTURNÍ PÉČE	25
3.1 Základní vědecké předpoklady	25
3.2 Model vycházejícího slunce.....	26
3.3 Model rozvíjení kulturní způsobilosti.....	28
3.4 Model kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče	31
3.5 Blochův průvodce etnicko – kulturním posuzováním	33
4 MULTIKULTURNÍ PÉČE V PRAXI	35
4.1 Vzdělávání zdravotnických pracovníků v oblasti poskytování multikulturní péče v České republice	35
4.2 Komunikace v multikulturní péči	38
4.3 Etické aspekty v multikulturní péči	44
4.4 Práva pacientů.....	46
4.5 Rasismus v ošetrovatelské péči	47
4.6 Náboženství jako faktor ovlivňující poskytování ošetrovatelské péče	50
4.6.1 Křesťanství v multikulturní péči	52
4.6.2 Judaismus v multikulturní péči	54
4.6.3 Islám v multikulturní péči	56
4.6.4 Hinduismus a buddhismus v multikulturní péči.....	58
5 KOMPLIKACE MULTIKULTURNÍ PÉČE.....	60
5.1 Nejčastější komplikace a nedorozumění při poskytování multikulturní péče 60	
5.2 Chyby v přístupu k poskytování péče pacientům jiných kultur.....	62
5.3 Mýty, předsudky a stereotypy v multikulturní péči.....	63
6 BUDOUCNOST MULTIKULTURNÍ PÉČE.....	65
7 ZÁKLADNÍ PRAVIDLA PRO MULTIKULTURNÍ PÉČI	66

EMPIRICKÁ ČÁST	68
8 FORMULACE PROBLÉMU	69
9 CÍL VÝZKUMU	70
9.1 Hlavní cíl.....	70
9.2 Dílčí cíle.....	70
9.2.1 Dílčí cíl 1.....	70
9.2.2 Dílčí cíl 2.....	70
9.2.3 Dílčí cíl 3.....	71
9.2.4 Dílčí cíl 4.....	71
9.2.5 Dílčí cíl 5.....	71
10 HYPOTÉZY	72
10.1 Hypotéza č. 1.....	72
10.2 Hypotéza č. 2.....	72
10.3 Hypotéza č. 3.....	72
10.4 Hypotéza č. 4.....	73
11 CHARAKTERISTIKA SOUBORU.....	74
12 METODA SBĚRU DAT	75
13 ORGANIZACE VÝZKUMU	76
14 ANALÝZA ÚDAJŮ.....	77
14.1 Analýza úvodních otázek	78
14.2 Analýza otázek vztahujících se k hypotéze č.1	85
14.3 Analýza otázek vztahujících se k hypotéze č.2	86
14.4 Analýza otázek vztahujících se k hypotéze č. 3	87
14.5 Analýza otázek vztahujících se k hypotéze č. 4.....	88
15 PREZENTACE A INTERPRETACE DAT	90
15.1 Presentace a interpretace úvodních údajů	90
15.2 Testování hypotéz	92
15.2.1 Testování hypotézy č. 1.....	92
15.2.2 Testování hypotézy č. 2.....	93
15.2.3 Testování hypotézy č. 3.....	95
15.2.4 Testování hypotézy č.4.....	96
15.3 Presentace a interpretace dat – doplnění.....	98
15.4 Presentace a interpretace dat – shrnutí.....	98
16 DISKUZE	99
17 ZÁVĚR.....	106
SEZNAM LITERATURY	110
SEZNAM PŘÍLOH.....	114

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Nejvyšší dosažené vzdělání/ délka praxe	80
Graf 2 Znalost cizího jazyka	83
Graf 3 Cizí jazyky ovládané respondenty	83
Graf 4 Metody komunikace	85
Graf 5 Specifika prvotního kontaktu/ dosažené vzdělání	86
Graf 6 Specifika prvotního kontaktu/ délka praxe	87
Graf 7 Výživa a stravování/ dosažené vzdělání	88
Graf 8 Výživa a stravování/ délka praxe	89

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Nejvyšší dosažené vzdělání a délka praxe - absolutní četnost	80
Tabulka 2: Nejvyšší dosažené vzdělání a délka praxe - relativní četnost.....	81
Tabulka 3: SZŠ - délka praxe - relativní četnost	81
Tabulka 4: VOŠ - délka praxe - relativní četnost	81
Tabulka 5: VŠ (Bc.) - délka praxe - relativní četnost	81
Tabulka 6: VŠ (Mgr., PhDr.) - délka praxe - relativní četnost	82

SEZNAM ZKRATEK

SZŠ..... Střední zdravotnická škola

VZŠ, VOŠ..... Vyšší zdravotnická škola, Vyšší odborná zdravotnická škola

VŠ Vysoká škola

ÚVOD

„Dokud bude trvat vesmír, dokud bude trvat utrpení citících bytostí, budu i já, abych jim mohl sloužit.“

Citátem Jeho Svatosti XIV. dalajlámy je možné snad trochu nestandardně, ale nepochybně vhodně uvést diplomovou práci s názvem Multikulturní ošetrovatelská péče – nejčastější mýty a hlavní fakta. V dnešní době, kdy se rychlým tempem rozvíjejí všechna odvětví a obory lidského působení, věda a pokrok, je mnohdy samotná podstata lidství a člověka upozaděna. Na úkor lidské důstojnosti, morálky, víry, citů a pocitů jsou vyzdvihovány technický pokrok, vědecké objevy a rozum. Zdravotnictví je v oblasti nových výzkumů a objevů velmi progresivní. Stále se objevují nové techniky, přístroje, léčiva, terapeutické postupy a podobně. Navzdory pokroku bohužel velmi často dochází k upozadění základního smyslu a poslání zdravotnické péče, jímž je pomoc člověku. Z člověka se stává pacient - objekt. Honba za úspěšností léčby se stává prioritou bez ohledu na přání, postoj či názor nemocného člověka.

Diplomová práce se zabývá tématem multikulturní - transkulturní péče, která se stává čím dál více součástí a nutností při poskytování ošetrovatelské i lékařské péče. Empatický a zároveň profesionální přístup k pacientovi ze strany zdravotnického personálu je nezbytný a ukazuje skutečnou kvalitu péče. České zdravotnictví a český zdravotnický personál byly dlouhou dobu vzhledem k politické situaci z velké míry od jiných kultur izolovány. Ani po revoluci v roce 1989 k žádnému zásadnímu zlomu bezprostředně nedošlo. V posledních letech však přibýlo příslušníků jiných kultur, využívajících česká zdravotnická zařízení, a zdravotnický personál je v podstatě bez přípravy postaven před nelehký úkol.

Jak může zdravotnický personál poskytnout kvalitní a profesionální péči pacientům jiných kultur, které nezná a nerozumí jim? Jak má sestra plnit základní smysl a princip ošetrovatelství - uspokojení bio-psycho-sociálních potřeb jedince, když neví, které to jsou? Má český zdravotnický personál zájem poznávat jiné kultury? Cítí potřebu být vzdělaný a vzdělávat se v oblasti problematiky multikulturní péče? Uvědomují si čeští zdravotníci závažnost situace plynoucí z neznalosti, předsudků, mýtů a polopравd týkajících se multikulturní péče? Tyto a řada dalších souvisejících otázek byly důvodem k napsání této diplomové práce.

Multikulturní ošetrovatelská péče je tématem velmi obsáhlým. Diplomová práce se skládá ze dvou částí - teoretické a praktické. V teoretické části jsou shrnuty základní pojmy multikulturní a transkulturní péče, historie a vývoj multikulturní péče. Dále jsou popsány vědecké podklady a teorie tvořící vědecký základ oboru multikulturní péče. Další část tvoří kapitola týkající se multikulturní péče v praxi z hlediska vzdělávání, komunikace, etiky, rasismu a náboženství. V posledních kapitolách teoretické části diplomové práce jsou popsány hlavní a nejčastější komplikace, ke kterým při poskytování multikulturní péče dochází.

Druhá část diplomové práce je praktická. Jedná se o výzkum, který se zabývá testováním hypotéz, zkoumajících souvislost mezi nejvyšším dosaženým vzděláním všeobecných sester a jejich informovaností v oblasti kontaktu a v oblasti výživy a stravování u pacientů vybraných kultur, a dále pak souvislost mezi délkou zdravotnické praxe všeobecných sester a jejich informovaností ve výše zmíněných oblastech. Vzhledem k obsáhlosti problematiky byly tyto dvě oblasti zvoleny záměrně pro konkrétnější výsledky a lepší přehlednost a výraznost celého šetření.

Součástí diplomové práce je praktický výstup v podobě edukačního materiálu pro střední zdravotnický personál – zaměřen je na oblasti kontaktu, výživy a stravování u pacientů vybraných kultur.

TEORETICKÁ ČÁST

1 MULTIKULTURNÍ PÉČE

Pro pochopení a vymezení pojmů multikulturní a transkulturní péče je třeba si uvědomit, že každý člověk je ovlivněn kulturou, ze které pochází, ve které vyrůstá, žije, pracuje či studuje. Každý člověk je ovlivněn prostředím, náboženstvím, sociální a ekonomickou situací, zvyky, událostmi, politikou, rodinou, přáteli, okolními lidmi, médií a mnohým dalším. (39, s.21)

Kultura je definována jako soubor zažitých a přijatých názorů, postojů, zvyků a rituálů včetně hodnotového systému, které jsou charakteristické pro konkrétní uskupení lidí. To vše je pak předáváno různou formou z generace na generaci. Kultura má zásadní vliv na chování, myšlení a jednání člověka. (39, s. 14)

Pojmy multikulturní a transkulturní péče byly v minulosti používány jako synonyma. V dnešní době má však každý z nich svá specifika. (39, s. 20–21)

1.1 Vymezení pojmu multikulturní péče

Pojem multikulturní péče je vysvětlován jako péče vycházející z multikulturalismu. Multikulturalismus je pojem, který je definován jako stav, kdy vedle sebe existují a fungují různé kultury. V multikulturalismu zůstává plně zachována odlišná kultura nebo několik různých kultur vedle sebe. Tyto kultury se navzájem respektují a neprolínají. (24, s. 16)

V multikulturní ošetrovatelské péči tedy dochází k poskytování ošetrovatelské péče takovým způsobem, že je plně respektována odlišná kultura pacienta a poskytovaná péče pacientovi kulturní identitu nijak nenarušuje a neomezuje. (24, s. 16)

1.2 Vymezení pojmu transkulturní péče

Pojem transkulturní péče na pojem multikulturní péče v podstatě navazuje. Transkulturalismus je stav, kdy dochází k prolínání, ovlivňování, mísení a vzájemné interakci kultur. Transkulturalismus je jev, kterému nelze zabránit. Jedná se o jev, který nelze jednoznačně ohodnotit kladně ani záporně. Transkulturní ošetrovatelská péče je tedy

ošetřovatelská péče poskytovaná napříč kulturami ve smyslu vzájemného ovlivňování a přizpůsobování se. (24, s.16)

1.3 Rozdíl mezi multikulturální a transkulturální péčí

Jak bylo popsáno výše, rozdíl mezi multikulturální a transkulturální péčí je v teoretické rovině zřejmý. Z praktického pohledu lze však multikulturální a transkulturální péči považovat za jeden pojem, za jednu problematiku a nahlížet na toto téma vcelku. Respekt k jiným kulturám, znalosti jiných kultur a empatický profesionální přístup jsou tím nejlepším doporučením pro poskytování kvalitní ošetřovatelské péče pacientům v multikulturálním i transkulturálním slova smyslu. (24, s 16 –17)

2 HISTORIE A VÝVOJ MULTIKULTURNÍ PÉČE

2.1 Multikulturní ošetrovatelství v minulosti

Ošetřování nemocných a péče o potřebné jsou staré jako lidstvo samo. Napříč kulturami, náboženstvím, prostředím, politickou situací, ekonomickými faktory a mnohým dalším byla pomoc trpícím vždy lidskou přirozeností. Rozvoj a vývoj ošetrovatelské praxe byl v minulosti kulturním prostředím a náboženskými vlivy velmi podmíněn. (17, s. 22)

V minulosti často lidé včetně lékařů, ošetrovatelů a ošetrovatelek neznali příčiny nemocnění, neznali souvislosti a důvody vzniku nemoci či zhoršení zdravotního stavu. Mnohdy se domnívali, že za špatný zdravotní stav nemocného mohou kouzla, prokletí, nadpřirozené bytosti a další. O léčbu se tedy snažili nejen více či méně zdatní „profesionálové“ a rodinní příslušníci, ale také nejrůznější kněží, čarodějové, šamani, zaklínači, vymítači a podobně. (32, s. 14)

Při ošetřování nemocných bylo využíváno nejen léčebných a ošetrovatelských postupů a praktik, které byly platné pro dané kulturně-historické období a prostředí, ale nedílnou součástí péče tvořila i celá řada náboženských praktik, okultních rituálů, ochranných kouzel, modliteb atd. Víra a náboženství hrály významnou roli v léčbě, ošetřování a uzdravování nemocných. Kněží, šamani a náboženští činitelé byli považováni zároveň za léčitele. (32, s.15-17)

V souvislosti s vývojem ošetrovatelství je třeba si uvědomit, že v minulosti byla jednotlivá prostředí více oddělená, a to ve smyslu geografickém, kulturním, náboženském, sociálním i odborném. S rozvojem společnosti se rozvíjela i medicína a ošetrovatelství. Zkušenosti a poznatky byly předávány zejména v oblasti ošetrovatelství z generace na generaci. (32, s. 15–17)

Ve starověké Evropě se medicína a ošetrovatelství poměrně progresivně rozvíjely v době antického Řecka a Říma. V té době bylo sepsáno mnoho záznamů. Léčbu a ošetřování nemocných ovlivňovala tehdy řada vlivů, zejména z Egypta a Blízkého východu. (32, s. 15-17)

Ve středověku i později pak sehrálo v Evropě ve vývoji ošetrovatelství významnou roli křesťanství. Mimo domácího ošetrovatelství to byly křesťanské kláštery, útulky, špitály a další zařízení, zakládaná především katolickou církví, kde byla nemocným, trpícím,

postiženým, starým, bezmocným a opuštěným poskytována péče. Protestantská církev se zaměřovala spíše na pomoc jedincům a rodinám v domácím prostředí. Židovské komunity v Evropě stály odděleně a léčebnou a ošetrovatelskou péči řešili ve svém uzavřeném prostředí, svými postupy, které si předávali z generace na generaci ústní i písemnou formou. (5, s. 12–15)

Postupně se v Evropě vyvíjela i profesionální medicína se vzděláváním lékařů, rozvojem diagnostiky, léčebných metod, nových postupů a objevů. Ošetrovatelství, ačkoliv bylo nedílnou, neodmyslitelnou a nenahraditelnou součástí léčby, bylo jako obor dlouho opomíjeno a neorganizováno. Postupem času si nejen lékaři, ale i ošetrovatelský personál více a více uvědomovali potřebu erudované a profesionální ošetrovatelské péče, nutnost znalostí a dovedností podložených vzděláním. Trvalo však velmi dlouho, než se oficiální vzdělávání ošetrovatelek stalo běžnou záležitostí. Velmi dlouho také trvalo uvědomění si základních požadavků na kvalitní péči z hlediska hygieny a výživy. (5, s. 14–16)

Mimo Evropu byla situace také odlišná. Například na Blízkém východě byla medicína a ošetrovatelství mnohdy na vyšší úrovni než v Evropě. Bylo to do určité míry dáno i tím, že do zemí Blízkého východu se často dostávali lékaři, učenci a lidé mající zkušenosti s léčbou a ošetrováním nemocných z celého světa, ať už jako válečná kořist, otroci nebo jako hosté panovníka. Zkombinování zkušeností a postupů pak mnohdy vedlo k úspěchům léčby řady onemocnění a neduhů. Zajímavé je, že ve srovnání s Evropou si v této oblasti velmi záhy uvědomili, že ošetrovatelská péče musí splňovat určité požadavky z hlediska výživy a hygieny. (5, s. 18–19)

V oblasti Dálného východu - Indie, Číny, Japonska - pak medicína měla rovněž svůj vývoj, který do značné míry nekorespondoval s evropským pojetím. Celkově jiný přístup k životu, k samotné hodnotě lidského života a prostředí, zcela odlišnému od prostředí Evropy, na dlouhou dobu ponechalo zejména čínskou a japonskou medicínu oddělenou od zbytku světa. (5, s. 19)

Za období největšího rozvoje medicíny a ošetrovatelství v afrických zemích lze považovat období starověkého Egypta. Z té doby existuje mnoho záznamů. Bohužel s úpadkem Egyptské říše došlo i k úpadku tohoto oboru. Léčba, léčení a ošetrování nemocných pak obecně byly na nízké úrovni, většinou probíhaly v kruhu rodiny. V dalších afrických zemích pak nebyla situace o nic lepší. Příčinu nemoci lidé shledávali většinou v nadpřirozených silách. A léčbu vkládali do rukou šamanů. Ti se více či méně

nebezpečnými rituály snažili situaci řešit. Ošetrovatelská péče byla většinou minimální bez splnění základních požadavků na hygienu a výživu. (5, s. 20)

V oblastech Ameriky měly indiánské kmeny své rituály. Léčebné postupy a ošetřování bylo na různých úrovních dle oblastí a konkrétních kmenů. S příchodem Evropanů a začátkem kolonizace amerického kontinentu došlo k zavlečení řady chorob, destrukci indiánských kultur a postupnému úpadku a vymizení původních léčebných a ošetrovatelských zvyklostí a praktik, jež byly nahrazeny praktikami a postupy evropskými. (5, s. 20)

V oblasti Austrálie není příliš informací o původních léčebných a ošetrovatelských praktikách. Lze konstatovat, že v Austrálii byl s osídlením zaveden evropský standard.

Multikulturní či transkulturní péče tak, jak ji pojmáme dnes, byla věcí v podstatě neznámou. Ošetřování nemocných probíhalo dle zvyků dané společnosti, která péči poskytovala. Mnohdy příslušníci jedné kultury odmítali ošetřovat příslušníky jiné kultury. Respekt k jiným zvykům, náboženstvím, filozofiím či odlišným potřebám nebyl dlouho považován za nutný a důležitý. Naopak léčba a ošetrovatelská péče dle majoritní společnosti byly brány jako ty správné a jediné přípustné. (32, s. 19)

2.2 Vývoj moderního multikulturního ošetrovatelství – Madeleine

Leiningerová

Multikulturní - transkulturní ošetrovatelství se jako oficiální samostatná vědní disciplína rozvíjí více než padesát let. Za jeho zakladatelku je považována profesorka Madeleine Leiningerová. (47)

Madeleine M. Leiningerová se narodila v roce 1925 v USA v Nebrasce. Po absolvování St. Anthony's Hospital School of Nursing získala diplom všeobecné sestry. Následně vystudovala Benedictine College, Creighton University a získala diplom z ošetrovatelství na Katolické univerzitě. Později vystudovala kulturní a sociální antropologii na University of Washington. (47)

Madeleine Leiningerová pracovala v nemocnici v Omaze. Zároveň pracovala a vyučovala na univerzitách - University of Cincinnati a University of Colorado. Stala se děkankou na University of Washington a University of Utah. Byla emeritní profesorkou

ošetřovatelství na univerzitě ve Weyne – Weyne State University a členkou fakulty ošetřovatelství na University of Nebraska Medical Center Omaha. Madeleine Leiningerová zemřel v roce 2012 v Nebrasce. (47)

Během svého působení získala celou řadu ocenění v USA i ve světě. Je právem považována za matku transkulturního ošetřovatelství. Práce Madeleine Leiningerové byla dlouhou dobu provázena celou řadou potíží. Odborná veřejnost, lékaři i sestry na její počiny hleděli s nedůvěrou a despektem. Přes všechna úskalí se však Madeleine Leiningerová nenechala odradit a vytrvale pracovala a rozvíjela svoji teorie, prováděla šetření, pozorování, zasadila se o vznik základů a umožnila následný rozvoj transkulturního ošetřovatelství. Madeleine Leiningerová začala v padesátých letech minulého století pracovat jako sestra specialista na dětské psychiatrii. Právě tam si uvědomila velké kulturní rozdíly mezi dětmi a rodiči různých etnik, kultur a ras. Diagnostikovala, že péči o nemocné děti chybí kulturní dimenze. Sama ve své knize *Transkulturní ošetřovatelství, pojmy, teorie, výzkum a praxe* píše: „Zakusila jsem kulturní šok a pocítila bezmocnost v odpovědnosti za děti a jejich rodiče.“ (39, s. 23–25)

Madeleine Leiningerová pracovala s pacienty různých národností (Asiaty, Afričany, Židy, přistěhovalými Evropany atd.) a všímala si, jak moc se mezi sebou liší. Pacienti měli různou rasu, původ, zvyky, výchovu a důležitou roli hrál i jejich životní osud. Je třeba si uvědomit, že šlo o období nedlouho po skončení druhé světové války a o období války v Koreji. Z výše zmíněných důvodů měli pacienti i různé postoje k léčbě, lékům, stravování, spánkovému režimu, odpočinku, komunikaci a spolupráci se zdravotnickým personálem. (39, s. 23)

V pojetí ošetřovatelské péče o pacienty v USA převažoval tzv. evropský styl, nicméně velmi brzy bylo jasné, že sestry a lékaři se musí zabývat nejen chorobou pacienta, ale také jeho existenčním pozadím. Je přirozené, že ke vzniku této myšlenky došlo právě v USA a právě v padesátých letech, protože v USA v tomto období vrcholila migrace lidí z celého světa a skladba obyvatel se stala ještě pestřejší a různorodější než dosud. (39, s. 23)

Termín transkulturní ošetřovatelství Madeleine Leiningerová prvně použila v šedesátých letech dvacátého století. Provedla celou řadu etnografických, etnologických a etnoošetřovatelských studií po celém světě. Testovala své teorie a získávala nové poznatky, díky nimž dále rozvíjela svůj výzkum a svoji teorii. Stala se zakladatelkou transkulturního ošetřovatelství jako samostatné vědecké disciplíny. Napsala řadu knih a vytvořila řadu

učebních textů. Podnítila rozvoj vzdělávání sester v této oblasti a byla iniciátorkou vzniku prvního vzdělávacího programu PhD v oboru transkulturního ošetrovatelství a antropologie pro sestry na univerzitě v Coloradu. V tomto oboru to pro sestry byl první vzdělávací program na světě. (39, s. 24)

Později, v roce 1973, se spolupodílela na zakládání katedry transkulturního ošetrovatelství na univerzitě ve Washingtonu, kde působila jako děkanka. Madeleine Leiningerová založila v roce 1963 Výbor pro ošetrovatelství a antropologii (CONAA – Committee of Nursing and Anthropology). V roce 1974 stála za ustavením Společnosti pro transkulturní ošetrovatelství, což byla první celosvětová organizace tohoto druhu. Motem této společnosti je „mnoho kultur - jeden svět“ a v současné době má tato organizace 500 aktivních členů. (47)

Rozvoj v oblasti vzdělávání sester v transkulturním ošetrovatelství je zásluhou Madeleine Leiningerové a jejích spolupracovníků a v současné době je běžnou a vyhledávanou součástí vzdělávání sester v USA i ve světě. V roce 2001 byla zřízena Úřadovna Světové organizace pro transkulturní ošetrovatelství a pro komunikaci sester z celého světa webové stránky [www..tcns.org](http://www.tcn.org). (39, s. 40)

Madeleine Leiningerová svoji nově vytvořenou teorii nazvala Teorie kulturně diverzifikované a univerzální péče (Theory of Culture Care Diversity and Universality). Základem této teorie je poznání, pochopení a využití společných a rozdílných znaků kultur při poskytování ošetrovatelské péče. Touto teorií vytvořila základní kámen transkulturního ošetrovatelství. (39, s. 48–49)

2.3 Vývoj moderního multikulturního ošetrovatelství v České republice

Vývoj multikulturního ošetrovatelství byl vzhledem k politické situaci do roku 1989 v podstatě nulový. Ani po Sametové revoluci nedošlo k žádným podstatným změnám v této oblasti. Zdravotnictví se potýkalo a potýká s celou řadou problémů. Nicméně postupem času si česká odborná veřejnost začala uvědomovat, že pro poskytnutí kvalitní péče, jak léčebné, tak ošetrovatelské, je potřeba víc. Se zvyšujícím se počtem kulturně odlišných pacientů v České republice docházelo i ke zvyšujícímu se počtu situací, kdy znalosti z oblasti multikulturní péče byly potřebné. (10, s. 16)

Česká republika by jako člen Evropské unie měla být schopna poskytovat zdravotní péči všem kulturám, které jsou součástí Evropské unie, a nejen jim. Problematika

multikulturní péče byla prvně prezentována na II. konferenci v ošetrovatelství v Olomouci v roce 2000. V současné době je multikulturní ošetrovatelství na vzestupu. Odborná i laická společnost si uvědomují důležitost a zásadnost této oblasti. (39, s. 67–69)

3 TEORIE A VĚDECKÉ PODKLADY MULTIKULTURNÍ PÉČE

3.1 Základní vědecké předpoklady

Samotný pojem kulturní péče je definován jako kognitivně naučené a předávané profesionální i domorodé – lidové hodnoty, normy a vzorce životních stylů, které jsou používané k pomáhání, pozorování či umožňování individuu či skupině udržovat jejich blaho, zdraví či zlepšovat lidské podmínky či životní styl. (39, s. 57-58)

Je tedy zřejmé, že péče a kultura se vzájemně prolínají a je nezbytné pochopení a smysluplné uspořádání těchto pojmů, čímž je umožněna progrese a optimalizace transkulturního ošetřovatelství. Při poskytování transkulturní péče je dle Madeleine Leiningerové podstatné vědět, co je v péči o člověka či skupinu univerzální, tzn. obecně platné, a co je odlišné, tzn. podmíněné zvláštnostmi konkrétní kultury. Tyto znalosti jsou pro správné poskytování adekvátní transkulturní péče nezbytné. (39, s. 57)

Péče obecně může být považována za univerzální prvek. Kulturní péče je pak taková péče, která dokáže spojit univerzální péči a zohlednit přitom různorodost kultur, subkultur, etnik, prostředí, hodnot atd. (39, s. 57)

Zdravotnický personál se při své práci při poskytování péče pacientům jiné kultury dostává často do situace, kdy dochází k pomyslnému a mnohdy i reálnému střetu odlišných kultur. Zde přichází na řadu právě vzdělání a znalosti zdravotníků v oblasti transkulturní péče, díky kterým zdravotník může danou situaci správně vyhodnotit a adekvátně jednat. Pro správné pochopení a následné poskytování transkulturní péče je nezbytné znát pět základních pojmů, týkajících se interakce různých kultur. (39, s. 58)

Prvním pojmem je setkání kultur, což je situace, kdy se osoba jedné kultury setká nebo je v krátké interakci s osobou jiné kultury, např. při platbě na pokladně v nemocnici. Dalším pojmem je enkulturace – včlenění jiné kultury. Jedná se o proces přijímání a osvojování konkrétní kultury, jejích hodnot, víry a praktik. Podobným pojmem je akulturace. Jde o učení se přijímat některé hodnoty, víru, chování, normy a praktiky jiné kultury s ohledem na kulturu původní. Socializace je pak proces začleňování se do společnosti a učení se běžnému fungování v jiné kultuře. Posledním pojmem je pak asimilace, což je proces cíleného přizpůsobování se jiné kultuře. (39, s. 57 – 59)

3.2 Model vycházejícího slunce

Madeleine Leiningerová stanovila třináct základních předpokladů pro svoji teorii různorodosti a shody. Tyto předpoklady jsou:

1. Péče je podstatou ošetrovatelství, je zřejmým, dominantním, ústředním a společným zaměřením.
2. Kulturně orientovaná péče je nezbytná pro pohodu, zdraví, lidský růst a vývoj, přežití, vyrovnání se s hendikepy a čelení smrti.
3. Kulturně orientovaná péče je více komprehenzivní, holisticky pojímaná ve vědomostech, objasňování, interpretování a předpovídání fenoménů ošetrovatelské péče v oblasti řízení a usměrňování ošetrovatelských rozhodnutí a činností.
4. Transkulturní ošetrovatelství je věda a profese o humánním rozměru pečování, v jehož centru stojí služba individuům, skupinám, komunitám, společnostem a institucím.
5. Kulturně orientovaná péče je nezbytná pro léčení a vyléčení, nemůže být vyléčení bez péče, ale může být péče bez léčby.
6. Kulturní péče – její pojmy, významy, vyjadřování, vzorce, modely a procesy se odvíjejí od kulturních rozdílností, ale současně také od kulturní univerzality.
7. Každá kultura má rodovou (laickou, lidovou, emickou) péči a obvyklou praxi a zpravidla profesionální, na vědeckých principech rozvíjenou, univerzální péči a praxi, které se liší transkulturně a individuálně.
8. Hodnoty kulturní péče a její praktiky jsou zakořeněné ve světonázorových, jazykových, filozofických, náboženských a duchovních, rodinných, společenských, politických, právních, vzdělávacích, kulturních, ekonomických, technologických, etnohistorických a environmentálních dimenzích kultury.
9. Prospěšná, uzdravující a uspokojující kulturní péče ovlivňuje zdraví, pohodu jedinců, rodin, skupin a komunit v jejich environmentálním prostředí.
10. Kulturně vhodná a prospěšná péče bude existovat jen tehdy, když její hodnoty, vědomosti či vzory budou zjevně vnímány a užívány pro přiměřenou, bezpečnou a účelnou péči.

11. Kulturně univerzální a diferencovaná péče existuje v lidských kulturách světa mezi profesionální péčí a klientovou lidovou - laickou - tradiční péčí.
12. Kulturní konflikty, kulturně nepřijatelné praktiky, kulturní stres a kulturní bolest odrážejí nedostatky ve vědomostech o kulturní péči, která má vést ke vhodné, odpovědné, bezpečné a citlivé péči.
13. Etnošetřovatelské výzkumné kvalitativní metody představují důležité nástroje pro přesná zjištění a interpretaci relevantních, komplexních a strukturovaných emických i odborných profesionálních dat pro kulturní péči. (39, s. 25-27, s. 71–79)

Madeleine Leiningerová za metaparadigma své teorie určila pojmy. Lidské bytosti – člověk (human beings – human), humánní péče (human care), kontexty prostředí (environmental contexts), pohoda nebo zdraví (well-being or health). (39, s. 27-30)

Lidská bytost - člověk je v teorii Madeleine Leiningerové popisována jako holistická bytost ovlivněná sociálním pozadím. Teorie Madeleine Leiningerové zásadním způsobem bere v potaz rozdílné vnímání zdraví, nemoci, péče, léčby, spolupráce apod. u osob, skupin, komunit, kultur, subkultur, případně institucí, pocházejících z rozdílného prostředí. (39, s. 30)

Humánní péče je taková ošetřovatelská péče, která se zaměřuje na podporu zdraví, zdravé jednání, zotavení a péči o osoby, které to potřebují, kulturně vhodným způsobem. (39, s. 30)

Prostředí je v teorii Madeleine Leiningerové považováno za významnou součást ovlivňující ošetřovatelskou péči, kdy zohledňuje politický, ekonomický, sociální, vzdělávací, technický, náboženský a kulturní faktor. (39, s. 30)

Zdraví definuje Madeleine Leiningerová jako stav pohody, umožňující jednotlivcům či skupinám vykonávat každodenní činnosti. Zdraví dle Madeleine Leiningerové nelze univerzálně definovat vzhledem k odlišnému vnímání zdraví a nemoci v různých kulturách. (39, s. 31)

Hlavním principem multikulturního ošetřovatelství jsou tedy péče, pečování a kulturní péče. Je důležité uvědomit si při poskytování ošetřovatelské péče vzájemnou propojenost těchto pojmů. (39, s.30)

Madeleine Leiningerová v průběhu let vytvořila koncepci transkulturní péče. Zohlednila holistický přístup k člověku, univerzálnost i rozdílnost kultur a poskytla tak základ moderní péči o člověka bez rozdílu kultur, rasy, původu, víry a prostředí. Svůj model ošetrovatelské péče nazvala „Model vycházejícího slunce“. (47)

Model vycházejícího slunce byl prvně představen v roce 1955, postupně byl dopracován a rozvinut. Tento model byl vytvořen jako koncepční holistický průvodce sloužící k rozpoznání mnoha faktorů a komponentů ovlivňujících péči o pacienta jiné kultury. Model Madeleine Leiningerové si za hlavní cíl stanovuje využití znalostí v oblasti transkulturní péče při poskytování péče pacientům tak, aby byla kulturně specifická a uzpůsobená danému pacientovi dle jeho potřeb a požadavků. Jsou zde začleněny světonázorové, sociální, jazykové a environmentální faktory a dále pak faktory péče, a to laické i profesionální. Jedním z pilířů tohoto modelu transkulturní péče je, že pacient samotný může navést ošetřující personál k tomu, jaká péče je pro něj v souvislosti s jeho kulturou nejvhodnější. Model vycházejícího slunce tedy člověka popisuje jako jedince, který je neoddělitelný od svého kulturního a sociálního prostředí a je nezbytné tyto atributy zohlednit při poskytování péče. (47)

Model vycházejícího slunce je obecně prezentován v kruhové podobě. Byl několikrát přepracován, upraven a doplněn.

Model vycházejícího slunce prezentuje potenciální vlivy, tedy nikoliv příčiny, které mohou ozřejmit vztahy mezi péčí, historií, kulturou, sociálním prostředím, ale také věkem, pohlavím, náboženstvím, rodinnými svazky atd. Při aplikaci modelu do praxe je tedy hlavním cílem za uplatnění vhodných znalostí poskytnout kulturně specifickou a uzpůsobenou péči konkrétnímu jedinci, jeho zdraví a potřebám. (47)

3.3 Model rozvíjení kulturní způsobilosti

Dalším z modelů transkulturní ošetrovatelské péče je Model rozvíjení kulturní způsobilosti, který vytvořila Josepha Campinhy-Bacotová. Stejně jako Joyce Newman Gigerová s Ruth Davidhizarovou, vychází Josepha Campinhy-Bacotová z předcházející práce Madeleine Leiningerové. V modelu získávání kulturní způsobilosti je vycházeno z myšlenky, že zdravotník získává kulturní způsobilost svým úsilím a postupně získává schopnost a kompetence efektivně poskytovat kulturně správnou péči jedinci. (39, s. 15)

Hlavní myšlenkou tohoto modelu je teorie, že kulturní způsobilost není stav, ale proces. Tento proces je ovlivněn řadou faktorů a lze do něj kdykoliv vstoupit. Nedílnou součástí je pak uvědomění, a to jak ve smyslu uvědomění si sebe sama, tak ve smyslu uvědomění si světa obecně, předsudků, stereotypů, odlišností, víry, reality, prostředí, kultury. Toto uvědomění je nezbytné, neboť jeho nedostatečnost či absence pak mohou vést ke vnucování hodnot, norem a vzorců chování jedné strany straně druhé. (39, s. 16)

Základ modelu rozvoje kulturních kompetencí je tvořen pěti hlavnímu kompetencemi – kulturní uvědomění, kulturní přání, kulturní vědomosti, kulturní zručnost, kulturní setkání. (39, s. 16)

Pojem kulturní přání je definován jako motivace sestry k účasti na procesu stát se kulturně uvědomělou, získat a prohloubit kulturní vědomosti, zručnost a vyhledávat kulturní setkání. Pro úspěšné využití a uplatnění tohoto modelu je kulturní přání základním prvkem, bez něž nelze dosáhnout žádoucího výsledku. V grafickém znázornění bývá tento model vyobrazen jako výbuch sopky, přičemž kulturní přání je začátkem procesu. Kulturní přání konkrétně zahrnuje touhu sestry být otevřená, přizpůsobivá, ochotná se učit. Součástí kulturního přání je závazek a touha sestry poskytovat péči všem lidem bez ohledu na jejich kulturu, víru, situaci, zvyky, rituály a podobně. Obsahem kulturního přání sestry je nepodléhat předsudkům, situaci a okolnostem a vždy být schopná reálně a zároveň empaticky přistupovat k jedincům, kterým poskytuje ošetrovatelskou péči. (39, s. 16–17)

Další částí modelu získávání kulturní způsobilosti jsou kulturní vědomosti, to znamená proces hledání, poznávání a získávání informací a poznatků o různých kulturních a etnických skupinách. Díky hlubokým znalostem o víře, hodnotách, normách, rituálech, zvycích, vztazích, interakcích a situaci jiných kultur je sestře umožněno pochopit konkrétního pacienta a poskytnout mu odpovídající péči. (39, s. 17)

Při získávání kulturních vědomostí existují čtyři stadia – nevědomá neschopnost, vědomá neschopnost, vědomá schopnost a nevědomá schopnost. Nevědomou schopností je míněna situace, kdy si ošetřující personál neuvědomuje kulturní rozdíly mezi ním a pacientem. Vědomá neschopnost je pak uvědomění si absence či nedostatku vědomostí o jiné kultuře ze strany ošetřujícího personálu. Personál je si tedy vědom svých nedostatků a neznalosti, ale není schopen tyto znalosti získat, případně použít. (39, s. 17–18)

Vědomá schopnost sestry či dalšího ošetřujícího personálu znamená aktivní přístup k získávání, prohlubování a uplatňování kulturních vědomostí při poskytování péče. Nevědomá schopnost je pak spontánní schopnost sestry poskytnout pacientům kulturně odpovídající péči. (39, s. 18)

Kulturní zručností se rozumí schopnost získávat údaje, jejich správné vyhodnocení a přesné provedení péče konkrétnímu pacientovi jiné kultury. (39, s. 18)

Kulturní setkání je proces setkávání se a interakce mezi sestrou a pacientem. Sestra by měla být schopná interakce s pacientem a v případě jazykové bariéry, jak zřejmé, tak v případě pochybností, vždy využít překladatele, ať už profesionála či například z řad pacientovy rodiny nebo jeho známých, případně využít jazykových znalostí někoho z personálu. Vždy je třeba vyhodnotit situaci a vhodně zvolit překládajícího, protože například u rodinných příslušníků nebo případně tlumočících dětí může nastat situace, kdy se komunikace stává nevhodnou, nežádoucí a problematickou. (39, s. 18)

Využití modelu Josephy Campinha-Bacotové je nepochybně velké a nesporné i velmi užitečné. Model spojuje myšlenku toho, že všichni lidé jsou stejní a mají stejné lidské potřeby, ale tyto potřeby mohou být vyjádřeny, pocíťovány, posuzovány a vnímány různě. (39, s. 19)

Pro správné poskytování péče dle modelu Josephy Campinha-Bacotové by si každá sestra měla sama v sobě uvědomit, zda si položila správné otázky pro péči o konkrétní kulturní skupinu, které má poskytnout svoji péči. Byl sestaven seznam pěti otázek, mnemotechnicky souvisejících s atributy celého modelu, na které by si sestra měla být schopná odpovědět „ano“. (53)

Uvědomění – „Jsem si vědoma svých vlastních předsudků a předpojatosti ke kulturním skupinám odlišným od těch mých?“

Zručnost – „Mám zručnost vést kulturní odhad a vykonávat na kultuře založené posouzení a praxi citlivým způsobem?“

Vědomosti – „Mám vědomosti o pacientových názorech na svět a na poli biokulturní ekologie?“

Setkání – „Měla jsem již setkání s pacienty rozličných kultur?“ případně kolik a jaká

Přání – „Mám skutečně přání být kulturně kompetentní?“

Pokud sestra na všechny nebo alespoň většinu otázek odpoví ano, lze ji považovat za sestru kulturně způsobilou či sestru úspěšně získávající kulturní způsobilosti. (51)

3.4 Model kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče

Transkulturní ošetřovatelství však není jen Model vycházejícího slunce. Teorií poskytování péče pacientům odlišných kultur se zabývá i řada jiných modelů. Jedním z nich je i model dvojice amerických autorek Joyce Newman Gigerové a Ruth Davidhizarové, sester vědkyň z amerických univerzit v Alabamě a Bethelu, který se nazývá Model kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče. Tento model byl vypracován v roce 1988 původně pro potřeby studentů pregraduálního studijního programu ošetřovatelství. Byl určen k tomu, aby studenti snadněji, rychleji a efektivněji dokázali vyhodnotit a následně poskytnout péči pacientům jiných kultur a etnik. Model kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče vychází z teorií Madeleine Leiningerové, navazuje na ně a rozvíjí se v oblasti hodnocení potřeb pacientů a výběru adekvátních ošetřovatelských intervencí. (39, s. 51)

Model kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče je uchopen tak, aby byl pochopitelný a snadno aplikovatelný do praxe, neboť právě obtížné využití v praktickém poskytování ošetřovatelské péče je teoriím Madeleine Leiningerové mnohdy vyčítáno. Model Joyce Newman Gigerové a Ruth Davidhizarové považuje člověka za kulturně jedinečného. Hodnocení jedince je prováděno v šesti zaměřeních - intencích. Tyto intence jsou: komunikace, interpersonální prostor, sociální začlenění, čas, jedincem kontrolované prostředí a biologické variace. (39, s. 51–52)

Komunikace je v tomto modelu pojímána jako fenomén, který je součástí celého světa, lidského chování i jednání. Komunikace je hodnotou, kterou je třeba chránit, zachovávat a podporovat. Model kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče klade důraz na komunikaci verbální i neverbální a právě komunikaci považuje za jeden z nejzásadnějších problémů při práci s pacienty a poskytování péče. Jako velkou překážku pro poskytování vhodné péče a pro předcházející vyhodnocování potřeb pacienta pak staví jazykovou bariéru mezi sestrou (lékařem, dalším ošetřujícím personálem) a pacientem. (39, s. 52)

Další intencí při aplikaci modelu kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče je interpersonální prostor, tzn. vzdálenost mezi jedinci, kteří jsou ve vzájemné interakci. Obecně jsou stanoveny čtyři základní zóny – intimní, osobní, sociální a veřejná. V různých

skupinách, kulturách, etnikách apod jsou různá pravidla týkající se těchto zón. Samozřejmě i každý jedinec má svůj osobní přístup. Ošetřující personál je povinen v rámci možností teritorialitu pacienta respektovat. (39, s. 52)

Třetí oblastí intence je sociální začlenění. V tomto kontextu to znamená, jak je skupina, ze které pacient přichází, organizována, jaké postavení v ní pacient zaujímal a zaujímá. Patří sem rodina, prostředí, náboženství, role, etnikum. (39, s. 52–53)

Čtvrtým a velmi zajímavým a významným aspektem je čas. Různé kulturní skupiny či společenství mohou být různě zaměřeny na pojetí času ve smyslu minulosti, přítomnosti a budoucnosti. (39, s. 53)

Ovládání prostředí tvoří další oblast. Tato oblast se zaměřuje na to, jaké má pacient pojetí ovládání přírody - vnitřní sílu, pohled na nadpřirozené vlivy apod. To, jak pacient věří či nevěří v Boha, osud, vědu, přírodu, společnost a podobně může zásadním způsobem ovlivnit průběh jeho života, zdraví a jeho přístup k poskytované péči. (39, s. 53–54)

Poslední intencí modelu kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče jsou biologické variace. Biologickými variacemi se rozumí biologické difference, genetické variace mezi jednotlivými rasami. Výzkumy prokázaly, že lidský genom je v 99,9 % shodný u všech lidí, nicméně 0,1 % je odlišných a ačkoliv se tato hodnota může zdát nevýznamná, opak je pravdou. Tyto výzkumy jsou však v začátcích a v tuto chvíli je nelze validně a releabilně prezentovat. Pro ilustraci a ozřejmění však lze uvést několik příkladů. Je například známým faktem, že lidé různých ras rozdílně metabolizují léky, což dokládá řada studií. Propranolol Na druhou stranu právě odlišné metabolizování léků lidmi dle rasy bylo a je v USA považováno za kontroverzní. Známým faktem je i odlišná náchylnost k chorobám vázaná na rasu. TBC a podobně. (51)

Metaparadigma Modelu kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče zahrnuje transkulturní ošetřovatelství, kulturně kompetentní péči, kulturní jedinečnost individuí, kulturně citlivé prostředí, zdraví a zdravotní status. (39, s. 52–54)

Transkulturním ošetřovatelstvím je míněna kulturně kompetentní praxe zaměřená na člověka, podložená vědeckými poznatky a výzkumy. Za kulturně kompetentní péči pak je považována způsobilá, dynamická a plynulá péče, která je účelně poskytována jedinci s ohledem na jeho kulturu, potřeby, hodnoty a normy. Pojem kulturní jedinečnost individuí zahrnuje pojetí každé osoby jako unikátního jedince. Kulturně citlivé prostředí je pak takové

prostředí, které je senzitivní vůči jedinci, znalé kulturních poměrů, prostředí norem a hodnot konkrétního jedince a toto vše zohledňuje při plánování a poskytování péče. Poslední součástí metaparadigmatu Modelu kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče je zdraví a zdravotní status, které jsou základním kamenem pro poskytování adekvátní transkulturní péče danému jedinci. (8, s. 22)

Základem modelu Joyce Newman Gigerové a Ruth Davidhizariové je mnoho předpokladů. Hlavním z nich je to, že kultura a kulturní chování jedince jsou ovlivněny řadou faktorů – časem, kulturalizací, vrozeným základem, vírou, normami, praktikami, rodinnou situací, prostředím. Toto vše pak již v konkrétních oblastech je nezbytné správně vyhodnotit při posuzování u konkrétního pacienta a tím pak dosáhnout správné diagnostiky a stanovení správných ošetrovatelských intervencí. (8, s. 22)

3.5 Blochův průvodce etnicko – kulturním posuzováním

Velice podobný Modelu kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče autorek Gigerové a Davidhizarové je také Blochův průvodce etnicko-historickým posuzováním. Na rozdíl od spíše obecně zaměřeného modelu má Blochův průvodce odlišné uspořádání etnicko-historické charakteristiky a je zaměřený na konkrétní identifikaci etnicko-kulturních znaků a rozdílů při poskytování ošetrovatelské péče. V Blochově průvodci etnicko-kulturním posuzováním jsou čtyři hlavní kategorie posuzování – kulturní, sociologická, psychologická, biologicko-fyziologická. (39, s. 59)

Při použití Blochova průvodce v praxi se hodnotí a zohledňují etnický původ, rasa, místo narození, migrace, zvyky, hodnoty, názory, chování určené kulturou, sankce a omezení vyplývající z kultury jedince, jazyk a jazyková bariéra, komunikační procesy, názor na péči jedincovy kultury, názor na systémovou péči, dietní zvyklosti a omezení jedince, ekonomická situace, vzdělání, sociální prostředí a pozice, rodina, rasismus, sebepojetí, sebeúcta, sebehodnocení, mentalita, náboženství, fyziologické znaky, fyziologické charakteristiky rasy. (39, s. 59 – 65)

4 MULTIKULTURNÍ PÉČE V PRAXI

4.1 Vzdělávání zdravotnických pracovníků v oblasti poskytování multikulturní péče v České republice

Vzdělávání obecně je chápáno jako dlouhodobý proces, vedoucí k získání znalostí a dovedností v určitém oboru. V ošetrovatelství je vzdělávání možno rozdělit na řízené a neřízené. Řízené je vzdělávání organizované, zahrnuje studium na zdravotnických školách, ve vzdělávacích institucích, samostudium odborných materiálů apod., a dále vzdělávání neřízené, kdy se jedná v podstatě o náhodné získávání poznatků - např. televize, osobní zážitek, internet apod. Vzdělávání lze rozdělit rovněž dle obsahu, rozsahu, úrovně, systému. (39, s. 167)

Vzdělávání a výuka v oblasti multikulturní péče je náročnou a obsahově velmi rozsáhlou záležitostí. Obecným cílem výuky multikulturního ošetrovatelství zdravotníků je získání dostatečných znalostí k tomu, aby byli schopni poskytovat adekvátní péči pacientům jiné kultury. Nedílnou součástí přípravy zdravotníků by měla tvořit výuka cizích jazyků. (39, s. 167)

Výuka multikulturní ošetrovatelské péče jako vyučovací předmět na českých zdravotnických školách není úplně novou záležitostí. Nicméně mnohdy je začleněna jako součást jiných předmětů, např. etiky, psychologie, teorie ošetrovatelství atd. Vzhledem k aktuálnosti této problematiky však čím dál více středních, vyšších odborných a vysokých škol dává multikulturnímu ošetrovatelství prostor, navyšuje rozsah učiva, časovou dotaci či multikulturní ošetrovatelství vyučuje jako samostatný předmět. (39, s. 168)

Výuka cizího jazyka je dnes již povinnou součástí studia všech středních a vyšších odborných zdravotnických škol. Cizí jazyk je možnou součástí povinné maturitní zkoušky, kdy vedle maturitní zkoušky z českého jazyka studenti mohou volit mezi zkouškou z matematiky nebo cizího jazyka. Většina studentů SZŠ volí k maturitní zkoušce cizí jazyk. Všichni absolventi středních a vyšších odborných zdravotnických škol by tedy měli mít minimálně úroveň středně pokročilou a být schopni se domluvit alespoň jedním cizím jazykem; většinou se jedná o anglický, německý nebo ruský jazyk. Na vysokých školách je situace jiná. Vysoké školy si svůj konkrétní studijní plán sestavují samy, a je tedy na nich, zda výuku cizího jazyka do učebního plánu daného oboru zařadí. Je však pravdou, že většina

vysokých škol výuku cizího jazyka ve svých osnovách má a upouští se od ní spíše výjimečně, např. při kombinované formě studia. (39, s. 177–179)

Samostatný vyučovací předmět – „Multikulturní ošetrovatelství“ je tedy vlastně v začátcích. Tento předmět má na různých školách různý název - například multikulturní ošetrovatelství, multikulturní ošetrovatelská péče, transkulturní péče, péče o pacienta jiné kultury a jiné. Často je tento předmět na vysokých školách veden jako seminář, povinně volitelný či volitelný. Neexistují jednotné osnovy tohoto předmětu. (39, s. 179)

Vyučující střední, vyšší odborné či vysoké školy má nelehký úkol. Jeho povinností je nastínit studentům nejen celkový přehled v této problematice, ale zároveň docílit toho, aby studenti k této problematice přistupovali se zájmem a sami měli potřebu se zapojit do rozvoje toho tématu. (39, s. 177)

Ve vzdělávacím plánu každé školy se právě konkrétní vzdělávací zařízení musí zodpovědně rozhodnout o možnostech plnění cílů vyučovacího předmětu, implementaci vyučovacího předmětu do učebního plánu a o tom, nakolik považuje multikulturní péči za významnou v přípravě zdravotnických pracovníků. Dle toho pak zváží, zda multikulturní ošetrovatelství ustanoví za samostatný předmět, či ho začlení do jiných vyučovacích předmětů. (39, s. 177)

Pro efektivní, kvalitní a produktivní výuku multikulturního ošetrovatelství, a nejen jeho, je nutné vytváření kurikul vyučovacích předmětů, tedy konstrukt zahrnujících obsah učiva, proces osvojování, prostředí, činnosti a hodnocení. Vytváření kurikul je potřebné vzájemně konzultovat mezi vyučujícími jednotlivých studijních předmětů. Díky tomu pak lze předejít nežádoucímu a zbytečnému opakování stejné věci v různých vyučovacích předmětech a zároveň je tím umožněna integrace témat mezi jednotlivými vyučovacími předměty, upřesnění postupů, metod a činností v jednotlivých předmětech a posílena mezioborová spolupráce, interakce a je také umožněno lepší pochopení souvislostí při poskytování péče pacientům. (39, s. 179)

Při výuce multikulturní péče je zodpovědností každého vyučujícího výuku vhodně nastavit, využít kurikula a právně vyhodnotit situaci tak, aby u studentů docílil osvojení si požadované úrovně. Pro kvalitní výuku je naprosto nezbytné, aby si učitel uvědomil význam a nezbytnost vysoké úrovně znalostí v oblasti multikulturní ošetrovatelské péče u budoucího středního zdravotnického personálu. Výuku je nutné chápat jako řízený proces. Vždy je

nezbytné stanovit si cíle, důvody, metody, podmínky i kontrolní metody daného vyučovacího předmětu a dle toho postupovat. (39, s.171)

Jako poměrně mladý a flexibilní vyučovací předmět se multikulturní ošetrovatelství může stát nejen důležitou, ale i zajímavou a pro studenty dosti atraktivní záležitostí. Multikulturní ošetrovatelství může díky své pestrosti studenty motivovat k aktivnímu přístupu, zapojení se do výuky, a tak i k dalšímu rozvoji jak studentů, tak i předmětu samotného. (39, s. 168)

Formou různých projektů, samostatných prací či exkurzí lze studenty při výuce multikulturního ošetrovatelství velmi zaujmout a rozšířit tak znalosti a umožnit získat nové poznatky nejen jim, ale i samotným vyučujícím. Vzhledem k tomu, že na zdravotnických školách není dnes již žádnou výjimkou přítomnost studentů jiné kultury, národnosti či náboženství, lze toho využít a obohatit tak výuku přímou konfrontací s těmito studenty a jejich zvyky a pravidly. (39, s. 193)

Při praxích v nemocnicích a dalších zdravotnických zařízeních, případně v domácí péči, pak mohou studenti aplikovat své získané znalosti. Je však nezbytné, aby tyto praxe probíhaly vždy pod vedením pověřeného pracovníka. Zabrání se tak nežádoucím problémům, které by se mohly vyskytnout při poskytování péče pacientovi jiné kultury, náboženství či etnika. Dlužno však podotknout, že mnohdy jsou znalosti problematiky multikulturní péče a zejména pak cizího jazyka u studentů na výrazně vyšší úrovni než znalosti a jazykové dovednosti ošetrujícího personálu. Také přístup k těmto pacientům je nezřídka ze strany studentů vstřícnější než ze strany personálu. (39, s. 177)

Výuka multikulturního ošetrovatelství se však netýká pouze studentů zdravotnických škol. Zdravotnický personál ve zdravotnických zařízeních se s potřebou znalostí a dovedností v multikulturním ošetrovatelství a s potřebou schopnosti komunikovat v cizím jazyce setkává často. Zejména pracovníci na ambulancích, příjmových odděleních, případně v terénní péči se s případy střetu různých kultur a národností dostávají do kontaktu poměrně často. Při prvním kontaktu je velmi obtížné správně pojmout poskytnutí péče a vhodně a správně s pacientem komunikovat a spolupracovat. Velkou překážku tvoří jazyková bariéra. (39, s. 177)

Řada zaměstnavatelů pořádá v současné době pro své zaměstnance jazykové kurzy. To je velmi přínosné, nicméně příliš velký počet zdravotnického personálu tohoto většinou

nevyužívá. Část zaměstnanců samozřejmě nějakým cizím jazykem hovoří, část preferuje samostatné studium. Zbývá však poměrně velké procento zdravotnického personálu, zejména středního a nižšího, které se žádným cizím jazykem nedomluví. (39, s. 198)

Personál zdravotnických zařízení má velmi často nedostatečné znalosti v oblasti problematiky poskytování péče pacientům jiného etnika, náboženství či kultury. Z této neznalosti pak plyne řada v podstatě zbytečných problémů, komplikací a nepříjemných situací. Pořádání vzdělávacích programů, seminářů či kurzů ze strany zaměstnavatele je spíše výjimkou. V nabídce nejrůznějších organizací a spolků se multikulturní ošetrovatelství v rámci celoživotního vzdělávání sice objevuje, ale ze strany zdravotnického personálu nebývá tématem první volby. V hledáčku zájmu zdravotníků převažují většinou vzdělávací akce zaměřené na konkrétní zdravotnický obor či konkrétní dovednost. (39, s. 198)

Velkou brzdou v rozvoji a získávání znalostí a dovedností zdravotnického personálu v oblasti multikulturní ošetrovatelské péče je nejen vytíženost zdravotnického personálu a z ní plynoucí nedostatek času a prostoru pro účast na vzdělávacích akcích, ale také nedostatečné uvědomění si nezbytnosti alespoň základních znalostí v oblasti multikulturní péče a v neposlední řadě i nezájem až odpor k této problematice. Na druhou stranu v dnešní době moderních technologií řada zdravotníků využívá informačních technologií k získání potřebných informací a to jak průběžně k prohloubení znalostí, tak aktuálně, pokud se vyskytnou v situaci, kdy je to třeba (např. google překladač). (39, s. 177)

4.2 Komunikace v multikulturní péči

Existuje celá řada definic pojmu komunikace. Obecně je komunikace mezi lidmi definována jako univerzální jev lidské společnosti a regulátor mezilidských vztahů sloužící k dorozumívání. Komunikace je podmínkou fungujícího sociálního systému. Je součástí uspokojování potřeby sociálního styku. Prostředkem k vyjádření postojů, pocitů a myšlenek lidí. Komunikace úzce souvisí s chováním, dalo by se říci, že se s ním prolíná. (44, s. 8)

Slovo komunikace pochází z latinského slovesa *communicare*, které znamená v překladu sdílet, spojovat, činit společným. (44, s. 8)

Komunikace je definována též jako přenos a výměna informací. K tomu pak může docházet mluvenou, psanou, obrazovou nebo činnostní formou. Komunikace je proces předávání sdělení jiné osobě. (44, s. 8-9)

Komunikace má řadu klasifikací. K základním patří dělení komunikace na verbální a neverbální. Verbální komunikace je komunikace za použití slov v mluvené či psané formě. Komunikace neverbální je komunikace bez použití slov. Patří sem proxemika, kinesika, posturologie, gestika, mimika, vizika, haptika, symbolika. (44, s. 11)

Je jasné, že verbální i neverbální komunikace tvoří jeden ze základních pilířů při poskytování péče pacientům a nejen v multikulturní péči je třeba přikládat jí velký význam. Komunikace při poskytování multikulturní péče má svá specifika a je velmi obtížná a náročná pro personál i pacienty. Znalosti kulturních, etnických, náboženských a životních specifik pacientů ze strany ošetřujícího personálu jsou důležité a mohou zabránit a předejít mnohým problémům a potížím. V multikulturní péči se zdravotníci setkávají nejen s problémy v oblasti komunikace verbální (nejčastěji neznalost jazyka), ale i v oblasti neverbální, neboť řada pacientů odlišné kultury, národnosti, etnika, náboženství atd. má jiné zvyky a pravidla. (39, s. 66)

Rozdíly v komunikaci při poskytování multikulturní péče mezi zdravotnickým personálem a pacientem jsou tedy dány jazykovou rozrůzněností, náboženstvím, rituály a konvencemi. Z pohledu multikulturní ošetrovatelské péče patří mezi nejčastěji se vyskytující problémy při komunikaci jazyková bariéra, nedostatečná nebo žádná spolupráce pacienta, porucha interpretace okolního prostředí, porucha sociální interakce, sociální izolace, nesprávný přístup pacienta k léčebnému režimu, nedostatečné znalosti v oblasti multikulturní péče ze strany personálu. (14, s. 62-63)

Verbální komunikace v multikulturní péči mnohdy vyžaduje komunikaci v cizím jazyce. Mohou nastat situace, kdy v cizím jazyce komunikuje zdravotník s pacientem v jeho rodném jazyce, nebo v jazyce, který není pro pacienta ani pro zdravotníka jazykem mateřským, ale oba jsou schopni takto komunikovat. Nebo nastává situace, kdy zdravotník komunikuje s pacientem ve svém mateřském jazyce, který pacient více či méně ovládá. Samozřejmě neřídka dochází i k situacím, kdy zdravotník s pacientem nejsou schopni se jazykově dorozumět a je pak třeba využít tlumočnicka, ať profesionálního nebo např. někoho z pacientových blízkých či ostatních členů zdravotnického týmu. (14, s. 63)

I v případě nalezení společného jazyka k dorozumění mezi zdravotníkem a pacientem však zůstává řada možných problémů. K nejčastějším problémům v interkulturní verbální komunikaci patří rozdíly ve způsobu oslovování, množství tzv.

zdvořilostních frází používaných při zahájení komunikace, rozdíly v pravdomluvnosti a pojetí pravdy, tykání a vykání, slovní zásoba, intonace a hlasitost řeči. (14, s. 64-65)

Neverbální komunikace tvoří nedílnou součást komunikace jako takové a doplňuje komunikaci verbální. Je to právě neverbální komunikace, která je mnohdy výrazněji ovlivněna kulturou, dobou, prostředím a sociální skupinou. (44, s. 29)

Při interkulturní komunikaci je neverbální komunikace velmi důležitá a je faktem, že je dosti často příčinou řady problémů a nedorozumění. Nesprávně použitá či naopak špatně pochopená mimika, haptika, proxemika, posturologie, kinezikagestika či vizika jsou nezdárka důvodem neefektivní a neproduktivní komunikace a spolupráce mezi zdravotníkem a pacientem. To pak mnohdy vede i k nespolečnosti a následně nezdarům v léčbě a poskytované péči. (44, s. 29)

Je třeba si uvědomit, že například mimický projev - úsměv, není všemi chápán stejně. U pacientů z evropského a severoamerického prostředí je úsměv chápán jako projev sympatie a dobrého úmyslu. Oproti tomu například v asijské kultuře je úsměv chápán spíše jako projev omluvy, nejistoty, rozpaků. Je tedy nezbytné si uvědomit, že pokud personál něco vysvětluje pacientovi Asiátovi, jeho úsměv a kývání nemusí vždy znamenat, že rozumí a souhlasí, ale naopak - může to být signálem, toho, že nerozumí a nechápe. V některých afrických a blízkovýchodních, případně ortodoxních židovských kulturách je úsměv považován za výzvu a nepovažuje se za vhodný. (44, s. 31)

Pojem haptika znamená vyjádření se dotykem. I zde je třeba interkulturních znalostí. Právě haptika je obvyklým kamenem úrazu zejména při poskytování péče mezi mužem a ženou u pacientů a pacientek muslimského či židovského vyznání, některých asijských nebo afrických kultur apod. Je třeba mít na paměti i rozdílnost ve zvyklostech používání prvé a levé ruky. (44, s. 30)

Proxemika znamená sdělování přiblížením a oddálením. Znalost proxemických zón a vhodnosti jejich použití jsou v interkulturní komunikaci nezbytné. Vhodnost dodržování a zvolení správné proxemické zóny má u jednotlivých kultur různé zvyky a pravidla. Je více než vhodné znát alespoň základní prostorové požadavky odlišné kultury. (44, s. 30)

Posturologií rozumíme řeč těla. Různé kultury mají různé zvyky a zvláštnosti v posturologii. Je faktem, že množství těchto specifíků a jejich typy jsou opravdu nepřehledné. (44, s. 30)

Kinezika je neverbální komunikace pomocí pohybů těla. Důležitý je nejen druh pohybu, ale také jeho razance, rychlost, plynulost. Do kineziky patří i takové projevy, jako je smrkání, kýčání apod. Například u asijských kultur jsou za krajně neslušné považovány pohyby neklidné, zbrklé, trhané. Řada kultur například za krajně nevhodné a neuctivé považuje překřížení nohou. (44, s. 30)

Speciální část kineziky tvoří gestika, tzn. komunikace za použití gest. Gesta jsou pohyby, které mají účel sdělení. Jsou to pohyby kterékoliv části těla. Gesta jsou vědomá a nevědomá. Jejich používání je ovlivněno řadou faktorů. Tyto faktory jsou zejména vědomí, kultura, sociální vlivy, dědičnost, osobnost. Existuje celá řada gest, která se stala všeobecně známými a používanými v jednotlivých kulturách i globálně. Na druhou stranu existuje i celá řada gest, které mají v různých kulturách různý význam, či gesta typická právě pro tu či onu kulturu. (44, s. 31)

Vizika neboli oční kontakt a pohledy mezi komunikujícími patří k nejhlubším projevům v neverbální komunikaci. V evropském prostředí je v podstatě standard, že komunikující mezi sebou více či méně udržují oční kontakt. Není to však pravidlem u všech kultur. Např. Asiati, Afričané či blízkovýchodní kultury se očnímu kontaktu zpravidla vyhýbají. (44, s. 31)

Komunikace má svůj smysl, účel, funkci. Mezi základní funkce komunikace patří: funkce informativní - tzn. předání informací, instruktivní - navazuje na informativní funkci, podává vysvětlení či návod, přesvědčovací - snaha o změnu názoru, postoje apod., motivující a posilovací, zábavná, socializační a integrující, osobní identity - ujasnění si sebe sama, poznávací, svěřovací, úniková apod. (44, s.10 – 11)

Kvalitní komunikace mezi zdravotníky a pacienty je jedním z nejvýznamnějších faktorů ošetrovatelského procesu a silně ovlivňuje průběh, kvalitu a do značné míry i úspěšnost ošetrovatelské a léčebné péče. Nedostatečná, nekvalitní nebo neefektivní komunikace je častou příčinou nespokojenosti pacientů. (39, s. 68-69)

Během poskytování péče pacientům jiné národnosti, kultury, etnika, náboženství apod. je často právě komunikace zdrojem obtíží. Tento problém je mnohdy označován jako tzv. „cross-cultural communication“, tedy „komunikace napříč kulturami“. Tato problematika je velice obsáhlá a složitá. Jako hlavní je třeba si uvědomit, že pro kvalitní a efektivní komunikaci s pacienty jiné kultury je důležité znát a snažit se poznat způsoby

komunikace v jiných kulturách, verbální i nonverbální specifika typická pro konkrétní skupinu, jazyk komunikace. (39, s. 72-73)

Právě zdravotníci jsou ti, kteří mají v popisu práce empatii, pochopení a právě oni by si měli být vědomi toho, že umožnit komunikovat pacientovi v jeho mateřském jazyce je jeden z největších bonusů, které mu mohou poskytnout. Je známým faktem, že řada lidí ve stresu, což nemoc, úraz, hospitalizace apod. bezesporu pro pacienta jsou, není schopna správně a srozumitelně komunikovat v cizím jazyce. V transkulturním ošetřovatelství často dochází k chybně pochopené verbální i neverbální komunikaci a z toho pak plynoucími problémům. Vzdělávání se zdravotníků v oblasti komunikace, studium a znalost cizích jazyků by tedy v dnešní době měly být samozřejmé a standardní. (39, s. 73)

Ne vždy je však verbální komunikace mezi zdravotníkem a pacientem možná. Děje se to jak z důvodu jazykové bariéry, tak ze zdravotních důvodů na straně pacienta. V tomto případě je třeba zvolit alternativní způsoby komunikace. V případě jazykové bariéry je navzdory tomu, že zdravotník nehovoří pacientovým jazykem, vhodné a v dnešní době díky moderním technologiím snadno možné oslovit a pozdravit pacienta v jeho rodném nebo komunikačním jazyce. Stačí použití krátké jednoduché společenské fráze. (39, s. 77)

V případě, že zdravotník hovoří pouze česky a pacient naopak česky nehovoří vůbec, je třeba, aby si ošetřující personál uvědomil, že mluvit pomalu, nahlas a s výraznou artikulací opravdu nemá smysl a pacient rozumět stejně nebude. Naopak takovýto projev může vnímat se značnou nelibostí. (39, s. 77)

Pokud je ta možnost, doporučuje se využití tlumočnicka. Nedílnou součástí je mimika, haptika, gestikulace atd. Další možností je použití komunikačních karet – piktogramů, videí, obrázků, fotografií, překladačů, audionahrávek apod. (39, s. 77-79)

Zdravotnická zařízení v ČR by měla mít k dispozici seznam osob, které je možné využít jako tlumočnické. Jedná se o pracovníky daného zařízení; tato služba je označována jako vnitřní tlumočnická služba. Dále by zdravotnické zařízení mělo mít k dispozici seznam profesionálních tlumočnicků, které lze po dohodě s pacientem kontaktovat. V řadě zdravotnických zařízení funguje i tzv. telefonické tlumočení, které lze využít většinou v úvodu komunikace s pacientem, právě třeba k tomu, aby se personál s pacientem domluvil na tom, jakou formou bude další komunikace probíhat, a na případném využití tlumočnicka profesionála. (39, s. 79)

Zdravotní pojišťovny v ČR v současné době asistenci tlumočnicka pacientům v rámci běžného pojištění nehradí. Tlumočnicka tedy musí pacient hradit ze svých zdrojů. V případě využití tlumočnicka nemocnice se většinou jedná v podstatě o dobrovolnickou činnost ze strany tlumočnického a zdravotnického zařízení může zohlednit jazykové znalosti zaměstnance a jeho ochotu je využít ku prospěchu pacientů a samotného zařízení v platovém ohodnocení, případně nahrazením hodin formou volna. (39, s. 80)

Při vnitřním nemocničním tlumočení ve zdravotnických zařízeních se rozlišuje tzv. akutní tlumočení, které se musí uskutečnit ihned. Pracovník-tlumočnick musí být tedy okamžitě uvolněn vedoucím pracovníkem ze svého pracoviště a neprodleně se dostavit na místo, nejčastěji emergency, příjmové ambulance atd., kde jsou jeho jazykové dovednosti třeba. Druhým typem je tzv. normální tlumočení, kdy tlumočnick předem ví termín tlumočení, a lze to tedy zohlednit při plánování provozu. Mimo výjimečných situací by využití zaměstnance-tlumočnicka nemělo trvat déle než 60 minut v kuse. Tlumočení může probíhat pravidelně, např. denně v určitou hodinu nebo vícekrát denně, případně jednorázově či dočasně, než je nalezen jiný tlumočnick jiný (profesionál nebo z rodiny či okolí pacienta). (39, s. 80)

Před samotným zahájením tlumočení musí pacient vždy podepsat souhlas, kterému zcela porozuměl, že s tlumočením ze strany zaměstnance zdravotnického zařízení souhlasí. Tlumočnick má vždy právo své tlumočení ukončit. Svě tlumočení je povinen písemně zdokumentovat. (39, s. 80)

Vnitřní nemocniční tlumočení je v českých zdravotnických zařízeních relativně novou záležitostí oproti například německým, britským, americkým a dalším zdravotnickým zařízením. Je to zapříčiněno bezesporu i tím, že v českých zdravotnických zařízeních není oproti jiným zemím tak pestré národnostní složení. Jazyková vybavenost zejména středního a nižšího zdravotnického personálu mnohdy také není příliš dobrá. Často se také bohužel setkáváme s neochotou, nevstřícností a až xenofobním přístupem ve stylu „je v Čechách, tak má mluvit česky“. (39, s. 80)

4.3 Etické aspekty v multikulturní péči

Slovo etika pochází z řeckého slova ethos – mrav. Etika je vědecké disciplína zkoumající morálku, hodnoty a principy související s lidským jednáním a ovlivňující jej. Etika je označována jako věda praktické filozofie. Hlavním zkoumaným problémem v etice je mravnost – morálka. Morálka je systém pravidel a norem, které určují chování a jednání lidí na základě jejich svobodné vůle. Zjednodušeně lze říci, že etika je věda, která zkoumá, co je a není dobré, a hodnotí chování a jednání člověka svobodné vůle. (16, s. 43)

Etika obecně se skládá ze tří hlavních oborů – metaetika, etické teorie a praktická etika. Metaetika je v podstatě abstraktní věda zabývající se filozofií morálky, terminologií, definicemi dobra a zla. Etické teorie formulují postupy řešení etických problémů. Praktická etika se zabývá konkrétními situacemi, problémy, rozhodnutími a činnostmi v konkrétních oborech. (16, s. 43)

Každá etická teorie, z níž pak vyplývají rozhodnutí, postoje, činnosti, problémy a situace, má tři základní principy – jsou jimi hodnota života, kvalita života a posvátnost života. (16, s. 44-45)

Etika je vždy ovlivněna řadou faktorů a je nedílnou součástí každé kultury. Každá kultura má svoji morálku, své hodnoty, normy, zvyklosti, životní styl, chování, myšlení. Morálka stanovuje, co je a není společensky vhodné jednání jednotlivce i společnosti a usměrňuje jednání a chování člověka i společnosti. Dalo by se říci, že udává společností uznávané normy a pravidla. Je tedy jasné, že různé společnosti či kultury mají různá pravidla a různé normy. Zároveň však také platí, že morálka společnosti by měla být ve shodě s vlastním svědomím. Morálka zahrnuje také reálné vztahy lidí, a to jak mezi jednotlivci, tak mezi jednotlivcem a skupinou i vztah k sobě samému. (16, s. 44–45)

Jak již bylo uvedeno, základním předmětem v etice je morálka. Každý obor lidské činnosti má svoji etiku a svoji morálku. Nejinak je tomu tedy i v ošetrovatelství. Etika v ošetrovatelství je samostatnou vědní disciplínou. Morálkou v ošetrovatelství je to, co je dobré a prospěšné pro pacienta. (16, s. 12-13)

Jedním z pojmů v oblasti etiky a etiky v ošetrovatelství je etický - morální problém. Problém znamená námět k řešení, který je sporný. Je to námět či otázka rozlišování dobra a zla, správnosti a nesprávnosti. Prospěšnost a pozitiva pro pacienty jsou hlavním cílem ošetrovatelství a zdravotnické péče vůbec. Ve zdravotnictví dochází k neetickému chování

bohužel velmi často. Zejména s příchodem nových technologií, možností léčby a postupů se objevuje porušování základních principů etiky a morálního přístupu. Nežádka nastávají situace, při nichž se zdravotník dostává do pozice, kdy musí volit mezi několika alternativami přístupu, postupu a péče o pacienta. Může tak u něho vzniknout tzv. morální dilema. To vede k morálním konfliktům a rozporům ve smyslu rozporu mezi zdravotníkem a pacientem, zdravotníkem a společností, ať už laickou či odbornou, zdravotníkem v sobě samém či mezi jednotlivými zdravotníky. Při těchto dilematech je někdy možné najít kompromis. Ideální je pochopitelně stav, kdy etika a morální normy jsou ve shodě s platnou legislativou. Tak by to mělo být, dlužno však konstatovat, že ne vždy to tak je. (16, s.13)

Sestra při ošetřování pacientů musí vždy vycházet z hlavních etických principů - hodnota, kvalita, posvátnost života. Morálně smýšlející sestra si uvědomuje tyto pojmy a ctí tyto hodnoty. Uvědomění si těchto hlavních principů pak správně ovlivní její jednání, rozhodování, rozvoj její osobnosti a sebereflexi, intervence, empatii. Zároveň pak umožní vytvoření a případné přehodnocení vnitřního osobního i profesního hodnotového systému. (16, s. 17)

Hodnoty a hodnotový systém člověka se mnohdy během života mění. Souvisí to jak s průběhem života člověka, tak se situacemi, žádoucími i nežádoucími, plánovanými i neplánovanými, které v životě lidí nastávají. Hodnoty se samozřejmě mění i v souvislosti se zdravotním stavem. Identifikovat hodnoty a poznat co nejvíce morálku a morální normy pacienta je pro sestru nezbytné a umožní jí to eticky a empaticky se rozhodovat a jednat. Pokud sestra správně identifikuje hodnotový systém pacienta a pozná jeho morálku a morální normy, umožní jí to lépe s pacientem pracovat. Může lépe a adekvátněji pomoci pacientovi nalézt či uzpůsobit nový životní hodnotový systém s ohledem na situaci, nemoc, úraz či postižení. Díky znalosti pacientova hodnotového systému může sestra lépe a ohleduplněji poskytnout informace a poznat lépe jeho reakce. Lépe a účinněji také naplánuje postup a provede intervence podporující pacientův psychický i fyzický stav. (16, s. 17)

Správně získat informace, identifikovat a pochopit hodnotový systém pacienta a následně dle těchto poznatků postupovat je možné několika způsoby. Jsou jimi konverzace s pacientem, rodinou, přáteli pacienta, zjišťování informací z dokumentace pacienta, znalosti prostředí a kultury, ze které pacient pochází. (16, s. 18)

Obecné tvrzení, že pacient má vždy právo o sobě rozhodnout, není tak zcela bez výjimek. Etický princip autonomie, tzn. práva o sobě rozhodnout dle osobních hodnot a vlastního přesvědčení, není ve zdravotnictví vždy pravidlem. Odpovědnost rozhodnutí je často přesunována na zdravotníky, případně na rodinu pacienta či jeho blízké. Dochází k tomu jednak v případě, že pacient není schopen vzhledem ke svému stavu o sobě rozhodovat, ale bohužel často i v případě, že toho schopen je. Ačkoliv oficiálně pacient, případně jeho zástupce, musí v podstatě se vším vyslovit souhlas, vyjma akutních život zachraňujících úkonů, kdy se souhlas řeší dodatečně, mnohdy dochází k situacím, kdy podepsaný souhlas neznamená také skutečný vědomý souhlas s výkonem, postupem či léčbou. Legislativní normy jsou dodrženy. Po právní stránce je vše v pořádku, ale realita je taková, že z etického hlediska je situace minimálně sporná. A je mnohdy otázkou, zda jsou zachovány principy ochrany hodnoty, kvality a posvátnosti života a je zachována úcta a důstojnost nemocného. Morální dilema se objevuje v podstatě dennodenně. Rozpor mezi důstojností, hodnotou a kvalitou života oproti posvátnosti a zachování života. (16, s. 44-45)

4.4 Práva pacientů

Práva pacientů vycházejí z Listiny lidských práv a svobod. V České republice jsou ustanovena v paragrafu 28 zákona o zdravotních službách. Ten stanovuje, že pacientovi musí být poskytnuty zdravotní služby na náležitě úrovni a pouze s jeho svobodným a informovaným souhlasem. (55)

Obecně platí, že ochrana lidských práv a snaha o jejich ochranu a respektování je základním pilířem pro poskytování etické a morální péče. Ochrana lidských práv, lidské důstojnosti, respekt a ochrana lidského života jsou základními povinnostmi sestry a všech zdravotníků. (16, s. 51)

Existuje celá řada dokumentů, které sehrály významnou roli při formování a stanovování principů etické ošetrovatelské péče o pacienty, jednotlivce i skupiny. Mezi ty nejzásadnější patří Všeobecná deklarace lidských práv OSN (1948), Helsinská deklarace – Listina základních práv a svobod (1973), Listina práv nemocničních pacientů v USA (1973), Zdraví pro všechny (1977), Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny (1997), Zdraví pro všechny v 21. století (1998). Dále vznikla celá řada dílčích dokumentů, např. Charta práv rodiny, Práva pacientů, Práva onkologických pacientů, Charta práv dítěte apod. Zásadním etickým dokumentem pro sestry je Etický kodex Mezinárodní rady sester ICN (International council of nursing) z roku 1973, který stanovuje

základní etická pravidla a zásady pro sestry celého světa. Etický kodex ICN byl v České republice přijat organizací Česká asociace sester ČAS v roce 2003. Tento kodex má šest částí – Etická pravidla zdravotní péče, Sestra a spoluobčan, Sestra a péče v praxi, Sestra a společnost, Sestra a spoluzaměstnanci, Sestra a povolání. (25, s. 26)

K hlavním lidským a tím i patientským právům patří právo na život a jeho ochranu, právo na osobní svobodu, právo na soukromí, právo vlastnit majetek, právo na nedotknutelnost obydlí, právo listovního tajemství, právo svědomí a náboženského vyznání, odmítání diskriminace, rovnost a důstojnost lidí. Na první pohled je zřejmé, že ve zdravotnických zařízeních i při poskytování péče mimo zdravotnická zařízení tato práva nejsou a nemohou být zcela dodržena. Povinnost sestry chránit lidská práva pacientů však patří k jejím základním povinnostem stanoveným Etickým kodexem ICN. Zde dochází k častým rozporům a mnohdy dilematům v rozhodování, plánování a provedení péče o pacienta. (25, s. 241-242)

4.5 Rasismus v ošetrovatelské péči

Pojem rasismus je definován jako ideologie strachu z něčeho cizího. Úzce tedy souvisí s xenofobií, což jsou projevy chování plynoucí z nedůvěry, odporu, netolerance a nepřátelství vůči všemu cizímu a odlišnému. Nutno podotknout, že takovéto chování, které je možné označit za určitou formu xenofobie, je možné pozorovat nejen u lidí, ale jedná se o poměrně častý jev ve zvířecí říši a to jak mezidruhově, kdy je otázkou, zda se jedná o xenofobii, tak i u živočichů stejného druhu. (11, s. 25-27)

Myšlenky rasismu a xenofobie jsou staré jako lidstvo samo. Rasismus se ve větší či menší míře vyskytoval a vyskytuje napříč státy, kontinenty a všemi společenstvy. Myšlenka rasismu vychází z odlišností plynoucích z odlišností ras a původu. Problematice rasismu a xenofobie byla a je věnována velká pozornost v kladném i záporném slova smyslu. (11, s. 25-27)

V původní ideologii rasismu jako myšlenkového směru je určeno, že lidstvo má více ras. Některé z těchto ras jsou vyšší a některé nižší. Vyšší jsou určeny k vládnutí, jsou považovány za hodnotnější, tvůrčí, pokrokové a celkově lepší. Nižší rasy jsou naopak méně hodnotné, nejsou schopny pokroku a tvůrčí činnosti, je třeba jim vládnout a vést je. Jejich užitek, je-li vůbec nějaký, plyne z manuální práce a zajištění provozu pod vedením rasy

vyšší. Nežádka je nižší rasa považována za natolik nepotřebnou, nečistou či nebezpečnou, že není v zájmu společnosti ji zachovat. (53)

Rasismus je celosvětovým problémem, a nevyhýbá se tedy ani České republice. Má v ní svá specifika. Češi obecně jsou na téma rasismu poměrně citliví. Málokdo otevřeně přizná, že je rasista. Slovo rasista je chápáno jako nadávka a je užíváno spíše pro členy extremistických skupin. Pro velkou část Čechů je typická věta: „Nejsem žádný rasista, ale cikáni, Ukrajinci a vůbec ti přivandrovalci mi vadí.“ Takovéto či podobné vyjádření v drobných obměnách lze považovat za asi nejčastější postoj občanů České republiky k otázce rasismu. (59)

Veřejný rasismus je společností odsuzován, avšak zakořeněná xenofobie a strach z něčeho jiného je více či méně přiznaným jevem většiny lidí. Tyto postoje plynou z neinformovanosti, dezinformací, informací vytržených z kontextu, mnohdy však i z vlastních zkušeností, výchovy, vzdělání, hodnotového systému, pohledu na svět, svědomí a řady dalších faktorů. Slovo rasismus v sobě skrývá celou řadu dalších pojmů, jako jsou například předsudky, stereotypy, násilí fyzické či slovní, arogance, diskriminace a podobně. (4, s.21)

Rasismus jako ideologie byl v minulosti využíván často. Rasové čistky v lidské historii proběhly mnohokrát. Za asi nejvýraznější a úzce související s medicínou, zdravotnictvím i ošetrovatelstvím je považována éra před druhou světovou válkou a během ní. Rasistická ideologie svedla medicínu na scestí. Základní principy lékařské i ošetrovatelské etiky byly zapomenuty, odsunuty a pošlapány. Demagogická ideologie „vyšší rasy“, „čisté rasy“ naprosto nepřijatelným a nepochopitelným způsobem převrátila téměř celý svět. Miliony lidí byly zavražděny kvůli své rasové příslušnosti. I vzhledem k relativně nedávné době a poměrně obsáhlé dokumentaci a svědectvím je asi nejvýraznějším a zároveň nejděsivějším příkladem rasismu a xenofobie v lidských dějinách, představujícím pomyslné „Memento mori“. Rasismus a xenofobie však bohužel druhou světovou válkou neskončily. Přes dramatická šedesátá a sedmdesátá léta v USA i v ostatním světě se problémy poměrně plynule přehoupaly do 21. století a přes veškerou snahu světové společnosti zůstávají a s větší či menší intenzitou oscilují. (4, s. 22)

Poměrně zásadní a průlomové v problematice rasismu ve zdravotnictví a z něj plynoucího rasismu v ošetrovatelství byly první studie a šetření prováděné v USA a Velké Británii. Ze studií, provedených zejména v USA, jasně vyplynulo, že medicína

a zdravotnictví byly často zneužity jako nástroj pro omezování lidských práv a svobod lidí jiné rasy či přistěhovalců. Velké množství studií a šetření poukazuje na výskyt rasismu ve školách, úřadech, zdravotnických zařízeních i v běžném životě. USA jako jeden z prvních států světa, který se začal problematikou rasismu a rasismu ve zdravotnictví zabývat, jsou na dobré cestě. V současnosti není plně na místě hovořit o rasismu ale spíše o dalších faktorech, které z příslušnosti k různým rasám plynou, jako jsou chudoba, možnost přístupu ke vzdělání, sociální prostředí a podobně. Obecně lze konstatovat, že rasa jako taková už není až na výjimky překážkou k rozvoji a realizaci jedince. (59)

V současné době je zřejmé, že obecně rasismu ubývá, to však neznamená, že se nejedná o zásadní a závažný problém společnosti. Rasismus jako fenomén je na druhou stranu mnohdy také přeceňován a zneužíván opačným směrem. Takzvaný pozitivní rasismus, tedy upřednostňování jedné menšinové rasy před většinovou, je v dnešní době častý a je nežádoucí. Myšlenka rovnosti lidí bez ohledu na jejich rasu platí všemi směry. (34, s. 345–351)

Pro lepší představu a uvědomění si aktuálnosti, blízkosti a konkrétnosti problému rasismu ve zdravotnictví lze uvést jeden příklad za všechny. Je to případ sterilizace romských žen v Čechách. V roce 2005 podalo několik romských žen stížnost na to, že byly podrobeny sterilizaci bez řádného informovaného souhlasu. Stížnost byla tehdejším ombudsmanem shledána jako oprávněná. Úřad ombudsmana se problémem zabýval a vyvodil závěr, že jednání zdravotníků nebylo správné. Vyhnul se sice přímému nařčení z rasistických motivů, ale zasadil se o řádné vyšetření celé záležitosti. Jednání bylo shledáno jako protiprávní, byly vyvozeny závěry a byl vydán nový metodický pokyn, který by měl podobným situacím a zákrokům v budoucnu zabránit. (58)

Podobná kauza se odehrála i na Slovensku. Sterilizaci tam bylo podrobena asi 222 romských žen z východního Slovenska. Na toto téma byla v roce 2003 vydána poměrně kontroverzní publikace *Telo i duša*, pojednávající o násilné sterilizaci těchto žen, která rozvířila diskuze a následně vedla i k české kauze. (58)

4.6 Náboženství jako faktor ovlivňující poskytování ošetrovatelské péče

Pojem náboženství je v obecné rovině definován jako soubor ustálených představ o existenci nadpřirozených skutečností a víra ve vyšší moc. Jednotlivá náboženství mají pak svá konkrétní pravidla, morální hodnoty, instituce a zřízení, organizaci, praxi, zvyky a rituály. V různých kulturách, v různých dobách, v různých podmínkách a v různých společnostech se náboženství vyvinulo a je praktikováno v různých podobách. Vědy zabývající se studiem náboženství jsou religionistika a teologie. (4, s. 34)

Zcela vyhovující definice náboženství v podstatě neexistuje. Náboženství je abstraktní pojem. Odborná literatura poskytuje obrovské množství nejrůznějších definic. Definovat pojem náboženství se snažila celá řada filozofů a badatelů. (4, s. 34)

Lidé jsou různí. Mají různý přístup k životu, k sobě, k druhým, k víře. V dnešní době lze konstatovat, že se zájem o náboženství zvyšuje. Zároveň však stoupá individualita lidí a potřeba jejich jedinečnosti. Lidé přesycení a přemožení náročností dnešní doby se obracejí zpět k víře a náboženství, které jim umožní a usnadní život. Víra jim pomáhá. Vyplňuje prázdná místa, ukazuje správný směr, vede jejich každodenní kroky. Díky víře nacházejí smysl svého života, vědí, jak se rozhodnout a jak konat. V dnešním uspěchaném, přesyceném a rozmanitém světě má mnoho lidí potřebu mít nějaké platné principy, podle kterých by mohli žít. Touží mít dané morální kodexy, platné a stálé. Chtějí jasně vědět, co je dobré a co ne. Ne každý, vždy a všude je schopen to dle svého individuálního svědomí určit. Každé náboženství má tyto principy dané, čímž je věřícím jasně určeno, co je správné a co ne. (4, s. 34)

V multikulturní - transkulturní péči je víra a náboženství jedním ze stěžejních faktorů. A to jak ve smyslu víry a náboženství pacientů, kterým je péče poskytována, tak ve smyslu víry a náboženství zdravotnického personálu, který péči poskytuje. Víra a náboženství ovlivňují život člověka ve všech oblastech, v pohledu na svět, život, zrození, smrt, nemoc, na sebe samého a druhé lidi, rodinu, lásku, hřích, vinu a odpuštění, pojetí morálky. Různá náboženství se k různým oblastem staví různě a z toho pak vyplývají i různé pohledy, postoje a názory věřících. (27, s. 271-272)

Dle Listiny základních lidských práv a svobod je každému člověku zaručena svoboda vyznání. Každý člověk má tedy právo mít svoji víru a praktikovat ji v souladu se svým přesvědčením. Legislativa České republiky rovněž zaručuje svobodu vyznání a dle Charty práv pacientů a Etického kodexu zdravotníků mají pacienti právo být ošetřováni

v souladu se svou vírou a náboženským vyznáním. Zdravotnický personál je povinen přistupovat k jejich náboženskému vyznání s respektem. Není vždy snadné vyhovět pacientům a jejich požadavkům a potřebám z hlediska jejich víry a zároveň poskytnout léčebnou a ošetrovatelskou péči tak, jak je standardně zvykem a normou. (27, s. 272)

V naší společnosti je prioritou při poskytování léčebné a ošetrovatelské péče záchrana života, uchování či navrácení zdraví. Je třeba si uvědomit, že v některých náboženstvích je prioritou stejná, ale mohou mít pravidla, která znemožňují provedení některých úkonů léčebné a ošetrovatelské péče, a tím mohou vést k tomu, že léčba a záchrana života nejsou možné. V těchto chvílích je obtížné konstatovat, co je správné. (27, s. 272)

Pro naši společnost je život a jeho záchrana jasnou volbou. Co si ale počít ve chvíli, kdy zdravotníkům znemožňuje záchranu života či provedení léčebného či ošetrovatelského úkonu náboženské vyznání pacienta? Život pacienta či jeho zdraví jsou v ohrožení, ale pacient odmítá navrhovaný postup? Pokud pacient navrhovaný postup odmítne písemným prohlášením nebo prohlášením před svědky, musí to zdravotnický personál respektovat. (27, s. 272)

Mnohem problematičtější situace nastává ve chvíli, kdy je ošetrován pacient, který takovéto prohlášení a nesouhlas neučinil. Rodina může apelovat na jeho víru a jeho náboženské vyznání, ale pacient sám se nevyjádřil. Jak tedy postupovat? Lze vycházet z požadavků rodiny? Lze upřednostnit víru a náboženské zvyklosti, rituály a zákazy před záchranou života a zdraví? Na tuto otázku neexistuje odpověď. V takových chvílích je na ošetrujícím lékaři a dalším personálu, jak se rozhodnou. (27, s. 272)

Ještě obtížnější pak může být situace, kdy se jedná o nezletilou osobu či dítě. Rodiče mohou v rámci své víry odmítat navrhovanou léčbu a péči. Dle Charty práv dětí má dítě ve zdravotnickém zařízení právo na neustálou přítomnost rodiče či jiné blízké osoby. Co ale dělat v případě, že rodiče odmítají a znemožňují léčbu a péči o dítě? Lze za cenu záchrany života či zdraví dítěte obejít stanovisko rodiče a nerespektovat jeho práva? Má rodič právo rozhodnout o svém dítěti? Na tyto otázky opět nelze v podstatě správně a jednoznačně odpovědět. Praxe v České republice a většině evropských zemí bývá taková, že pokud je to jen trochu možné, je život a zdraví dítěte prioritou bez ohledu na víru a náboženství rodičů. To se samozřejmě pak může mnohdy stát a také stává předmětem soudních sporů, zejména v případě neúspěchu léčby. (27, s. 273)

Obecně platí, že zdravotnický personál by měl přistupovat k pacientům při poskytování léčebné a ošetrovatelské péče s respektem k jejich víře a náboženskému vyznání. Je třeba si uvědomit, že naše „klasické“ pojetí života a zdraví nemusí být shodné s pojetím pacienta. Alespoň základní znalosti jiných náboženství mohou zdravotnickému personálu práci a přístup k pacientům velmi usnadnit. (27, s. 273)

Mezi nejčastější náboženství, se kterými se zdravotníci v České republice setkávají, patří křesťanství, judaismus, islám, hinduismus a buddhismus. Těchto pět náboženství je celosvětových a zdravotnický personál by měl mít alespoň základní povědomí o jejich hlavních principech, hodnotách a zvyklostech. S těmito pacienty se zdravotnický personál setkává na všech úrovních péče. Tedy při péči primární, sekundární i terciální, v péči akutní i dlouhodobé apod. Pacienty jsou občané České republiky i cizinci. (29, s. 39)

4.6.1 Křesťanství v multikulturní péči

S pacienty křesťanského vyznání zpravidla nebývají žádné zásadnější problémy, komplikace a nedorozumění z hlediska víry. Morálka a hodnotový systém křesťanství je podobný tomu obecně uznávanému. Je to samozřejmě dáno i tím, že většinová společnost v České republice, Evropě a Severní Americe z křesťanství vychází. Lidský život je posvátný. Člověk je povinen jej chránit a mít k němu úctu. (1, s. 25-28)

Z hlediska standardně praktikované medicíny lze však i zde najít pár rozporů s křesťanskou vírou. Jedním ze sporných bodů, ve kterých je křesťanská víra v rozporu s běžně praktikovanou medicínskou praxí, je například problematika interrupcí, a to jak interrupcí chemických, tak chirurgických. V České republice jsou chirurgické interrupce možné na žádost ženy do dvanáctého týdne těhotenství, v případě zdravotních důvodů do dvacátého čtvrtého týdne těhotenství a v případě velmi závažných důvodů je možné ukončit těhotenství kdykoliv. To je v rozporu s křesťanskou vírou. Podstoupení či provedení interrupce je ve většině křesťanských církví důvodem k exkomunikaci daného jedince. Dle křesťanské víry je plod považován za člověka od samotného početí. Ve většině evropských zemí je interrupce povolena za stejných podmínek jako v České republice s výjimkou Polska, Velké Británie a Finska, kde je legislativa týkající se interrupcí jiná. Oproti tomu například v judaismu, ačkoliv primárně přerušování těhotenství nepodporuje, je plod považován za člověka od čtyřicátého dne od početí a v islámu dokonce až od stodvacátého dne od početí. Z hlediska buddhistické víry je potrat hodnocen jako vážný čin přinášející důsledky.

V hinduismu je přerušení těhotenství považováno za špatný čin, který zatěžuje karmu matky, která nechala zabít své dítě. (34, s. 50-54)

Další z hlediska křesťanství spornou oblastí je antikoncepce. Křesťanství, zejména pak katolická církev, nepovoluje žádnou formu „umělé“ antikoncepce, připouští pouze přirozené metody a zdůrazňuje význam plánovaného rodičovství. (34, s. 55)

Dalším rozporem by mohla být i problematika eutanázie, která však ve své aktivní podobě v současné době není v České republice legální. Nutno podotknout, že eutanázie je i v rozporu s původní verzí Hippokratovy přísahy. Ze současné verze Hippokratovy přísahy jako lékařského slibu je vypuštěna. Aktivní eutanázii za určitých podmínek umožňují některé země, například Belgie, Lucembursko, Nizozemsko, Švýcarsko a Kanada. Z hlediska křesťanské víry aktivní forma eutanázie přípustná není. (15, s. 147-151)

Křesťanská víra má řadu rituálů a zvyklostí doprovázejících umírání a smrt. Víra a rituály spojené s umíráním, jako je zpověď, rozhřešení, odpuštění a poslední pomazání, umožňují věřícím pacientům i jejich rodinám mnohdy snazší vyrovnání se se smrtí. Křesťané věří v posmrtný život, v nesmrtelnost duše a nanebevzetí díky vykoupení a oběti Ježíše Krista. Neberou tedy smrt jako něco špatného, ale jako vstup do nebe ke svému Stvořiteli, jehož veškerá rozhodnutí jsou dobrá a správná. Ve většině českých a evropských zdravotnických zařízení není v dnešní době problém zajistit a umožnit rituály a zvyklosti spojené s procesem umírání a smrti dle křesťanských tradic. Na většině pracovišť jsou kontakty na kněze, poskytující poslední pomazání. Případně po domluvě s pacientem či rodinou nebývá zpravidla problém toto zajistit a umožnit. (15, s. 147-151)

Posledním možným specifickým při ošetřování pacienta křesťana může být období půstů, a tedy dietní omezení. Obecně platí, že půstů je v období roku několik, hlavní jsou půst adventní a půst před Velikonocemi. Přesný termín půstů se liší dle konkrétní církve a dle termínu Velikonoc. V pravoslavném náboženství je pak ještě několik dalších půstů (letní- petropavlovský, různé jednodenní půsty atd). Míra a přísnost půstu je různá. Záleží na konkrétním půstu i na konkrétním člověku a jeho ortodoxnosti. V obdobích půstu obecně platí zákaz alkoholu, zákaz konzumace nadměry cukru, zákaz konzumace masa a tučných jídel. Lidé v období půstu mohou chtít praktikovat úplnou hladovku. Nicméně není v rozporu s vírou půst v některých případech nedodržet. Pravidla půstu se netýkají starých a nemocných lidí, těhotných a kojících žen a dětí. Lze tedy konstatovat, že půst zpravidla není překážkou pro poskytnutí léčebné a ošetrovatelské péče křesťanskému pacientovi. (43)

4.6.2 Judaismus v multikulturní péči

Judaismus jako nejstarší celosvětové monoteistické náboženství v České republice nemá tak velké zastoupení oproti jiným zemím. Při poskytování zdravotní péče židovskému pacientovi však lze narazit na řadu potíží, které mohou vést k problémům a komplikacím poskytované péče. Judaismus a jeho zvyklosti jsou úzce spjaty s každodenním běžným životem. Židé mají dost přesně stanovená pravidla pro každodenní činnosti. Vždy samozřejmě záleží na míře ortodoxnosti konkrétního pacienta. (50)

Židé během roku mají řadu svátků, k nimž se váže řada předpisů a zvyklostí. K nejvýznamnějším patří Chanuka (svátek světel, připomíná opětovné vysvěcení chrámu, přibližně v období Vánoc) a Pesah (Velikonoce). Židovský kalendář se liší od kalendáře běžně užívaného, nicméně židé běžně používají v praktickém životě celosvětově uznávaná data. (50)

Velmi důležité je pro židy období šabatu. Šabat trvá od pátečního západu slunce do sobotního západu slunce. Je dnem odpočinku a modliteb. O šabatu platí zákaz pracovních činností, používání techniky, elektřiny, cestování, koupání v teplé vodě a řada dalších. Židé se scházejí k modlitbám v synagoze. Velmi zbožní židé se na šabat musí pečlivě připravit. Z výše uvedeného je zřejmé, že zde by již mohlo k rozporům dojít. Vzdělaný zdravotník si je při ošetřování židovského pacienta vědom možných omezení, komunikuje s pacientem a snaží se svoji péči a činnost uzpůsobit pacientovým potřebám. Nebude tedy například objednávat židovského pacienta na plánovaný výkon na pátek a podobně. (18, s. 133-135, s. 177)

Další velmi zásadní oblastí je oblast stravování a výživy. V judaismu je velmi striktně určeno, co smí a nesmí věřící konzumovat. Dále je jasně určen postup přípravy jídel, uchovávání potravin, hygieny a stolování. Pravidla pro stravování se nazývají kašrut. Potraviny splňující předpisy jsou označovány jako košer. (18, s. 71-73)

Jedním z pravidel stravování je zákaz některých potravin. Mezi potraviny zakázané patří vepřové maso, maso lichokopytníků, některé drůbeže, zákaz konzumovat krev a vnitřnosti, z ryb jsou povoleny pouze ryby s šupinami a ploutvemi, nejsou povoleny mořské plody ani obojživelníci. Mléčné výrobky jsou povoleny. Platí striktní zákaz kombinace mléčných a masitých pokrmů. Mléko a maso musí být nejen odděleně konzumovány, ale musí být odděleně skladovány a připravovány. To v praxi znamená mít oddělené nádoby a ledničky. Mléčná a masitá strava se nesmí setkat ani v žaludku. Platí tedy příkázaná pauza

mezi konzumací mléka a masa, která se liší dle konkrétní potraviny. Potraviny rostlinného původu jsou povoleny a jsou označeny jako *parve*, to znamená potraviny neutrální, které lze kombinovat s čímkoliv. Strava by měla být podávána v košer nádobí, pro splnění této podmínky je možné využití jednorázového nádobí a příborů. (18, s. 92-99)

Základní znalosti zdravotníků v této problematice a komunikace s pacientem mohou předejít řadě nepříjemností a komplikací při poskytování léčebné a ošetrovatelské péče. I zde záleží na ortodoxnosti konkrétního pacienta a na dané situaci. Vždy je nutné s pacientem komunikovat, přistupovat k němu s respektem a snažit se najít řešení vyhovující a přijatelné pro pacienta a reálné pro zdravotníka. (38, s. 10)

V přístupu k léčbě obecně v judaismu platí prioritou záchranu života a ochrany zdraví. V běžném kontaktu může docházet k občasným komplikacím v souvislosti s fyzickým kontaktem mezi mužem ženou, například při podání ruky. Ortodoxní Židé nepřipouštějí fyzický kontakt mezi mužem a ženou, kteří nejsou blízcí příbuzní. V běžné ošetrovatelské praxi v našich podmínkách se však jedná o ojedinělé případy. (38, s. 10)

V případě Židů je rovněž nutné zmínit pokrývku hlavy. Židé věří, že nošení pokrývky hlavy je nezbytné. Vyjadřují tím úctu k Bohu. Být bez pokrývky hlavy je považováno za nahotu. Typickou pokrývkou hlavy mužů je *jarmulka*. Nosí ji při modlitbách, jídle, náboženských obřadech, ale někteří i v běžném životě. Židé také často nosí klobouky, kšiltovky, případně barety, pod nimiž mají velmi často právě *jarmulku*. To, že Žid při vstupu do ordinace nesmekne, není známkou nevychovanosti, ale jeho náboženského přesvědčení. Ženy zpravidla nosí šátky a další nejrůznější čepice a klobouky. (6, s. 14)

Judaismus má svoje zvyklosti a rituály spojené se smrtí a umíráním. Židé věří, že v umírání nemá být člověk sám. Vždy se snaží o svého blízkého umírajícího pečovat a být mu neustále nablízku. Židé považují smrt za oddělení duše od těla a následný posmrtný život za vzkříšení. Součástí péče a rituálů o umírající Židovské věřící je i vyznání se z hříchů. Tento rituál probíhá za přítomnosti *Chevra kadiša*, tzv. pohřebního bratrstva. Rituál se koná bez zásahu kohokoliv z ošetrojícího personálu, jsou zpívány žalmy, pronášeny modlitby a zapalovány svíce. Členové *Chevra kadiša* provádějí veškeré úkony u umírajícího, jako je hygiena, kontrola pulzu, podání léků a podobně. Je-li to jen trochu možné, zdravotnický personál by to měl umožnit, komunikovat s rodinou umírajícího v maximální možné míře, respektovat její potřeby a požadavky. (48)

4.6.3 Islám v multikulturní péči

O něco častěji než s pacienty židovského vyznání se zdravotnický personál ve své praxi setkává s pacienty muslimské víry. Asi žádné jiné náboženství není opředeno tolika mýty a předsudky. Strach z neznámého, odpor k věcem odlišným a v neposlední řadě i současné dění ve světě jsou prvotní překážkou a ztížením při ošetřování muslimských pacientů. (20, s. 11)

Muslimové považují člověka za vrcholné dílo svého boha Alláha. Člověk má tělo a duši. Za nejvyšší dar od Alláha je muslimy považován intelekt. Právě proto platí u muslimů striktní zákaz užívání látek ovlivňujících rozum, tedy narkotik a alkoholu. Tělo považují také za dar. Neuznávají tedy jakékoliv jeho umělé úpravy, tedy například piercing, tetování, kosmetické plastické úpravy a podobně. Velký důraz v rámci respektu k tělu je kladen na hygienu, odpočinek a péči o sebe sama. (9, s. 27-30)

Velkou a do určité míry velmi ošemetnou oblast tvoří problematika segregace pohlaví. Dle islámu jsou si ženy i muži rovni ve smyslu náboženském. V praxi je situace komplikovanější. Liší se dle konkrétních lidí, jejich ortodoxnosti, původu a konkrétní situace. Obecně platí, že kontakt mezi ženou a mužem, který není v příbuzenském vztahu, není povolen. Výjimku tvoří právě situace, kdy je poskytována zdravotnická péče. (19)

Při poskytování péče pacientům či pacientkám muslimské víry je preferováno, aby péči poskytl zdravotník stejného pohlaví. Ne vždy je to možné. Zpravidla bývá tolerováno, pokud žena zdravotnice poskytuje péči pacientovi muslimovi. Při poskytování péče pacientce muslimce je vyžadováno, aby péči poskytovaly ženy. Pokud to není možné, lze většinou po svolení pacientky a jejího manžela, otce, bratra či jiné hlavy rodiny tuto léčebnou či ošetrovatelskou péči provést. Vyšetření a ošetření intimních partií muslimské pacientky je po svolení jejím a svolení jejího doprovodu, případně v akutních situacích, kdy není nikdo, kdo by vyjádřil přímý nesouhlas, možné, nicméně vždy je vhodné, pokud to situace umožňuje, volit pro vyšetření a péči zdravotníka stejného pohlaví. Nesouhlas s péčí je nutné plně respektovat. Dodržování a trvání na striktnosti nepřipustnosti kontaktu mezi mužem a ženou vždy záleží na ortodoxnosti konkrétních věřících, důvěře pacientů a jejich doprovodu k ošetřujícímu personálu, komunikaci a respektu. (9, s. 34-35)

Specifická je i oblast poskytování péče dětem. Děvče při návštěvě lékaře zpravidla doprovází muž - otec, strýc, bratr. Ten také rozhoduje o přípustnosti a nepřipustnosti péče. Jako doprovod chlapců je většinou tolerována matka. (19)

V období těhotenství a porodu je v islámu zahrnuta celá řada zvyklostí a rituálů. Ve zdravotnickém zařízení setrvávají ženy nezbytně nutnou dobu. Zpravidla je vyžadováno, aby ženám i dětem byla poskytována péče ženským zdravotnickým personálem. Vzhledem k tomu, že islám vyžaduje obřízku u mužů, ale zároveň pravidla pro její provedení nejsou striktně dána, nebývá výjimkou, že provedení obřízky bývá mnohdy vyžadováno muslimskými rodiči již v porodnici. (9, s. 51-53)

Dle Koránu by mělo být dítě kojeno do dvou let. Pro kojení musí mít muslimská matka úplné soukromí a klid. Kojení na veřejnosti není přípustné. Je možné dítě dokrmit, a to jak mlékem umělým, tak mateřským mlékem jiné ženy. Pokud dítě odkojí jiná žena, stává se s ní toto dítě příbuzné. V současné době je jen málo muslimských dětí kojeno do dvou let. Muslimské ženy odstavují děti zpravidla v několika měsících a nahrazují kojení umělým mlékem. (9, s. 54-56)

Jak bylo uvedeno výše, islám nechápe interrupci jako vraždu nenarozeného dítěte, nicméně se k provádění umělého přerušování těhotenství nestaví příznivě. Provedení interrupce je však za určitých podmínek, jako je ohrožení života a zdraví ženy, znásilnění a vážné poškození plodu, z náboženského hlediska možné. (19)

Velmi specifická je oblast stravování a půstů. Významným obdobím v životě muslimů je Ramadán. V období Ramadánu platí pravidla, která stanovují mimo jiné i úplný půst. V praxi to znamená, že od východu do západu slunce v měsíci Ramadánu, což je devátý měsíc muslimského kalendáře, nesmí věřící nic jíst ani pít. Zakázané je také kouřit a mít intimní styky. Problém nastává ve chvíli, kdy stav pacienta vyžaduje příjem potravy, ať už enterální nebo parenterální cestou. Ačkoliv dle Koránu tato pravidla neplatí pro nemocné, staré, nemohoucí, děti, těhotné a kojící ženy a cestující, může se stát, že muslimský pacient bude v rámci své víry dodržování pravidel Ramadánu vyžadovat. Opět záleží na situaci, konkrétním pacientovi a taktu a respektu zdravotníků, jak situaci řešit. V období Ramadánu se doporučuje minimalizovat plánovanou péči, což je samozřejmě z velké části i v režii samotného pacienta. (9, s. 61-69)

Obecně platná pravidla pro stravování jsou zčásti podobná pravidlům pro stravování v judaismu. K zakázaným potravinám patří krev a vnitřnosti, zdechliny, vepřové maso, maso dravců včetně dravých ptáků. Maso by mělo být halal, to znamená usmrceno správným způsobem. Veřejnosti je mnohdy představována halal porážka jako týrání zvířat. Opak je pravdou. Správně provedená halal porážka je pro zvíře mnohem šetrnější a mnohem méně

stresující oproti standardním porážkám na jatkách elektrickým proudem. Jak bylo zmíněno výše, platí striktní zákaz alkoholu. (19)

V každodenním životě muslima je nedílnou součástí jeho víry i praktikování modliteb. Dospělý muslim i muslimka se zpravidla modlí pětkrát denně. K praktikování modlitby patří celá řada rituálů. Pokud to zdravotní stav pacienta umožní, je vhodné mu ze strany ošetřujícího personálu vyjít vstříc a modlení pacientovi umožnit. (19)

V problematice smrti a umírání stejně jako u jiných náboženství má islám své postoje. Dle učení islámu je smrt přechodem do věčného života. Muslimští věřící vnímají život jako posvátný, aktivní eutanázie nebo sebevražda nejsou přípustné. Není však ale žádoucí ani zbytečné a umělé prodlužování utrpení. Muslimové mají primárně snahu vyhnout se hospitalizaci a umírání v nemocničním či ústavním prostředí. Prioritou je umírání v domácím prostředí v kruhu rodiny, obklopen nejbližšími, v modlitbách, za dodržení rituální očisty. Bezprostředně po skonu muslimského pacienta následuje celá řada dalších z náboženského hlediska nezbytných rituálů. Z těchto důvodů je více než vhodná spolupráce rodiny a zdravotníků. Ošetřování muslimských pacientů není snadnou záležitostí. Vyžaduje poměrně velké znalosti, respekt a takt. To však zároveň platí i pro druhou stranu. Jen vzájemným uznáním a úctou lze dosáhnout kvalitní péče a dobré spolupráce. (48)

4.6.4 Hinduismus a buddhismus v multikulturní péči

Další velkou náboženskou skupinou, se kterou se zdravotníci mohou setkat, jsou hinduisté. Hinduismus je třetím nejrozšířenějším náboženstvím na světě. Hinduisté věří v převtělování, v posvátnost života. Lidé se dělí do kast. Jedná se o polyteistické náboženství. (3, s. 12)

Ošetřování hinduistů zpravidla s sebou nepřináší žádné zásadnější obtíže a rozpory. Je třeba mít na paměti zákaz konzumace hovězího masa. Řada hinduistů nekonzumuje ani mléko, část hinduistů jsou vegetariáni. (45, s. 39)

Obecně lze říci, že nejčastější komplikací při poskytování péče hinduistickým pacientům v českých zdravotnických zařízeních bývá jazyková bariéra, neboť se ve většině případů jedná o cizince. (53)

Poskytování ošetřovatelské a léčebné péče pacientům buddhistům rovněž zpravidla nepřináší žádné zásadnější komplikace. Pouze v oblasti stravování je nezbytné si uvědomit, že buddhisté bývají vegetariáni. (53)

Při poskytování zdravotní péče se zdravotnický personál setkává s mnoha pacienty. Každý z nich je individualitou, vyžadující individuální a zároveň profesionální přístup. Kodex zdravotníka ukládá ošetřujícímu personálu povinnost poskytovat pacientům maximální péči v souladu s respektem k jejich tělesným i duchovním potřebám. Není snadné takovou péči poskytovat. Vyžaduje to nejen znalosti a dovednosti, ale také morální vyspělost ošetřujícího personálu a přesvědčení o správnosti a nezbytnosti respektu a uznání vůči víře a náboženství druhých lidí. (12, s. 14-16)

5 KOMPLIKACE MULTIKULTURNÍ PÉČE

5.1 Nejčastější komplikace a nedorozumění při poskytování multikulturní péče

Cílem ošetrovatelské péče poskytované sestrou pacientovi je poskytnutí takové péče, která bude pro konkrétního jedince vhodná, účinná a individualizovaná. Při péči o pacienty jiných kultur je nezbytné, aby byl ošetřující personál seznámen s kulturními a náboženskými specifiky pacienta a naplánoval svoji péči a činnosti tak, aby byla profesionální a zároveň respektovala pacientovu kulturu, zvyklosti, potřeby a požadavky. (30, s. 12-13)

Pro správné a účinné plánování a následnou realizaci kulturně způsobilé péče je nezbytné nejen vzdělání zdravotníků, ale také efektivní komunikace s pacientem a jeho rodinou. V oblasti ošetřování a ošetrovatelské péče je sestra tou, která nese odpovědnost za její správné naplánování a realizaci. Pro poskytnutí správné multikulturní - transkulturní péče sestra řeší a zohledňuje celou řadu otázek. Pozoruje pacientovo chování. Pro zjištění informací by se sestra měla zajímat o kulturu a zvyky, ptát se pacienta, naslouchat mu, komunikovat s jeho rodinou a přáteli a aktivně se dále vzdělávat. (17, s. 15)

Sestra zjišťuje etnicitu pacienta, jeho náboženské vyznání a duchovní potřeby. Pro účinnou komunikaci je samozřejmě nezbytné se s pacientem domluvit. Zajistit tedy v případě jazykové bariéry tlumočení nebo jiný vhodný způsob dorozumívání. (54)

Důležitým faktorem je i model rodiny a společnosti, který pacient uznává a ze kterého pochází, sociální, ekonomická i politická situace pacienta. Velmi zásadní bývá rozdílnost v přístupu k fyzickému kontaktu, intimitě, hygieně, stravování. (54)

Je důležité, aby sestra zjistila postoj pacienta ke zdraví a nemoci. Přístup ke změnám zdravotního stavu může být u různých kultur různý. Některé kultury vnímají nemoc jako trest, jiné jako zkoušku oddanosti, vyšší záměr a podobně. V jejich přístupu ke zdraví a nemoci se pak odráží i přístup k léčbě, ošetřování, hospitalizaci, spolupráci a uzdravování. (54)

Různé kultury mají různý přístup ke smrti a umírání, k bolesti, utrpení, k těhotenství a porodu. Mohou vyžadovat v rámci své kultury a víry pro zdravotníky nepochopitelné věci. Je nejen na zdravotnickém personálu, ale i na pacientech a jejich rodinách mít zájem

o spolupráci, která pak vede k uspokojení potřeb pacienta při poskytnutí kvalitní a adekvátní péče. (48)

K prvním obtížím, které se při poskytování péče, ať už léčebné nebo ošetrovatelské, vyskytují, je už první kontakt zdravotníka s pacientem, případně s jeho rodinou. Jedním z faktorů je jazyková bariéra. Dalším faktorem je neznalost pacientovy kultury, a tedy nevědomé porušení pravidel, která daná kultura má, např. pravidla týkajícího se kontaktu mezi jedinci jiného pohlaví. Další obtíže pak mohou nastat v případě, že některá gesta, slova, mimika či aktivity mají v různých kulturách různý význam. Například úsměv a pokyvování hlavou u většiny Asiatů neznámá sympatie, souhlas a porozumění, ale rozpaky, omluvu a nejistotu. Stejně tak nepodání ruky či nesmeknutí pokrývky hlavy neznámá v řadě kultur projev nezdvořilosti. Neznalostí těchto zvyklostí pak mnohdy dochází hned na počátku k nesrovnalostem mezi zdravotníky a pacienty. (44, s. 56-59)

Další velkou oblast problémů v poskytování multikulturní péče často představuje pacientova rodina. Řada kultur klade na rodinu a přítomnost rodinných příslušníků velký důraz. V českých zdravotnických zařízeních není úplně zvykem neustálá přítomnost členů rodiny a blízkých u pacienta. Nutno podotknout, že to ani není vždy možné s ohledem na provoz zdravotnického zařízení či oddělení, jeho stavebně technické uspořádání, s ohledem na ostatní pacienty a podobně. To je velkým problémem. Přítomnost rodiny a blízkých je na jedné straně pro pacienta přínosná a podporující, na straně druhé ale ne vždy vhodná a ne vždy i pacientem pozitivně přijímána. Pro personál může být přítomnost rodiny obrovským přínosem, ale i komplikací až zátěží. Nejsou výjimkou situace, kdy pacientova rodina přímo znemožňuje provádění léčebné a ošetrovatelské péče. Obecně lze konstatovat, že péče ve spolupráci s rodinou je pro pacienta prospěšná. Je třeba nalézt takový způsob péče, který bude vyhovující pro všechny zúčastněné. Zdravotníci přistupující s respektem by měli být samozřejmostí, avšak bez vstřícnosti a ochoty spolupracovat ze strany rodin pacientů je jejich snažení marné. (48)

Další oblastí, kterou provázejí komplikace při poskytování péče pacientům jiných kultur, je stravování a stravovací návyky. Řada náboženství má své specifické stravovací předpisy a zvyklosti. V řadě kultur existují stravovací tabu. K základním součástí sběru ošetrovatelské anamnézy patří zjistit, jaké jsou pacientovy stravovací zvyklosti a požadavky. Obecné povědomí zdravotnického personálu velmi usnadní následné plánování dietních opatření a stravování pacienta například během hospitalizace. V pacientech samotných

vzbudí alespoň základní orientovanost ve stravování a stravovacích zvyklostech jejich kultury důvěru, a spolupráce tím může být velmi usnadněna. I zde platí zlaté pravidlo „když něco nevím, zeptám se“. Chyba, i když neúmyslná, například podání potraviny, která je pro pacienta zakázaná, se může velmi negativně odrazit na dalším vztahu a spolupráci ošetřujícího personálu, pacienta i jeho rodiny. (48)

Problémy při poskytování multikulturní - transkulturní či jinak řečeno kulturně shodné péče nejsou nijak ojedinělé. Příčin je celá řada od neochoty či neschopnosti zdravotníků tuto péči poskytovat přes úmyslnou i neúmyslnou nespolečenský pacienta či rodiny až po komplikace plynoucí ze situace, prostředí či podmínek, za kterých má být péče poskytována. Limitujících faktorů je mnoho. Situace, kdy dojde ke konfliktu v kulturně orientované péči, se nazývá kulturní střet. (54)

V důsledku kulturního střetu pak může následovat negativní reakce pacienta, jako je nespokojenost, negativní emoce, strach, ztráta důvěry vůči personálu, léčbě, zdravotnickému zařízení, stres, agrese, nespolečenský, odmítání péče a podobně. Je tedy v zájmu všech, aby multikulturní péče byla praktikována. (54)

5.2 Chyby v přístupu k poskytování péče pacientům jiných kultur

Provádění multikulturní či transkulturní péče je náročnou a vysoce sofistikovanou činností sestry. Mnohdy je poskytnutí péče ztíženo nejen náročností stavu pacienta, kulturními rozdíly či neznalostí, ale také předsudky a polopravdami, kterým sestra více či méně vědomě podléhá. Vlivem prostředí, kultury společnosti či vlivem svých osobních postojů, názorů či zkušeností dochází ke komplikacím a nedorozuměním, které snižují, až eliminují efektivitu poskytované péče. (39, s. 161)

Zdravotničtí pracovníci podléhají mylným až demagogickým názorům, že péči a léčebné procedury není třeba přizpůsobovat pacientům v souladu s jejich kulturní odlišností, protože pacient ve svém zájmu a dle svého rozumu musí být schopen přizpůsobit se zavedenému standardu většinové kultury a společnosti. (39, s. 161-163)

Paradoxní je i názor, že přistupovat a léčit pacienta dle jeho rasy, vyznání, etnika či kultury je diskriminace a správné je přistupovat ke všem stejně. Je na první pohled jasné, že tento názor a postoj je nesmyslný a je v absolutním nesouladu se základním posláním sestry. (39, s. 162)

Velkým problémem byla, je a bude jazyková bariéra. I přes stoupající počet zdravotníků hovořících cizími jazyky a přes celkově stoupající počet lidí mluvících více než jedním jazykem je jazyková bariéra častým a zásadním problémem při poskytování ošetrovatelské a léčebné péče. Je třeba si uvědomit, že komunikace a porozumění si je jedním z hlavních kamenů při poskytování transkulturní péče, jsou nezbytné a péči výrazně usnadňují a zefektivňují. Najít vyhovující a účinný způsob komunikace, kdy všichni zúčastnění budou rozumět a chápat sdělení, je základním úkolem při poskytování ošetrovatelské a léčebné péče pacientům hovořícím jiným jazykem, než je jazyk zdravotníka. Vždy lze využít různých způsobů, ať už tlumočnicka, komunikačních karet či internetových překladačů, nebo neverbální komunikace (gesta, mimika, pohyb, psaní, kreslení, piktogramy, filmy, fotografie...). (31, s. 45)

Při poskytování péče pacientům jiné kultury by zdravotník měl mít vždy na paměti, že je jeho povinností rozpoznat kulturní odlišnosti a vážit si jich, naslouchat, všímat si odlišností a snažit se maximálně vcítovat do odlišné kultury. Respekt a úcta k pacientovi a jeho kultuře, víře, původu a podobně by pak měly být samozřejmým projevem podpory a motivace pacienta. (14, s. 162-163)

Důležitou a často opomíjenou součástí poskytování transkulturní péče i ošetrovatelské péče obecně je pak i trpělivost. Je vždy nezbytné věnovat pacientům co nejvíce času a pozornosti, neboť sestra tím získá nejen více informací, ale také pacientovu důvěru a dosáhne tak lepší spolupráce mezi ní a pacientem. (14, s. 163)

Posledním důležitým bodem v úvahách o chybách znesnadňujících poskytování transkulturní ošetrovatelské péče je opomíjení sebereflexe. Každý kontakt s pacientem je pro sestru obohacující. Je to zkušenost, díky které si může rozšířit osobní i profesní obzory, získat nové znalosti, dovednosti a zkušenosti. Zároveň by si však sestra měla být vědoma své vlastní kultury, svého prostředí, svého původu, své rasy a etnika a chápat rozdíly a podobnosti odlišných kultur. (14, s. 163)

5.3 Mýty, předsudky a stereotypy v multikulturní péči

V přístupu k multikulturní péči a jejímu poskytování hrají mýty, předsudky a polopravdy či zkreslené informace významnou roli. Přístup a jednání lidí, a to jak personálu, tak pacientů a jejich rodin, jsou těmito faktory velmi emocionálně ovlivněny. Chybí objektivní znalosti a jsou nahrazeny zkreslenými, kusými, zevšeobecňujícími,

neúplnými či nesprávnými informacemi, domněnkami, polopravdami, předsudky a podobně. (53)

Pojem mýtus znamená nepravdu nebo vymyšlené tvrzení bez důkazů. Pojem předsudek znamená postoj k něčemu, bývá silně emotivní a bývá většinou chápán v negativním slova smyslu. Může však být i předsudek pozitivní. Předsudek je většinou těžko přístupný argumentům. Je to fixní, dopředu utvořený, v podstatě nezdůvodněný postoj k něčemu. Předsudek bývá přejatý od autorit, médií, kultury, společnosti, bývá důsledkem předchozích zkušeností a vlastních i cizích zážitků. Stereotypy jsou pak stálý soubor představ o člověku, skupině lidí, kultuře, náboženství a podobně, který má významný vliv na vnímání, přijímání, postoje, přístup, názory a chování vůči nim. Stereotypy často vycházejí z předsudků a jsou ovlivněny celou řadou dalších faktorů. (45, s. 52-54)

Posláním a prací zdravotnického personálu je diagnostikovat, léčit, ošetřovat, chápat, poskytovat pochopení a podporu, edukovat a ne soudit. (51)

Nejen čeští zdravotníci přistupují k pacientům jiných kultur, etnik či náboženského vyznání s předsudky. Na vině je celá řada faktorů. Neznalost, záměrně či nezáměrně zkreslené a neúplné informace v médiích, politická situace, neochota a mnoho dalšího negativně ovlivňuje přístup a přijímání pacientů jiných kultur ze strany zdravotníků. (45, s. 53)

Nejčastěji se předsudky objevují ve vztazích k romským pacientům, k Arabům, k ruským, ukrajinským a dalším východoevropským pacientům. Je faktem, že poskytování adekvátní ošetrovatelské a léčebné péče pacientům jiných kultur je obtížné, ale jistě ne nemožné. (53)

Multikulturní péče je ovlivněna celou řadou mýtů. Tyto mýty se mohou týkat všech oblastí pacientova života a jsou takové kultury, kde je mýtů velké množství. Nejčastěji se mýty objevují u muslimských, romských a židovských pacientů a u Asiátů bez ohledu na jejich náboženské vyznání. (2, s. 14)

6 BUDOUCNOST MULTIKULTURNÍ PÉČE

Multikulturní péče v České republice se dostává stále více a více do popředí. Česká zdravotnická zařízení a čeští zdravotníci se setkávají se nárůstem pacientů jiných kultur. Čeští zdravotníci si uvědomují potřebnost multikulturní péče. Vzdělávání a vzdělanost v této problematice je obecně na vzestupu. České zdravotnictví se potýká s celou řadou problémů, přesto však v celosvětovém měřítku patří k nejlepším a to jak po stránce medicínské, tak ošetrovatelské. Multikulturní ošetrovatelská péče má v českém zdravotnictví nezastupitelnou úlohu a velkou budoucnost. (45)

7 ZÁKLADNÍ PRAVIDLA PRO MULTIKULTURNÍ PÉČI

Závěrem teoretické části je shrnutí předchozích kapitol do několika hlavních zásad a rad jako základního vodítka pro správné poskytnutí kulturně shodné péče pacientům jiných kultur. (45)

- Komunikace – správný a vhodný způsob komunikování, verbálně i neverbálně
- Naslouchání – nejdříve naslouchat, pak mluvit
- Zohlednění úrovně chápání a porozumění konkrétního pacienta
- Empatie k pacientům jiné kultury
- Získání maxima informací o kultuře pacienta
- Respekt a úcta k pacientovi a jeho kultuře
- Chápání kulturních důvodů chování klienta – k tomu je třeba se aktivně zajímat, případně studovat kulturu, ke které náleží či ze které pochází náš pacient/klient. Je potřebné po informacích aktivně pátrat.
- Naslouchat a učit se dříve, a až pak radit – jenom doporučeními a instrukcemi se chování pacientů změnit nepodaří.
- Zdravotní edukace musí vždy brát ohled na úroveň chápání klienta a rámcem přijatelnosti.
- Večítovat se do klientů odlišné kultury – „obout jejich boty“ (vždy volit evalvující přístup, vědomě kontrolovat, zda pacient způsob naší komunikace s ním nevnímá jako devalvující!)
- Podporovat pacientovy zvyky; pokud tomu nebrání zdravotnické důvody.
- Vysvětlit jiným zdravotnickým pracovníkům rozdíly týkající se hodnot, názorů a zvyků pacientů.
- Trpělivost – vypěstování potřebného vztahu vzájemné důvěry, otevřenosti a respektu mezi pacientem/klientem a zdravotníky vyžaduje jistý čas. Stejně tak je trpělivost potřebná pro řešení každodenních situací, kterými pacient/klient prochází a které má zvládnout a potřebuje v nich obstát s pocitem zachování vlastní důstojnosti.

- Analyzovat své chování – uvědomování si sebe sama a svých vlastních kulturních hodnot je pro ty, kteří pečují o cizince, nezbytností. Uvědomění si rozdílnosti kultur.
(45)

EMPIRICKÁ ČÁST

8 FORMULACE PROBLÉMU

Multikulturní či transkulturní péče v ošetrovatelství je péče poskytovaná pacientům/klientům různých kultur, náboženského vyznání, původu, rasy, národnosti, prostředí a podobně. V dnešní době se zdravotníci a to samozřejmě nejen v České republice dostávají do situace, kdy znalosti jiných kultur jsou stále více a více nutností pro poskytnutí kvalitní ošetrovatelské péče.

Multikulturní péče jako učební předmět je však v České republice na zdravotních školách brán stále jako doplňkový a nepříliš důležitý. Stejně tak možnosti pracujících sester vzdělávat se v oblasti multikulturní – transkulturní péče v rámci celoživotního vzdělávání jsou dosti omezené.

Přístup zdravotníků a studentů k problematice multikulturní péče a nutnosti se v tomto oboru vzdělávat rovněž není ideální. Zájem zejména ze strany již pracujících zdravotníků zpravidla není příliš velký.

Vzhledem k těmto okolnostem pak znalosti ošetrujícího personálu v oblasti multikulturní – transkulturní péče nejsou dostatečné pro to, aby pacientům byla poskytnuta ošetrovatelská péče na adekvátní profesionální úrovni. Z důvodu neznalosti, mylných domněnek, nesprávných či zkreslených informací a někdy i neochoty ošetrujícího personálu pak mnohdy dochází k problémům a komplikacím, kterým by vyšší erudovaností personálu v této problematice bylo možné předejít.

9 CÍL VÝZKUMU

9.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem diplomové práce je identifikovat, provést analýzu a vyhodnocení znalostí všeobecných sester ve vybraných oblastech multikulturní péče. Diplomová práce zkoumá znalosti všeobecných sester ve vybraných oblastech multikulturní péče v souvislosti s jejich nejvyšším dosaženým vzděláním a v souvislosti s délkou jejich praxe ve zdravotnictví. Z diplomové práce pak vychází následný praktický výstup.

První vybranou oblastí pro výzkumné šetření jsou specifika prvotního kontaktu s pacientem jiné kultury, kdy je pro toto šetření vybráno pět hlavních náboženských směrů, kterými jsou křesťanství, judaismus, islám, hinduismus a buddhismus. Druhou vybranou oblastí jsou pak specifika výživy a stravovacích návyků u pacientů jiné kultury, kdy se rovněž toto výzkumné šetření zaměřuje na pět hlavních náboženských směrů.

9.2 Dílčí cíle

9.2.1 Dílčí cíl 1

Prvním dílčím cílem výzkumného šetření je ověřit souvislost mezi informovaností všeobecných sester o specifikách prvotního kontaktu s pacienty vybraných kultur a jejich nejvyšším dosaženým vzděláním. Prvním dílčím cílem je zjistit tedy, jestli středoškolské, vyšší odborné či vysokoškolské vzdělání má vliv na to, jak jsou všeobecné sestry orientované v této problematice a jaké mají znalosti o specifikách prvotního kontaktu s pacienty vybraných kultur.

9.2.2 Dílčí cíl 2

Druhým dílčím cílem výzkumného šetření je ověřit souvislost mezi informovaností všeobecných sester o specifikách prvotního kontaktu s pacienty vybraných kultur a délkou jejich zdravotnické praxe. Druhým dílčím cílem je zjistit tedy délka zdravotnické praxe (do 2 let, 2 – 7 let, 7 -15 let, 15 -25 let, nad 25 let) má vliv na to, jak jsou všeobecné sestry orientované v této problematice a jaké mají znalosti o specifikách prvotního kontaktu s pacienty vybraných kultur.

9.2.3 Dílčí cíl 3

Třetím dílčím cílem výzkumného šetření je ověřit souvislost mezi základní orientovaností všeobecných sester v problematice výživy a stravování u pacientů vybraných kultur a jejich nejvyšším dosaženým vzděláním. Třetím dílčím cílem je zjistit tedy, jestli středoškolské, vyšší odborné či vysokoškolské vzdělání má vliv na to, jak jsou všeobecné sestry orientované v této problematice a jaké jsou jejich základní znalosti o výživě a stravování u pacientů vybraných kultur.

9.2.4 Dílčí cíl 4

Čtvrtým dílčím cílem výzkumného šetření je ověřit souvislost mezi základní orientovaností všeobecných sester v problematice výživy a stravování u pacientů vybraných kultur a délkou jejich zdravotnické praxe. Čtvrtým dílčím cílem je zjistit tedy, jestli délka zdravotnické praxe (do 2 let, 2 –7 let, 7 -15 let, 15 -25 let, nad 25 let) má vliv na to, jak jsou všeobecné sestry orientované v této problematice a jaké jsou jejich základní znalosti o výživě a stravování u pacientů vybraných kultur.

9.2.5 Dílčí cíl 5

Pátým dílčím cílem diplomové práce je praktický výstup, jímž je edukační materiál pro všeobecné sestry, případně další zdravotníky, týkající se vybraných oblastí tedy prvotního kontaktu a výživy a stravovacích návyků u pacientů vybraných kultur.

10 HYPOTÉZY

V rámci hlavního cíle a dílčích cílů stanoveného pro výzkumné šetření diplomové práce, byly vytvořeny výrokové hypotézy. Tyto hypotézy zkoumají souvislost informovanosti všeobecných sester ve vybraných oblastech multikulturní péče a jejich nejvyššího dosaženého vzdělání a souvislost informovanosti všeobecných sester ve vybraných oblastech multikulturní péče a délky jejich zdravotnické praxe.

10.1 Hypotéza č. 1

K prvnímu dílčímu cíli byla stanovena nulová a alternativní hypotéza č. 1 následujícího znění:

- **1H0** Informovanost všeobecných sester o specifikách prvotního kontaktu s pacienty vybraných kultur NESOUVISÍ s jejich nejvyšším dosaženým vzděláním.
- **1H1** Informovanost všeobecných sester o specifikách prvotního kontaktu s pacienty vybraných kultur SOUVISÍ s jejich nejvyšším dosaženým vzděláním.

10.2 Hypotéza č. 2

K druhému dílčímu cíli byla stanovena nulová a alternativní hypotéza č. 2 následujícího znění:

- **2H0** Informovanost všeobecných sester o specifikách prvotního kontaktu s pacienty vybraných kultur NESOUVISÍ s délkou jejich praxe.
- **2H1** Informovanost všeobecných sester o specifikách prvotního kontaktu s pacienty vybraných kultur SOUVISÍ s délkou jejich praxe.

10.3 Hypotéza č. 3

Ke třetímu dílčímu cíli byla stanovena nulová a alternativní hypotéza č. 3 následujícího znění:

- **3H0** Základní orientovanost všeobecných sester v problematice výživy a stravování u pacientů vybraných kultur NESOUVISÍ s jejich nejvyšším dosaženým vzděláním.
- **3H1** Základní orientovanost všeobecných sester v problematice výživy a stravování u pacientů vybraných kultur SOUVISÍ s jejich nejvyšším dosaženým vzděláním.

10.4 Hypotéza č. 4

Ke čtvrtému dílčímu cíli byla stanovena nulová a alternativní hypotéza č. 4 následujícího znění:

- **4H0** Základní orientovanost všeobecných sester v problematice výživy a stravování u pacientů vybraných kultur NESOUVISÍ s délkou jejich praxe.
- **4H1** Základní orientovanost všeobecných sester v problematice výživy a stravování u pacientů vybraných kultur SOUVISÍ s délkou jejich praxe.

11 CHARAKTERISTIKA SOUBORU

Ve výzkumném šetření bylo osloveno 352 respondentů. Byly osloveny všeobecné sestry Plzeňského a Středočeského Kraje, pracující ve zdravotnických zařízeních na lůžkových odděleních. Výběr vzorku respondentů byl záměrný. Kritériem pro výběr respondenta byla odbornost všeobecné sestry a práce na lůžkovém oddělení zdravotnického zařízení. Kritérium práce na lůžkových odděleních bylo vybráno z důvodu, aby byl co nejvíce minimalizován rozdíl v činnostech a pracovním prostředí respondentů.

12 METODA SBĚRU DAT

Pro výzkumné šetření a následné testování hypotéz je použit kvantitativní výzkum. Jako metoda sběru dat je použit strukturovaný dotazník. Dotazník je anonymní. Dotazník obsahuje 34 otázek. S výjimkou otázky číslo 4 a 6, se jedná o uzavřené otázky s jednou možnou správnou odpovědí. Otázka č. 4, týkající se znalostí cizího jazyka, dává respondentům možnost uvést konkrétní cizí jazyk, kterým respondent hovoří. V otázce číslo 6 je odpověď vypisovací, jedná se uvedení metod komunikace v multikulturní péči.

Možnosti odpovědí na otázky (mimo otázek č.1, 2, 3, 4 a 6) jsou varianty jedné možné správné odpovědi, možnosti špatných odpovědí a vždy měli respondenti zvolit možnost „Nevím“. Varianta „Nevím“ je v dotazníku uvedena záměrně, má snížit možnost tipování odpovědí a umožnit respondentům odpovědět, že odpověď na danou otázku neznají.

Dotazník v úvodu mapuje vzdělání, délku praxe, zkušenost s prací v zahraničí, znalosti cizích jazyků, znalosti pojmu multikulturní péče, znalosti možností komunikace s pacienty jiných kultur. V další části se dotazník zabývá zjišťováním informovanosti všeobecných sester v oblasti specifik prvotního kontaktu a základní orientovanosti v problematice výživy a stravování u pacientů vybraných kultur, konkrétně u pacientů křesťanské, židovské, muslimské, hinduistické a buddhistické víry.

13 ORGANIZACE VÝZKUMU

Bylo rozdáno 352 dotazníků všeobecným sestřám, splňujícím stanovená kritéria. K distribuci dotazníků bylo využito osobních kontaktů a metody „snow ball“. Důvodem volby využít osobních kontaktů a metody „snow ball“ bylo přesvědčení, podpořené vlastními zkušenostmi, že návratnost dotazníků a ochota respondentů k vyplnění dotazníků je větší v případě, že se jedná o výzkum, který je prováděn někým, koho osobně znají, nebo je jim distribuován někým, koho osobně znají. Faktem je i to, že ne všechna vedení zdravotnických zařízení z nejrůznějších důvodů jsou k provádění výzkumů studenty příliš nakloněna a ani samotní zaměstnanci, kterým je dotazník distribuován v rámci zaměstnání nemají často příliš zájem ani prostor se dotazníky zabývat.

200 dotazníků bylo rozdáno v písemné formě, 152 ve formě elektronické. Elektronickou formou se navrátilo 139 vyplněných dotazníků. Tištěných dotazníků se navrátilo 182. Odpovídalo tedy 321 všeobecných sester pracujících na lůžkových odděleních Plzeňského a Středočeského kraje. Získané informace byly vyhodnoceny, statisticky zpracovány s využitím programu Microsoft Office Excel365 a pomocí statistické metody – test chí kvadrát nezávislosti z dat v kontingenční tabulce byly otestovány stanovené hypotézy.

Výzkum probíhal od listopadu 2019 do února 2020.

14 ANALÝZA ÚDAJŮ

Analýza získaných údajů byla provedena vyhodnocením dotazníků.

V úvodní části dotazníku (otázka č. 1 a č. 2) je zmapováno vzdělání a délka zdravotnické praxe respondentů. Tyto údaje jsou graficky znázorněny a okomentovány.

Otázky č. 3, č. 4, č. 5 a č. 6 jsou otázky úvodní, slouží pro dokreslení vzorku respondentů a nesouvisí přímo s hypotézami a jejich následným testováním.

Pro analýzu dat získaných z otázek č. 7 až otázky č. 34 byla zvolena varianta zpracování odpovědí tak, že byly vyhodnoceny počty správných odpovědí, počty chybných odpovědí a počty odpovědí „nevím“. Odpovědi byly zaneseny do dvou kontingenčních tabulek rozdělených dle nejvyššího dosaženého vzdělání a dle délky zdravotnické praxe. Správné odpovědi, špatné odpovědi a odpovědi „nevím“ byly vyjádřeny v procentech vztahené k velikosti jednotlivých skupin (vzdělání, délka praxe).

Podrobné zpracování včetně grafů a tabulek na jednotlivé otázky lze nalézt v příloze č. 2. (CD)

Po vyhodnocení výzkumných otázek uvedených v dotazníku byly získány následující data.

14.1 Analýza úvodních otázek

- **Otázka č. 1**

Uved'te vaše nejvyšší dosažené vzdělání

Otázka č. 1 zjišťovala nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Po vyhodnocení dotazníků bylo zjištěno, že 39,56 % (127) dotázaných všeobecných sester uvedlo, že jejich nejvyšším dosaženým vzděláním je středoškolské vzdělání, 18,07 % (58) vyšší odborné, 32,40 % (104) vysokoškolské s bakalářským titulem a 9,97 % (32) vysokoškolské s titulem Mgr. nebo PhDr.

- **Otázka č. 2**

Uved'te délku své zdravotnické praxe

Otázka č. 2 zjišťovala délku praxe respondentů. Po vyhodnocení dotazníků bylo zjištěno, že 5,92 % (19) dotázaných všeobecných sester uvedlo délku své zdravotnické praxe do dvou let. 12,15 % (39) uvedlo délku své zdravotnické praxe 2-7 let. 20,25 % (65) uvedlo délku své zdravotnické praxe 7-15 let. 38,94 % (125) uvedlo délku své zdravotnické praxe 15-25 let a 22,74 % (73) uvedlo délku své zdravotnické praxe více než 25 let.

U respondentů s nejvyšším dosaženým vzděláním středoškolským (SZŠ) bylo zjištěno:

- 0,00 % (0) má zdravotnickou praxi do dvou let, rovněž 0,00 % (0) má délku zdravotnické praxe 2-7 let.
- 8,661 % respondentů se SZŠ (11) má délku zdravotnické praxe 7-15 let, což tvoří 3,427 % z celkového počtu respondentů.
- 52,765 % respondentů se SZŠ (67) má délku praxe 15-25 let, což tvoří 20,872 % z celkového počtu respondentů.
- 38,583 % respondentů se SZŠ (49) má délku zdravotnické praxe více než 25 let, což činí 15,265 % z celkového počtu respondentů.

U respondentů s nejvyšším dosaženým vzděláním vyšším odborným (VOŠ) bylo zjištěno:

- 6,897 % respondentů s VOŠ (4) má zdravotnickou praxi do dvou let, což činí 1,246 % z celkového počtu respondentů.
- 20,690 % respondentů s VOŠ (12) má délku zdravotnické praxe 2-7 let, což činí 3,738 % z celkového počtu respondentů.
- 34,483 % (20) má délku zdravotnické praxe 7-15 let, což činí 6,231 % z celkového počtu respondentů.
- 37,931 % respondentů (22) má délku praxe 15-25 let, což činí 6,854 % z celkového počtu respondentů a 0,00 % (0) má délku zdravotnické praxe více než 25 let.

U respondentů s nejvyšším dosaženým vzděláním vysokoškolským, titulem Bc. bylo zjištěno:

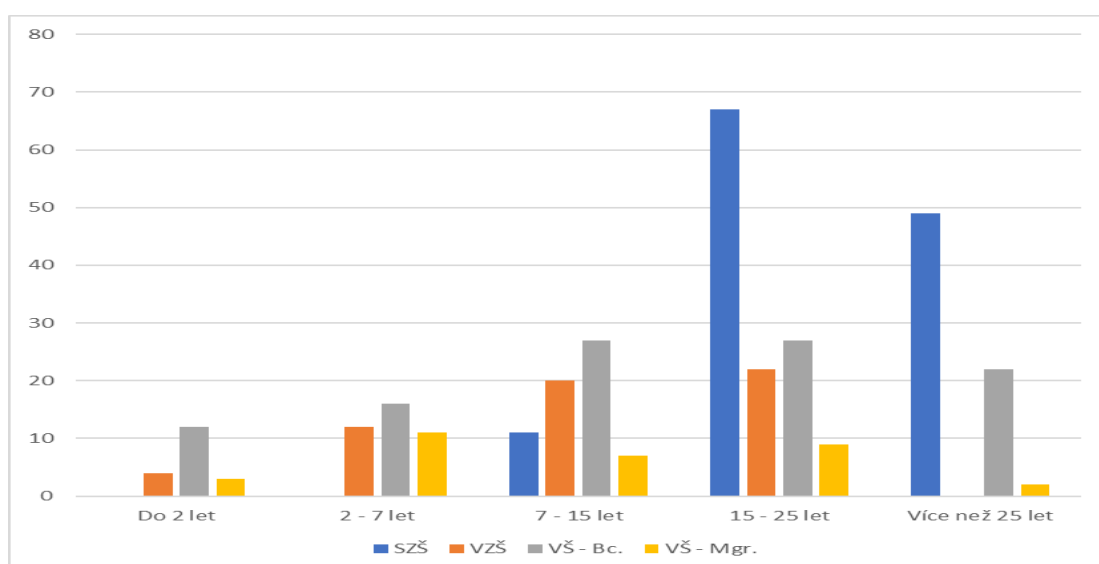
- 11,538 % respondentů s titulem Bc. (12) má zdravotnickou praxi do dvou let, což činí 3,738 % z celkového počtu respondentů.
- 15,385 % respondentů s titulem Bc. (16) má délku zdravotnické praxe 2-7 let, což činí 4,984 % z celkového počtu respondentů.
- 25,962 % respondentů s titulem Bc. (27) má délku zdravotnické praxe 7-15 let, což činí 8,411 % z celkového počtu respondentů.
- 25,962 % respondentů s titulem Bc. (27) má délku praxe 15-25 let, což činí 8,411 % z celkového počtu respondentů.
- 21,157 % (22) má délku zdravotnické praxe více než 25 let, což činí 6,854 % z celkového počtu respondentů.

U respondentů s nejvyšším dosaženým vzděláním vysokoškolským, titulem Mgr. či PhDr. bylo zjištěno:

- 9,375 % respondentů s titulem Mgr., PhDr. (3) má zdravotnickou praxi do dvou let, což činí 0,935 % z celkového počtu respondentů.
- 34,375 % respondentů s titulem Mgr., PhDr. (11) má délku zdravotnické praxe 2-7 let, což činí 3,472 % z celkového počtu respondentů.

- 21,875 % respondentů s titulem Mgr., PhDr. (7) má délku zdravotnické praxe 7-15 let, což činí 2,181 % z celkového počtu respondentů.
- 28,125 % respondentů s titulem Mgr., PhDr. (27) má délku praxe 15-25 let, což činí 2,804 % z celkového počtu respondentů.
- 6,25 % respondentů s titulem Mgr., PhDr. (2) má délku zdravotnické praxe více než 25 let, což činí 0,623 % z celkového počtu respondentů.

GRAF 1: NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ A DÉLKA PRAXE



Zdroj: Vlastní

TABULKA 1: NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ/ DÉLKA PRAXE – absolutní četnost

	SZŠ	VOŠ	VŠ - Bc.	VŠ - Mgr.,PhDr.	Celkem
Do 2 let	0	4	12	3	19
2 - 7 let	0	12	16	11	39
7 - 15 let	11	20	27	7	65
15 - 25 let	67	22	27	9	125
Více než 25 let	49	0	22	2	73
Celkem	127	58	104	32	321

Zdroj: Vlastní

TABULKA 2: NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ A DÉLKA PRAXE – relativní četnost
vzhledem k celkovému počtu respondentů

	SZŠ	VZŠ	VŠ - Bc.	VŠ - Mgr., PhDr.
Do 2 let	0%	1,246%	3,738%	0,935%
2 - 7 let	0%	3,738%	4,984%	3,427%
7 - 15 let	3,427%	6,231%	8,411%	2,181%
15 - 25 let	20,872%	6,854%	8,411%	2,804%
Více než 25 let	15,265%	0%	6,854%	0,623%

Zdroj: Vlastní

TABULKA 3: SZŠ – DÉLKA PRAXE – relativní četnost

	SZŠ
Do 2 let	0%
2 - 7 let	0%
7 - 15 let	8,661%
15 - 25 let	52,756%
Více než 25 let	38,583%

Zdroj: Vlastní

TABULKA 4: VOŠ – DÉLKA PRAXE – relativní četnost

	VOŠ
Do 2 let	6,897%
2 - 7 let	20,690%
7 - 15 let	34,483%
15 - 25 let	37,931%
Více než 25 let	0%

Zdroj: Vlastní

TABULKA 5: VŠ (Bc.) – DÉLKA PRAXE – relativní četnost

	VŠ - Bc.
Do 2 let	11,538%
2 - 7 let	15,385%
7 - 15 let	25,962%
15 - 25 let	25,962%
Více než 25 let	21,154%

Zdroj: Vlastní

TABULKA 6: VŠ (Mgr., PhDr.) – DÉLKA PRAXE – relativní četnost

	VŠ - Mgr., PhDr.
Do 2 let	9,375%
2 - 7 let	34,375%
7 - 15 let	21,875%
15 - 25 let	28,125%
Více než 25 let	6,25%

Zdroj: Vlastní

- **Otázka č. 3**

Pracoval/a jste během své zdravotnické praxe v zahraničí?

Otázka č. 3 zjišťovala, zda respondenti někdy během své zdravotnické praxe pracovali v zahraničí.

Po vyhodnocení dotazníků bylo zjištěno, že 7,477 % (24) respondentů má zkušenost s prací v zahraničí a 92,523 % (297) respondentů tuto zkušenost nemá.

- **Otázka č. 4**

Ovládáte nějaký cizí jazyk na takové úrovni, abyste byl/a schopen/schopná při poskytování ošetrovatelské péče s pacientem cizincem adekvátně komunikovat?

Otázka č. 4 zjišťovala, zda respondenti ovládají, nějaký cizí jazyk, případně jaký a na jaké úrovni.

Po vyhodnocení dotazníků bylo zjištěno, že 28,972 % (93) odpovědělo, že hovoří pouze česky. 30,218 % (97) respondentů odpovědělo, že by jejich znalosti cizího jazyka na adekvátní komunikaci s cizincem nestačily. 30,841 % (99) respondentů odpovědělo, že cizí jazyk ovládá, ale není zcela jisto, zda by byli schopni adekvátně komunikovat s pacientem cizincem a 9,969 % (32) respondentů odpovědělo, že by komunikaci s pacientem cizincem zvládli bez problémů. Vzhledem k tomu, že graf znázorňuje procentuálně osoby, tedy počty osob, uvádějících jednotlivé odpovědi, je procentuální vyjádření v grafu uvedeno v zaokrouhlení na celá čísla.

GRAF 2: ZNALOST CIZÍHO JAZYKA

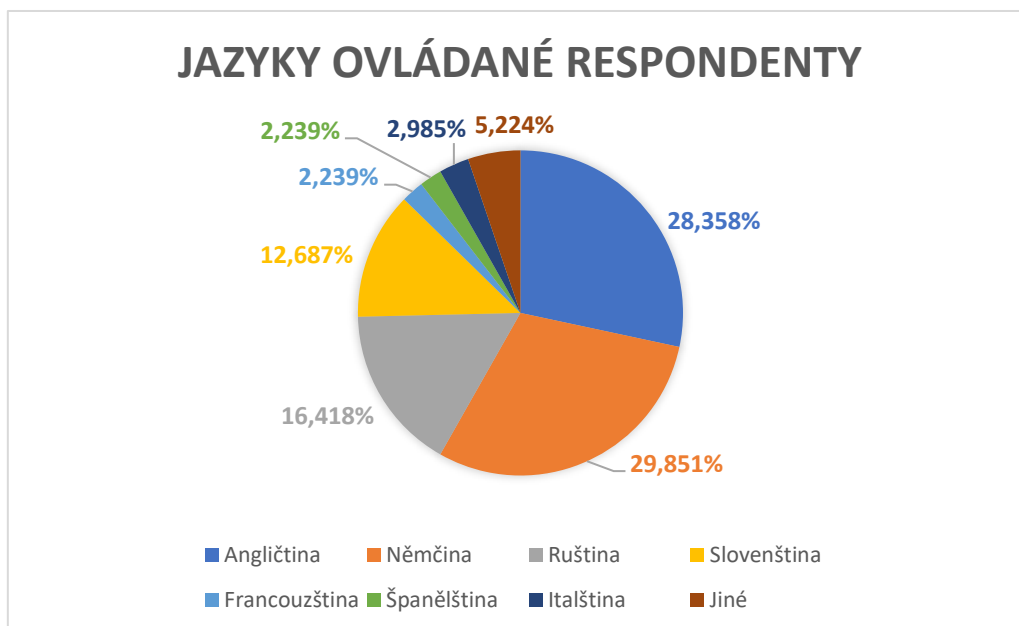


Zdroj: Vlastní

Pokud zvolili respondenti odpověď „Ano, bez problémů“ či odpověď „ano, ale nejsem si zcela jistá/ý“ měli uvést, jaké konkrétní jazyky ovládají. Na tuto doplňující otázku odpovědělo 131 respondentů.

Nejčastěji uváděným jazykem byla němčina s 29,851 %, dále angličtina s 28,357%, následovaly ruština s 16,418 % a slovenština s 12,687 %. Dalšími uváděnými jazyky pak byly francouzština, španělština, italština a jiné.

GRAF3: JAZYKY OVLÁDANÉ RESPONDENTY



Zdroj: Vlastní

- **Otázka č. 5**

Pojem multikulturní ošetrovatelství znamená

Správná odpověď: Obor studující kultury, náboženství, rasy atd z hlediska ošetrovatelské praxe

Otázka č. 5 zjišťovala, zda respondenti znají odpověď na otázku, co znamená pojem multikulturní ošetrovatelství. 81,308 % (261) respondentů odpovědělo správně. 6,854 % (22) respondentů odpovědělo chybně a 11,838 % (38) respondentů zvolilo odpověď „Nevím“.

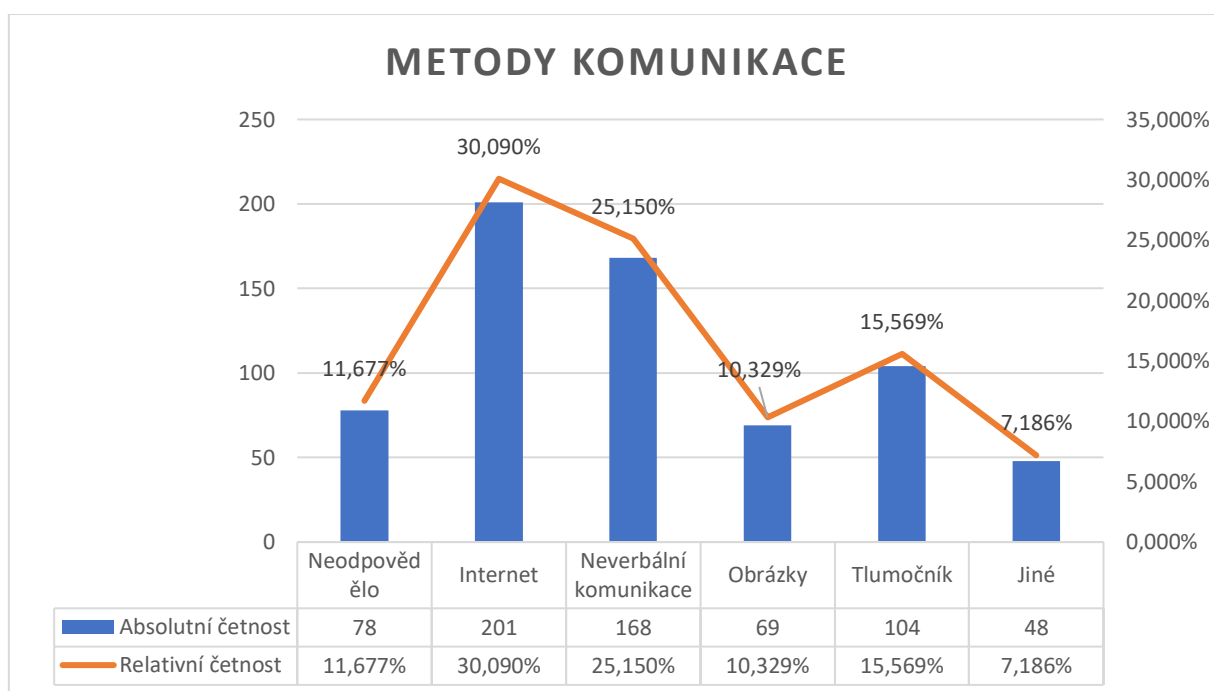
- **Otázka č. 6**

Jaké znáte metody komunikace v případě jazykové bariéry mezi zdravotníkem a pacientem?

V otázce č. 6 měly respondenti možnost uvést, jaké znají metody komunikace v případě jazykové bariéry mezi zdravotníkem a pacientem. Tato otázka nenabízela předdefinované odpovědi, a respondenti měli tyto metody samostatně uvést.

Na tuto otázku odpovědělo 243 respondentů. 78 respondentů neodpovědělo. Nejčastěji uváděnou odpovědí byl internet s 30,090 % (201), dále neverbální komunikace s 25,150 % (168), tlumočnick s 15,569 % (104), použití obrázků 10,329 % (48) a jiné.

GRAF 4: METODY KOMUNIKACE



Zdroj: Vlastní

14.2 Analýza otázek vztahujících se k hypotéze č.1

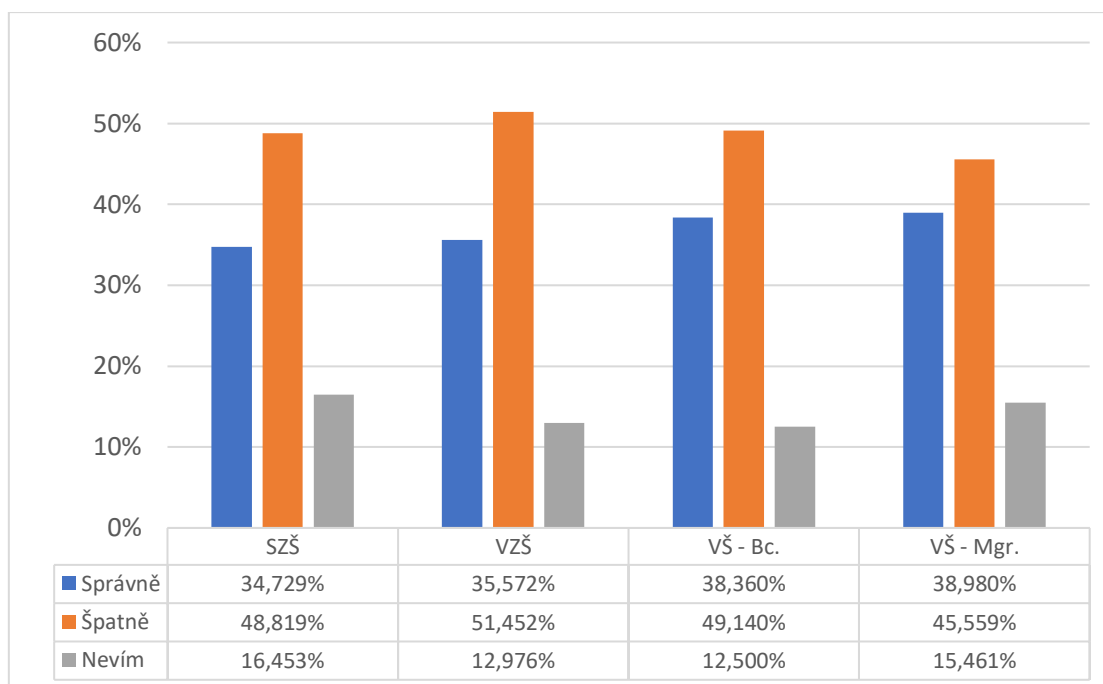
K hypotéze č. 1, tedy k hypotéze týkající se souvislosti informovanosti všeobecných sester o specifikách prvotního kontaktu s pacienty vybraných kultur a jejich nejvyššího dosaženého vzdělání, se vztahovaly otázky č. 7, 8, 9, 10, 11, 14, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 24, 25, 26, 29, 30, 31 a 32.

Podrobné vyhodnocení a zpracování odpovědí na jednotlivé otázky včetně grafů a tabulek lze nalézt v příloze č. 2.

Z vyhodnocených dotazníků bylo zjištěno, že celkově na otázky, týkající se specifik prvotního kontaktu s pacienty vybraných kultur, respondenti s nejvyšším dosaženým vzděláním středoškolským odpovídali správně v 34,73 %, chybně v 48,82 % a v 16,45 % zvolili odpověď „nevím“. Respondenti s vyšším odborným vzděláním odpovídali správně v 35,57 %, chybně v 51,45 % a odpověď „nevím“ volili v 12,98 %. Respondenti s vysokoškolským vzděláním, titulem Bc., odpovídali správně v 38,36 %, chybně v 49,14 % a odpověď „nevím“ volili v 12,50 %. Respondenti s vysokoškolským vzděláním s titulem

Mgr. nebo PhDr. odpovídali správně v 38,98 %, chybně v 45,56 % a odpověď „nevím“ volili v 15,46 %.

GRAF 5: SPECIFIKA PRVOTNÍHO KONTAKTU/ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ



Zdroj: Vlastní

14.3 Analýza otázek vztahujících se k hypotéze č.2

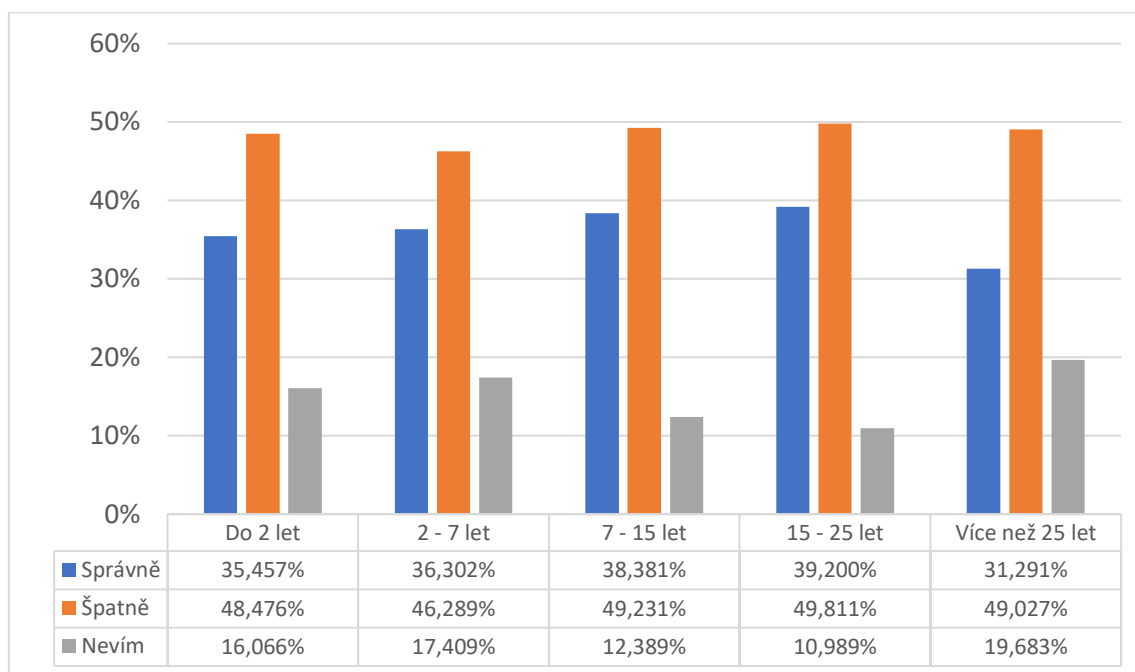
K hypotéze č. 2, tedy k hypotéze týkající se souvislosti informovanosti všeobecných sester o specifikách prvotního kontaktu s pacienty vybraných kultur a délkou jejich zdravotnické se vztahovaly otázky č. 7, 8, 9, 10, 11, 14, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 24, 25, 26, 29, 30, 31 a 32.

Podrobné vyhodnocení a zpracování odpovědí na jednotlivé otázky včetně grafů a tabulek lze nalézt v příloze č. 2.

Z vyhodnocených dotazníků bylo zjištěno, že celkově na otázky týkající se specifik prvotního kontaktu s pacienty vybraných kultur respondenti s délkou praxe do 2 let odpovídali správně v 35,46 %, chybně v 48,48 % a v 16,07 % zvolili odpověď „nevím“. Respondenti s délkou praxe 2-7 let odpovídali správně v 36,30 %, chybně v 46,29 % a odpověď „nevím“ volili v 17,41 %. Respondenti s délkou praxe 7-15 let odpovídali správně v 38,38 %, chybně v 49,23 % a odpověď „nevím“ volili v 12,39 %. Respondenti s délkou

praxe 15-25 let odpovídali správně v 39,20 %, chybně v 49,81 % a odpověď „nevím“ volili v 10,99 %. Respondenti s délkou praxe nad 25 let odpovídali správně v 31,29 %, chybně v 49,03 % a odpověď „nevím“ volili v 19,68 %.

GRAF 6: SPECIFIKA PRVOTNÍHO KONTAKTU/ DÉLKA PRAXE



Zdroj: Vlastní

14.4 Analýza otázek vztahujících se k hypotéze č. 3

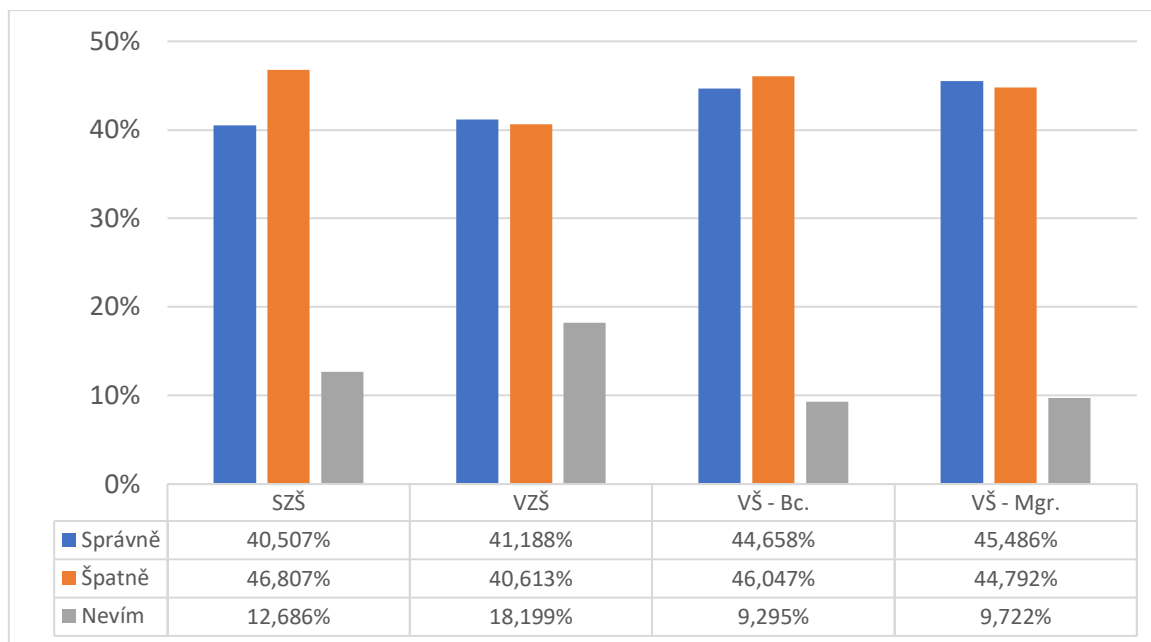
K hypotéze č. 3, tedy k hypotéze týkající se souvislosti základní orientovanosti všeobecných sester v problematice výživy a stravování u pacientů vybraných kultur a jejich nejvyššího dosaženého vzdělání se vztahovaly otázky č. 12, 13, 19, 20, 23, 27, 28, 33 a 34.

Podrobné vyhodnocení a zpracování odpovědí na jednotlivé otázky včetně grafů a tabulek lze nalézt v příloze č. 2

Z vyhodnocených dotazníků bylo zjištěno, že celkově na otázky, týkající se výživy a stravování u pacientů vybraných kultur, respondenti s nejvyšším dosaženým vzděláním středoškolským odpovídali správně v 40,51 %, chybně v 46,81 % a v 12,69 % zvolili odpověď „nevím“. Respondenti s vyšším odborným vzděláním odpovídali správně v 41,19 %, chybně v 40,61 % a odpověď „nevím“ volili v 18,20 %. Respondenti s vysokoškolským vzděláním, titulem Bc., odpovídali správně v 44,66 %, chybně v 46,05 % a odpověď „nevím“

volili v 9,29 %. Respondenti s vysokoškolským vzděláním s titulem Mgr. nebo PhDr. odpovídali správně v 45,49 %, chybně v 44,79 % a odpověď „nevím“ volili v 9,72 %.

GRAF 7: VÝŽIVA A STRAVOVÁNÍ/ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ



Zdroj: Vlastní

14.5 Analýza otázek vztahujících se k hypotéze č. 4

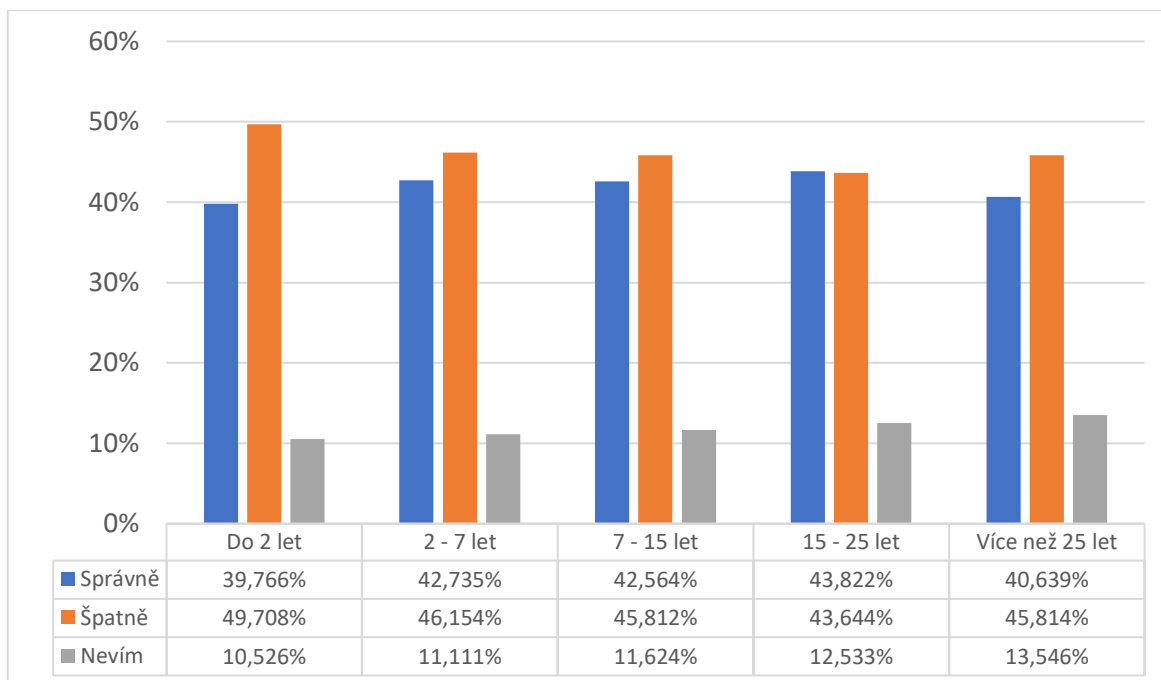
K hypotéze č. 4, tedy k hypotéze týkající se souvislosti základní orientovanosti všeobecných sester v problematice výživy a stravování u pacientů vybraných kultur a délkou jejich zdravotnické praxe se vztahovaly otázky č. 12, 13, 19, 20, 23, 27, 28, 33 a 34.

Podrobné vyhodnocení a zpracování odpovědí na jednotlivé otázky včetně grafů a tabulek lze nalézt v příloze č. 2.

Z vyhodnocených dotazníků bylo zjištěno, že celkově na otázky týkající se výživy a stravování u pacientů vybraných kultur respondenti s délkou praxe do 2 let odpovídali správně v 39,77 %, chybně v 49,71 % a v 10,53 % zvolili odpověď „nevím“. Respondenti s délkou praxe 2-7 let odpovídali správně v 42,74 %, chybně v 46,15 % a odpověď „nevím“ volili v 11,11 %. Respondenti s délkou praxe 7-15 let odpovídali správně v 42,56 %, chybně v 45,81 % a odpověď „nevím“ volili v 11,62 %. Respondenti s délkou praxe 15-25 let odpovídali správně v 43,82 %, chybně v 43,64 % a odpověď „nevím“ volili v 12,53 %.

Respondenti s délkou praxe nad 25 let odpovídali správně v 40,64 %, chybně v 45,81 % a odpověď „nevím“ volili v 13,55 %.

GRAF 8: VÝŽIVA A STRAVOVÁNÍ/ DÉLKA PRAXE



Zdroj: Vlastní

15 PREZENTACE A INTERPRETACE DAT

15.1 Presentace a interpretace úvodních údajů

V úvodní části výzkumného dotazníku bylo otázkami č. 1 a č. 2 zjištěno, že nejpočetnější skupinu respondentů (39,56 %) tvořili respondenti se středoškolským vzděláním, druhou nejpočetnější skupinu (32,40 %) tvořili respondenti s bakalářským titulem, třetí skupinu (18,07 %) tvořili respondenti s vyšším odborným vzděláním a poslední, nejméně početnou skupinu (9,97 %) tvořili respondenti s titulem Mgr. nebo PhDr.

Dále bylo zjištěno, že nejpočetnější skupinu respondentů (38,94 %) tvořili respondenti s délkou zdravotnické praxe 15-25 let, druhou nejpočetnější skupinu (22,74 %) tvořili respondenti s délkou zdravotnické praxe více než 25 let, třetí skupinu (20,25 %) tvořili respondenti s délkou zdravotnické praxe 7-15 let, čtvrtou skupinu (12,15 %) tvořili respondenti s délkou praxe 2-7 let a nejméně (5,92 %) bylo respondentů s délkou praxe do 2 let.

Nejpočetnější skupinu respondentů tvořily tedy všeobecné sestry se středoškolským vzděláním s délkou praxe 15-25 let (tabulka č. 1 v kapitole ANALÝZA ÚDAJŮ).

Otázkou č. 3 bylo zjištěno, že 92,52 % dotázaných všeobecných sester nemá zkušenost s praxí v zahraničí.

Na otázku č. 4, týkající se znalostí cizích jazyků, nejvíce respondentů (30,91 %) odpovědělo, že cizí jazyk ovládá, ale není si úplně jisto. Druhou nejčastější odpovědí respondentů (30,21 %) bylo, že by jejich znalosti na komunikaci s cizincem nestačily. Třetí nejčastější odpovědí bylo, že respondenti hovoří pouze česky (28,97 %). Nejméně častá byla odpověď „ano, bez problémů“ (9,97 %).

Touto otázkou bylo dále zjištěno, že nejvíce respondentů hovoří německy (29,85 %) a anglicky (28,36 %). Dalším uváděným jazykem byla ruština (16,42 %), slovenština (12,69 %). Další cizí jazyky nedosáhly ani 3 %.

V otázce č. 5 byla ověřována znalost pojmu multikulturní ošetrovatelství. Většina odpovědí (81,31 %) byla správná. Pouze 6,85 % respondentů odpovědělo chybně a 11,84 % zvolilo odpověď „nevím“.

V otázce č. 6 měli respondenti uvádět, jaké znají metody v případě jazykové bariéry mezi zdravotníkem a pacientem. Nejvíce byl uváděn internet (82,71 %), dále neverbální komunikace (69,14 %), tlumočnick (42,80 %), obrázky (28,40 %) a jiné možnosti (19,75 %). 24,30 % ze všech respondentů na tuto otázku nevedlo žádnou odpověď.

15.2 Testování hypotéz

15.2.1 Testování hypotézy č. 1

- **1H0** Informovanost všeobecných sester o specifikách prvotního kontaktu s pacienty vybraných kultur NESOUVISÍ s jejich nejvyšším dosaženým vzděláním.
- **1H1** Informovanost všeobecných sester o specifikách prvotního kontaktu s pacienty vybraných kultur SOUVISÍ s jejich nejvyšším dosaženým vzděláním.

K hypotéze č. 1 se vztahovala otázka č. 1 zjišťující nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. K hypotéze č. 1 se dále vztahovaly otázky č. 7, 8, 9, 10, 11, 14, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 24, 25, 26, 29, 30, 31 a 32. Tyto otázky ověřují informovanost všeobecných sester o specifikách prvotního kontaktu s pacienty vybraných kultur, konkrétně s pacienty křesťanské, židovské, muslimské, hinduistické a buddhistické víry.

Podrobnou analýzou získaných údajů byla zjištěna a pro účely testování hypotézy použita celková úspěšnost v odpovědích rozdělených do čtyř skupin dle nejvyššího dosaženého vzdělání. V průměru byla úspěšnost 36,91 %. Nejlépe odpovídali respondenti s vysokoškolským vzděláním s titulem Mgr., PhDr. s úspěšností 38,98 %, druhou nejvyšší úspěšnost měli respondenti s vysokoškolským titulem Bc. s 38,36 %. Následovali respondenti s vyšším odborným vzděláním: 35,57 % a poslední se umístili respondenti se středoškolským vzděláním s 34,73 %.

Největší skupinu však tvořily špatné odpovědi. V průměru bylo 48,74 % špatných odpovědí z celkového počtu respondentů. Nejvíce špatných odpovědí bylo u respondentů s vyšším odborným vzděláním (51,45 %) a nejméně špatných odpovědí (45,56 %) měli respondenti s titulem Mgr., PhDr.

Odpověď „nevím“ dosáhla průměru 14,35 %. Odpověď „nevím“ volili nejčastěji respondenti se středoškolským vzděláním (16,45 %) a nejméně často respondenti s titulem Bc. (12,50 %).

Při testování hypotézy č. 1 byla určena hladina významnosti $\alpha = 0,05$.

Následně byla použita statistická metoda chí kvadrát pro testování nezávislosti dat v kontingenční tabulce a vypočtena hodnota testového kritéria 0,281.

Byla vypočtena kritická hodnota 12,592.

(pro $\alpha = 0,05$ a stupeň volnosti 6)

Kritická vyšla větší než testové kritérium.

Pro kontrolu byla vypočítána p hodnota 1,000 (0,9996)

P hodnota testu vyšla větší než hladina významnosti α .

Vyhodnocení hypotézy č. 1

Na podkladě statistického testování byla alternativní hypotéza zamítnuta ve prospěch nulové hypotézy.

Závěr testování zní:

Informovanost všeobecných sester o specifikách prvotního kontaktu s pacienty vybraných kultur NESOUVISÍ s jejich nejvyšším dosaženým vzděláním.

15.2.2 Testování hypotézy č. 2

- **2H0** Informovanost všeobecných sester o specifikách prvotního kontaktu s pacienty vybraných kultur NESOUVISÍ s délkou jejich praxe.
- **2H1** Informovanost všeobecných sester o specifikách prvotního kontaktu s pacienty vybraných kultur SOUVISÍ s délkou jejich praxe.

K hypotéze č. 2 se vztahovala otázka č. 2 zjišťující délku zdravotnické praxe respondentů. K hypotéze č. 2 se dále vztahovaly otázky č. 7, 8, 9, 10, 11, 14, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 24, 25, 26, 29, 30, 31 a 32. Tyto otázky ověřují informovanost všeobecných sester o specifikách prvotního kontaktu s pacienty vybraných kultur, konkrétně s pacienty křesťanské, židovské, muslimské, hinduistické a buddhistické víry.

Podrobnou analýzou získaných údajů byla zjištěna a pro účely testování hypotézy použita celková úspěšnost v odpovědích rozdělených do pěti skupin dle délky zdravotnické praxe respondentů. V průměru byla úspěšnost 36,13 %. Nejlépe odpovídali respondenti s praxí 15-25 let s úspěšností 39,20 %, druhou nejvyšší úspěšnost měli respondenti s praxí 7-15 let 38,36 %. Následovaly respondenti s délkou praxe 2-7 let s 36,30 %, dále respondenti s praxí do dvou let s 35,46 % a poslední se umístili respondenti s praxí nad 25 let s 31,29 %.

Největší skupinu však tvořily špatné odpovědi. V průměru bylo 48,57 % špatných odpovědí z celkového počtu respondentů. Nejvíce špatných odpovědí bylo u respondentů praxí 15-25 let 49,81 % a nejméně špatných odpovědí (46,29 %) měli respondenti s praxí 2-7 let.

Odpověď „nevím“ dosáhla průměru 15,31 %. Nejvíce odpověď „nevím“ volili respondenti s praxí nad 25 let (19,68 %) a nejméně respondenti s praxí 15-25 let (10,99 %).

Při testování hypotézy č. 2 byla určena hladina významnosti $\alpha = 0,05$.

Bylo použito výpočtu pomocí chí kvadrátu. Následně byla zjištěna hodnota testového kritéria 0,868

Byla vypočtena kritická hodnota 15,507

(pro $\alpha = 0,05$ a stupeň volnosti 8)

Kritická vyšla větší než testové kritérium.

Pro kontrolu byla vypočítána p hodnota testu 0,999

P hodnota testu vyšla větší než hladina významnosti α .

Vyhodnocení hypotézy č. 2

Na podkladě statistického testování byla alternativní hypotéza zamítnuta ve prospěch nulové hypotézy.

Závěr testování zní:

Informovanost všeobecných sester o specifikách prvotního kontaktu s pacienty vybraných kultur NESOUVISÍ s délkou jejich praxe.

15.2.3 Testování hypotézy č. 3

- **3H0** Základní orientovanost všeobecných sester v problematice výživy a stravování u pacientů vybraných kultur NESOUVISÍ s jejich nejvyšším dosaženým vzděláním.
- **3H1** Základní orientovanost všeobecných sester v problematice výživy a stravování u pacientů vybraných kultur SOUVISÍ s jejich nejvyšším dosaženým vzděláním.

K hypotéze č. 1 se vztahovala otázka č. 1 zjišťující nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. K hypotéze č. 1 se dále vztahovaly otázky č. 12, 13, 19, 20, 23, 27, 28, 33 a 34. Tyto otázky ověřují základní orientovanost všeobecných sester v problematice výživy a stravování u pacientů vybraných kultur, konkrétně s pacienty křesťanské, židovské, muslimské, hinduistické a buddhistické víry.

Podrobnou analýzou získaných údajů byla zjištěna a pro účely testování hypotézy použita celková úspěšnost v odpovědích rozdělených do čtyř skupin dle nejvyššího dosaženého vzdělání. V průměru byla úspěšnost 42,96 %. Nejlépe odpovídali respondenti s vysokoškolským vzděláním s titulem Mgr., PhDr. s úspěšností 45,49 %, druhou nejvyšší úspěšnost měli respondenti s vysokoškolským titulem Bc. s 44,66 %. Následovaly respondenti s vyšším odborným vzděláním: 41,19 % a poslední se umístili respondenti se středoškolským vzděláním s 40,51 %.

Největší skupinu však tvořily špatné odpovědi. V průměru bylo 44,57 % špatných odpovědí z celkového počtu respondentů. Nejvíce špatných odpovědí bylo u respondentů se středoškolským vzděláním (46,81 %) a nejméně špatných odpovědí (40,61 %) měli respondenti s vyšším odborným vzděláním.

Odpověď „nevím“ dosáhla průměru 12,48 %. Nejčastěji tuto odpověď volili respondenti s vyšším odborným vzděláním (18,20 %), nejméně často toto odpověď volili vysokoškolsky vzdělaní respondenti s titulem Bc. (9,29 %) a titulem Mgr. či PhDr. (9,72 %).

Při testování hypotézy č. 3 byla určena hladina významnosti $\alpha = 0,05$.

Bylo použito výpočtu pomocí chí kvadrátu. Následně byla zjištěna hodnota testového kritéria 0,449.

Byla vypočtena kritická hodnota 12,592

(pro $\alpha = 0,05$ a stupeň volnosti 6)

Kritická vyšla větší než testové kritérium.

Pro kontrolu byla vypočítána p hodnota testu 0,998

P hodnota testu vyšla větší než hladina významnosti α .

Vyhodnocení hypotézy č. 3

Na podkladě statistického testování byla alternativní hypotéza zamítnuta ve prospěch nulové hypotézy.

Závěr testování zní:

Základní orientovanost všeobecných sester v problematice výživy a stravování u pacientů vybraných kultur NESOUVISÍ s jejich nejvyšším dosaženým vzděláním.

15.2.4 Testování hypotézy č.4

- **4H0** Základní orientovanost všeobecných sester v problematice výživy a stravování u pacientů vybraných kultur NESOUVISÍ s délkou jejich praxe.
- **4H1** Základní orientovanost všeobecných sester v problematice výživy a stravování u pacientů vybraných kultur SOUVISÍ s délkou jejich praxe.

K hypotéze č. 4 se vztahovala otázka č. 2 zjišťující délku zdravotnické praxe respondentů. K hypotéze č. 4 se dále vztahovaly otázky č. 12, 13, 19, 20, 23, 27, 28, 33 a 34. Tyto otázky ověřují základní orientovanost všeobecných sester v problematice výživy a stravování u pacientů vybraných kultur, konkrétně s pacienty křesťanské, židovské, muslimské, hinduistické a buddhistické víry.

Podrobnou analýzou získaných údajů byla zjištěna a pro účely testování hypotézy použita celková úspěšnost v odpovědích rozdělených do pěti skupin dle délky zdravotnické praxe respondentů. V průměru byla úspěšnost 41,91 %. Nejlépe odpovídali respondenti s praxí 15-25 let s úspěšností 43,82 %, druhou nejvyšší úspěšnost měli respondenti s praxí 2-7 let s 42,74 %. Velmi těsně následovali respondenti s délkou praxe 7-15 let s 42,56 %, dále respondenti s praxí nad 25 let s 40,64 % a poslední se umístili respondenti s praxí do dvou let s 39,77 %.

Největší skupinu však tvořily špatné odpovědi. V průměru bylo 46,22 % špatných odpovědí z celkového počtu respondentů. Nejvíce špatných odpovědí bylo u respondentů s praxí do dvou let (49,71 %) a nejméně špatných odpovědí (43,64 %) měli respondenti s praxí 15-25 let.

Odpověď „nevím“ dosáhla průměru 11,87 %. Nejvíce odpověď „nevím“ volili respondenti s praxí nad 25 let (13,55 %) a nejméně respondenti s praxí do dvou let (10,53 %).

Při testování hypotézy č. 4 byla určena hladina významnosti $\alpha = 0,05$.

Bylo použito výpočtu pomocí chí kvadrátu. Následně byla zjištěna hodnota testového kritéria 0,104.

Byla vypočtena kritická hodnota 15,507.

(pro $\alpha = 0,05$ a stupeň volnosti 6)

Kritická vyšla větší než testové kritérium.

Pro kontrolu byla vypočítána p hodnota testu 1,000

P hodnota testu vyšla větší než hladina významnosti α .

Vyhodnocení hypotézy č. 4

Na podkladě statistického testování byla alternativní hypotéza zamítnuta ve prospěch nulové hypotézy.

Závěr testování zní:

Základní orientovanost všeobecných sester v problematice výživy a stravování u pacientů vybraných kultur NESOUVISÍ s délkou jejich praxe.

15.3 Prezentace a interpretace dat – doplnění

Pro úplnost je uvedena úspěšnost všeobecných sester v odpovědích na otázky z oblasti prvotního kontaktu, výživy a stravování u pacientů vybraných kultur. Výzkum ukázal, že průměrná úspěšnost všeobecných sester v otázkách týkajících se specifík prvotního kontaktu s pacienty křesťanské, židovské, muslimské, hinduistické a buddhistické víry byla 36,52 %.

Výzkum ukázal, že průměrná úspěšnost všeobecných sester v otázkách týkajících se problematiky výživy a stravování u pacientů křesťanské, židovské, muslimské, hinduistické a buddhistické víry byla 42,44 %.

Úspěšnost v odpovědích na zkoumané oblasti byla tedy o 5,92 % vyšší v oblasti týkající se výživy a stravování u pacientů vybraných kultur než v oblasti prvotního kontaktu s těmito pacienty.

Tento závěr potvrzuje i zjištění rozdílu mezi správnými odpověďmi a špatnými odpověďmi spolu s odpověďmi „nevím“ (pro zjištění rozdílu špatné odpovědi a odpovědi „Nevím“ sečteny). Průměrný rozdíl mezi správnými odpověďmi a odpověďmi špatnými a „Nevím“ v oblasti prvotního kontaktu s pacienty vybraných kultur činí 26,97 %. V oblasti výživy a stravování u pacientů vybraných kultur pak tento rozdíl činí 15,14 %.

15.4 Prezentace a interpretace dat – shrnutí

Testování stanovených hypotéz vybranými statistickými metodami nepotvrdilo žádnou z alternativních hypotéz. Ve všech čtyřech provedených testováních byla potvrzena hypotéza nulová a alternativní hypotézy byly pokaždé zamítnuty ve prospěch hypotéz nulových.

Z testování tedy vyplynulo, že výše dosaženého vzdělání ani délka praxe nesouvisí s orientovaností všeobecných sester v oblasti prvotního kontaktu s pacienty vybraných kultur ani s jejich základní orientovaností v problematice výživy a stravování u pacientů vybraných kultur.

16 DISKUZE

Povolání zdravotníka je náročná, vyčerpávající, zodpovědná, ale zároveň velice naplňující a smysluplná práce. Každý zdravotník se ve své praxi setkává se situacemi, kdy musí zapojit hlavu, srdce, ruce i jakýsi pomyslný šestý smysl pro to, aby jím poskytovaná péče byla tou nejlepší možnou pro pacienta-klienta a jeho bio-psycho-sociální potřeby. To, že by zdravotník měl mít svoji práci rád, zní možná jako klišé, ale je to základ.

Mít rád však samozřejmě nestačí. Erudovanost, vzdělanost, schopnost, kompetentnost, profesionalita a odpovědnost jsou další pojmy, které jsou nezbytné pro poskytování správné léčebné a ošetrovatelské péče.

Vzdělávání zdravotnických pracovníků, zejména všeobecných a praktických sester, je žhavým tématem mnoha diskuzí odborníků i laiků. Systém vzdělávání sester prochází již delší dobu řadou změn, které stále nejsou u konce. V současné době střední zdravotnické školy poskytují vzdělání pro obor praktická sestra. Vyšší odborné a vysoké školy pak poskytují vzdělání v oboru všeobecná sestra. Pro obor všeobecná sestra pak existuje řada specializací v konkrétních ošetrovatelských oborech, případně v managementu, supervizi a podobně. Specializace či navazující studium pro všeobecné sestry v oboru multikulturní péče v současné době není v České republice k dispozici. Oproti tomu v USA či například ve Velké Británii je možné multikulturní péči studovat jako samostatný obor. Vzdělávání všeobecných i praktických sester v oblasti multikulturní péče není na jednu stranu snadné. Ve školách je multikulturní péče brána až na výjimky spíše jako okrajová záležitost. Další možností profesního růstu v této problematice je účast na vzdělávacích akcích, kurzech, seminářích a podobně. Těchto akcí však také není mnoho. Například však v roce 2019 proběhla prvně v České republice například mezinárodní konference European Transcultural Nursing Association (ETNA), akce organizovaná jednou za dva roky. Dalším způsobem k získání a rozšíření znalostí v multikulturní péči je samostudium odborné literatury, využití elektronických zdrojů, ale také cestování a zájímání se o svět kolem sebe, snaha poznávat svět a vstřebávat informace, kterými je člověk obklopen. Získávání, prohlubování a rozšiřování znalostí by mělo být pro každého zdravotníka samozřejmou součástí jeho profese a profesní cti. Lze bezesporu konstatovat, že úroveň znalostí a dovedností má vliv na úroveň poskytované péče. Úroveň poskytované péče je pak odrazem celého zdravotnického zařízení, ve kterém je poskytována.

Tématem této diplomové práce je multikulturní ošetrovatelská péče, respektive výzkum zaměřený na znalosti všeobecných sester v oblastech multikulturní péče. S pacienty různých náboženských vyznání se zdravotnický personál setkává poměrně často a lze předpokládat, že pacientů se specifickými nároky vzhledem k jejich víře bude přibývat. Zdravotník-profesionál by měl znát základy těchto specifík a umět reagovat na požadavky pacientů.

Výzkum této diplomové práce zjišťoval míru znalostí všeobecných sester v oblasti specifík prvotního kontaktu a v oblasti výživy a stravování u pacientů vybraných náboženských vyznání. Vybraná náboženská vyznání byla zvolena záměrně a je jimi pět hlavních náboženských směrů.

S pacienty křesťany se ve své praxi zdravotnický personál setkává poměrně často. Mnohdy ani otázka náboženského vyznání nepřijde personálu na mysl, protože se domnívá, že tito pacienti žádná specifika nemají. To ale není úplně pravda. Alespoň základní znalosti křesťanské liturgie mohou poskytování ošetrovatelské péče usnadnit a v neposlední řadě orientovanost, projevený zájem a respekt příznivě působí na pacienty a zvyšují jejich důvěru a kladný přístup k ošetrujícímu personálu, zdravotnickému zařízení a celému léčebnému a ošetrovatelskému procesu.

Další poměrně početnou skupinou pacientů, zejména v některých oblastech naší republiky a v některých zdravotnických zařízeních, jsou muslimští pacienti. Islám je v současné době asi nejvíce mýty opředené celosvětové náboženství. Islám a jeho kultura v poslední době ještě ve spojitosti s fenoménem „uprchlické krize“ jsou skloňovaným tématem ve sdělovacích prostředcích, na internetu i v běžné společnosti. Islám je v Evropě menšinovým náboženstvím, ale ovlivňuje ji od svého vzniku. Muslimský svět a jeho věřící jsou velmi různorodí. Velmi záleží na konkrétní zemi, ve které muslimové žijí, jak dlouho tam žijí, odkud pocházejí, na osobní motivaci, povaze člověka, ortodoxnosti. Zcela jiné jsou problémy muslimů a s muslimy v západní Evropě, v USA či například v zemích bývalé Jugoslávie, na Kavkazu a podobně. Řada muslimů druhé, třetí či čtvrté generace žijící v zemi, do které přišli jejich předkové z původní domoviny, má místní vzdělání, hovoří jazykem dané země a muslimské rituály běžně nepraktikuje. Oproti tomu se řada z nich k muslimské víře vrací. Další část tvoří muslimové, kteří přicházejí do jiné země nově a jsou více či méně ochotní a schopní asimilovat či koexistovat s kulturou nové země.

Poskytovat lékařskou a ošetrovatelskou péči muslimským pacientům není snadné, není to však nemožné. Specifika poskytování péče pacientům muslimské víry jsou o mnoho náročnější v porovnání s „normálními“ pacienty. Respekt k víře pacienta, znalosti a dovednosti ošetřujícího personálu jsou pro poskytnutí kulturně uzpůsobené péče muslimskému pacientovi/pacientce nezbytné, ale jen vstřícnost a erudovanost personálu nestačí. Je zapotřebí i spolupráce na straně ošetřovaného pacienta. Ochota pacienta pomoci personálu s překonáním a vyřešením některých situací a vstřícnost pacienta poskytnout informace zdravotníkům. I zde platí, že alespoň částečná znalost základních údajů o víře a zvycích pacienta muslimského vyznání může výrazně ovlivnit jeho přístup ke zdravotníkům, zdravotnickému zařízení, léčbě a ošetrovatelské péči.

Další skupinou pacientů, kterými se výzkum diplomové práce zabývá, jsou pacienti židovského vyznání. Mohlo by se zdát, že těchto pacientů není mnoho. Je fakt, že židů je konkrétně v České republice ve srovnání s křesťany a muslimy opravdu málo. Navíc velká část českých židů je umírněná v porovnání s ortodoxními a ultraortodoxními židy v Izraeli, ale i v řadě evropských zemí či v USA a Kanadě. Důvodem je samozřejmě i to, že počet židů v české republice je ve srovnání s těmito zeměmi podstatně nižší. V současné době Federace Židovských obcí uvádí, že v České republice je 15 – 20 tisíc židů.

Specifické požadavky pacientů židovského vyznání na léčebnou a ošetrovatelskou péči jsou odvislé na ortodoxnosti konkrétního pacienta. Vždy platí základní pravidla o stravování, které je jednou ze stěžejních záležitostí při poskytování péče židovskému pacientovi. Znovu je nezbytné, aby zdravotnický personál měl základní povědomí o specifikách výživy a stravování v judaismu tak, aby byl schopen zajistit pacientovi stravu a podávání stravy v souladu s jeho vírou. Zajištění stravy může spočívat i v tom, že zdravotnické zařízení umožní, aby pacient měl vlastní potraviny, vlastní nádobí, případně jednorázové nádobí a jeho potraviny byly skladovány dle pravidel kašrutu. Vždy je nutná spolupráce a komunikace mezi ošetřujícím personálem a pacientem a jeho rodinou a blízkými.

Další skupinou pacientů, kterými se diplomová práce zabývá, jsou pacienti hinduisté. Opět by se mohlo zdát, že ve své praxi se zdravotníci setkají s hinduistou zřídka. Stejně tomu je i v případě pacientů buddhistů. Hinduismus i buddhismus jako východní náboženství jsou základem dalších náboženství, jako jsou například taoismus, konfucianismus, šintoismus a mnohé další. Tato náboženství jsou praktikována zejména

obyvateli východní Asie. Pacient Asiat však už výjimkou v českém zdravotnickém zařízení není. Základní znalosti v oblasti hinduismu a buddhismu jsou tedy více než žádoucí. Opět mohou výrazně usnadnit nalezení správné kulturně uzpůsobené péče a usnadnit její poskytování.

Provedený výzkum byl zaměřen na zjištění informovanosti o specifikách prvotního kontaktu a základní orientovanosti všeobecných sester v problematice výživy a stravování u pacientů vybraných kultur v souvislosti s nejvyšším dosaženým vzděláním sester a v souvislosti s délkou jejich praxe. Záměrně byly zvoleny všeobecné sestry, protože v současné době mohou mít trojí typ vzdělání – středoškolské, vyšší odborné a vysokoškolské. Cílem bylo porovnat, zda nejvyšší dosažené vzdělání ovlivní počet správných odpovědí. Výsledky ukazují, že vysokoškolsky vzdělané sestry sice odpovídaly lépe, ale rozdíl oproti všeobecným sestřím s vyšším odborným a středoškolským vzděláním nebyl statisticky natolik významný, aby mohla být potvrzena alternativní hypotéza 1H, tvrdící, že informovanost všeobecných sester o specifikách prvotního kontaktu souvisí s jejich nejvyšším dosaženým vzděláním. Nemohla být ani potvrzena alternativní hypotéza H3, která tvrdila, že základní orientovanost všeobecných sester v problematice výživy a stravování souvisí s jejich nejvyšším dosaženým vzděláním. Druhou část výzkumného šetření tvořilo zkoumání, zda lze nalézt souvislost mezi informovaností všeobecných sester o specifikách prvotního kontaktu s pacienty vybraných kultur a základní orientovaností všeobecných sester v oblasti výživy a stravování a délkou jejich zdravotnické praxe. Ani zde nebyl rozdíl v úspěšnosti odpovědí natolik významný, aby bylo možné konstatovat, že délka praxe má vliv na znalosti všeobecných sester ve zkoumané problematice. Nebylo tedy možné potvrdit alternativní hypotézu 2H tvrdící, že informovanost všeobecných sester o specifikách prvotního kontaktu souvisí s délkou jejich praxe. Stejně tak nebylo možné potvrdit ani alternativní hypotézu 4H, která tvrdí, že základní orientovanost všeobecných sester v oblasti výživy a stravování souvisí s délkou jejich praxe.

Z uvedeného vyplývá, že se nepotvrdila žádná ze stanovených alternativních hypotéz. Lze tedy konstatovat, že ani nejvyšší dosažené vzdělání ani délka praxe nemají vliv na znalosti všeobecných sester ve vybraných dvou oblastech multikulturní ošetrovatelské péče. Lze předpokládat, že ani volba jiných výzkumných oblastí multikulturní ošetrovatelské péče, například hygiena, péče o umírající a zemřelé, péče o těhotnou a porod a podobně, by nepřinesla zásadně odlišné výsledky.

Bc. Emília Scholtzová ve své diplomové práci s názvem Znalosti všeobecných sestier pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti jedincom rôznych etník srovnávala znalosti českých a slovenských sester v oblasti multikulturní péče. Její výzkum mezi nimi neshledal statisticky významný rozdíl. Uvádí však, že ve svém výzkumu došla k závěru, že vědomosti všeobecných sester nejsou dostatečné. Což koresponduje i se zjištěním této diplomové práce. (37)

Bc. Kamila Zemanová ve své diplomové práci s názvem Aspekty poskytování kulturně specifické ošetrovateľské péče mimo jiné zkoumá souvislost mezi odbornými znalostmi všeobecných sester v oblasti multikulturní péče a délkou jejich praxe a vzděláním. Za použití statistického testování hypotéz dochází k závěru, že mezi odbornými znalostmi sester, typem pracoviště, délkou praxe a vzděláním nebyl ověřen statisticky významný rozdíl. I toto zjištění odpovídá zjištěním a závěrům této diplomové práce. (45)

Mgr. Lucie Rolantová však ve své disertační práci s názvem Respektování zvyklostí a rituálů při ošetrování minorit dochází k odlišnému závěru. Výzkum v disertační práci Mgr. Rolantové je velmi obsáhlý, zaměřuje se na několik cílů, mimo jiné byla předmětem tohoto výzkumu informovanost všeobecných sester o specifikách v oblastech ošetrovateľské péče u pacientů třech náboženských vyznání (islámu, buddhismu, pravoslavné církve). Ve svém výzkumu dochází Mgr. Rolantová k závěru, že znalost sester o oblastech ošetrovateľské péče, ve kterých mají vyznavači islámu svá specifika, se liší podle vzdělání. Dochází i k závěru, že znalost sester o oblastech ošetrovateľské péče, ve kterých mají vyznavači buddhismu Diamantové cesty svá specifika, se liší podle vzdělání a že znalost sester o oblastech ošetrovateľské péče, ve kterých mají příslušníci pravoslavné církve svá specifika, se liší podle vzdělání. Tím potvrzuje své alternativní hypotézy. Je však otázkou, zda lze tento závěr považovat za plně vypovídající. Dotazník určený pro všeobecné sestry totiž neobsahuje konkrétní znalostní otázky z multikulturní péče, ale otázky tohoto výzkumného dotazníku jsou formulovány například takto: „Víte, jaká specifika v oblasti ošetrovateľské péče mají vyznavači buddhismu Diamantové cesty?“ S možnostmi odpovědí – ano, spíše ano, nevím, spíše ne, ne. Z odpovědí není tedy zcela jasně zřejmé, zda respondenti správné odpovědi na otázky skutečně znají. (57)

Bc. Kateřina Hrázská ve své diplomové práci s názvem Model Leiningarové a Gigerové-Davidhizarové a jejich využívání v praxi dochází ve svém výzkumu na základě rozhovorů ke zjištění a závěru, který doslovně zní: „Znalosti týkající se multikulturního

ošetřovatelství a transkulturních modelů péče mají spíše vysokoškolsky vzdělané sestry a starší sestry považují tuto oblast péče za zbytečnou.“ Vzhledem k tomu, že Bc. Hrázská nesrovnávala pomocí statistického testování souvislost mezi nejvyšším dosaženým vzděláním a znalostmi v oblasti multikulturní ošetřovatelské péče, lze konstatovat, že její zjištění a závěr nejsou v rozporu se zjištěním a závěrem výzkumu této diplomové práce. (52)

Dotazník pro výzkumné šetření obsahoval mimo otázek týkajících se vzdělání a délky praxe respondentů další 4 úvodní otázky. Jednou z nich byla otázka, zda respondenti vědí, co znamená pojem multikulturní ošetřovatelství. Většina odpovědí (81,31 %) byla správná. Následné šetření však ukázalo, že navzdory znalosti pojmu multikulturní ošetřovatelství jsou znalosti multikulturního ošetřovatelství jako takového v jeho konkrétních otázkách u respondentů výrazně menší.

Součástí dotazníku byly otázky, týkající se zkušeností všeobecných sester s prací ve zdravotnictví v zahraničí a znalostí cizích jazyků. Z výzkumného šetření vyplynulo, že pouze 7,48 % dotazovaných všeobecných sester má zkušenost s prací v zahraničí.

Z výsledků vyplynulo, že jazyková vybavenost dotazovaných všeobecných sester na takové úrovni, aby tyto sestry mohly dle svých vlastních slov bez problémů komunikovat v cizím jazyce, je 9,97 % z celkového počtu respondentů. To není mnoho. 28,97 % respondentek dokonce uvádí, že hovoří pouze česky a 30,22 % respondentů uvádí, že jejich znalost cizího jazyka by na komunikaci s cizincem nestačila. 30,84 % respondentů uvedlo, že si svými znalostmi nejsou zcela jisti. Tato čísla jsou poměrně alarmující. Znalost cizích jazyků se stává běžnou součástí života lidí a zdá se, že střední zdravotnický personál v ní za ostatními profesemi stejné úrovně (tzn. vysokoškoláky, středoškoláky) zaostává.

V odpovědi na poslední doplňující otázku respondenti uváděli, jaké znají metody komunikace s pacientem v případě jazykové bariéry. Byla uvedena celá řada odpovědí, z nichž některé byly velice kreativní.

Výše zmíněné otázky však nesouvisely s testováním stanovených hypotéz a slouží pro dokreslení a doplnění celého výzkumného šetření.

Tato diplomová práce měla za cíl identifikovat, analyzovat a vyhodnotit znalosti všeobecných sester, pracujících na lůžkových odděleních zdravotnických zařízení, ve vybraných oblastech multikulturní péče. Zkoumala informovanost a orientovanost všeobecných sester ve vybraných oblastech multikulturní péče v souvislosti s jejich

nejvyšším dosaženým vzděláním a v souvislosti s délkou jejich praxe ve zdravotnictví. Cílem diplomové práce, byl i praktický výstup použitelný pro praxi.

Výzkum byl proveden, byla získána data, ta byla vyhodnocena a výsledky statisticky zpracovány. Pomocí statistického testování bylo provedeno testování stanovených hypotéz. Byl vytvořen edukační materiál spolu s praktickou pomůckou. Stanovených cílů se podařilo dosáhnout.

17 ZÁVĚR

Tématem této diplomové práce byla multikulturní ošetrovatelská péče a výzkum, který zjišťuje, zda existuje souvislost mezi mírou informovanosti všeobecných sester o specifikách prvotního kontaktu s pacienty vybraných kultur a jejich nejvyšším dosaženým vzděláním a délkou jejich zdravotnické praxe. Dále zjišťuje, zda existuje souvislost mezi základní orientovaností všeobecných sester v oblasti výživy a stravování u pacientů vybraných kultur a jejich nejvyšším dosaženým vzděláním a délkou jejich zdravotnické praxe. Statistickým zpracováním dat s použitím testování hypotéz bylo dosaženo závěru, že zde souvislost není. Rozdíly mezi skupinami respondentů byly statisticky nevýznamné.

Zjednodušeně řečeno vzdělání ani délka praxe všeobecných sester nemají vliv na jejich znalosti v multikulturní péči. Získaná data navíc ukazují, že úspěšnost všeobecných sester nebyla celkově příliš uspokojivá (celková úspěšnost 39,86 %). Zjištěné závěry, zejména procento úspěšnosti, jsou alarmující.

Jak může sestra poskytnout kvalitní a profesionální kulturně uzpůsobenou a ohleduplnou péči, když nemá dostatečné znalosti? Jak může sestra chápat a uspokojovat potřeby pacienta, když je nezná? Jak může sestra kvalitně a efektivně komunikovat s pacientem, když je mezi nimi jazyková bariéra? Jak může být sestra s pacientem v dobrém kontaktu a navázat s ním vztah důvěry, když nezná základní pravidla kontaktu a komunikace pacientovy kultury? Jak může sestra spolupracovat s pacientem, když není schopná s ním komunikovat? Jak může sestra podávat pacientovi stravu, když nezná jeho pravidla pro výživu a stravování? Jak může sestra poskytovat multikulturní ošetrovatelskou péči pacientům, o kterých nic neví a není ochotná ani schopná informace získat? Jak může sestra, která si neuvědomí svoji vlastní kulturu, chtít poskytovat péči kultuře jiné? To a řada dalších otázek vyvstává. Multikulturní ošetrovatelská péče je v České republice sice omílaným, ale často ještě podceňovaným tématem. Je zejména právě na sestřích, všeobecných i praktických, které tráví s pacienty nejvíce času, aby si uvědomily důležitost multikulturní péče a její nezastupitelnost pro kvalitní a účinnou léčbu a ošetřování.

Doporučení pro praxi: Zařazení předmětu multikulturní ošetrovatelství do výuky

V současné době je multikulturní péče na středních, vyšších odborných a vysokých zdravotnických školách vyučována jako ne úplně důležitý a podstatný předmět. Mnohdy formou zájmového semináře, volitelného předmětu a podobně. Jako součást předmětu ošetrovatelství je zmiňována spíše okrajově. Bylo by vhodné dát multikulturní ošetrovatelské péči více prostoru a významu při vzdělávání budoucích zdravotníků.

Pořádání vzdělávacích akcí s tématem multikulturní péče

Semináře, kurzy, konference, workshopy a další vzdělávací akce s tematikou multikulturní ošetrovatelské péče jsou v zahraničí běžnou záležitostí. V České republice se tyto akce konají také, ale v podstatně menší míře. Zaměstnavatel ve svém vlastní zájmu by měl pro zvýšení kvality poskytované péče motivovat a podporovat zdravotnické pracovníky v účasti na těchto akcích. Ať už se jedná o účast aktivní či pasivní. Poskytnout zaměstnancům placené volno a proplacení nákladů. Samozřejmě je pak namístě, aby zaměstnanec, pokud je to možné, předal získané znalosti dále svým kolegům, případně studentům na odborných praxích.

Vzdělávání zaměstnanců v oblasti multikulturní péče zaměstnavatelem

Ke zvýšení erudovanosti personálu a tím i ke zvýšení kvality jím poskytované péče může přispět i zaměstnavatel, čímž zvýší i prestiž zdravotnického zařízení. Uspořádání přednášky, školení, půldenního či jednodenního semináře je mnohdy pro zaměstnance vzhledem k vytíženosti zdravotnického personálu přijatelnější verzí vzdělávání než akce mimo pracoviště. Zaměstnavatel může využít ke vzdělávání svých externích přednášejících zaměstnanců nebo sáhnout do vlastních řad a využít zkušeností, znalostí a dovedností svých zaměstnanců.

Jazykové kurzy pro zdravotníky pořádané zaměstnavatelem

Řada zdravotnických zařízení již jazykové kurzy pro své zaměstnance pořádá. Zaměstnanci je tato aktivita přijímána kladně a je v zájmu zaměstnavatele i zaměstnanců, aby se nadále rozšiřovala.

Příspěvek na jazykové kurzy pro zaměstnance

V mnoha zdravotnických zřízeních poskytuje zaměstnavatel zaměstnancům příspěvek na jazykové kurzy. I to je krok správným směrem.

Dostatek edukačních materiálů

Pro získávání a prohlubování znalostí nejen v oblasti multikulturní péče je důležitý i dostatek studijních a informačních materiálů. Základem efektivního získávání informací je i jejich efektivní a kvalitní zdroj. Jako edukační materiály lze využít učebnice, brožury, letáky, internetové zdroje, audiovizuální materiál a podobně. Studijní a edukační materiál týkajícího se problematiky multikulturní ošetrovatelské péče je českým zdravotníkům k dispozici; například Multikulturní ošetrovatelství pro praxi od Jany Kutnohorské, Multikulturní ošetrovatelství I. a II. od Lenky Špirudové a mnohé další.

Je však otázkou, kolik zdravotníků po těchto knihách v souvislosti s výkonem svých denních činností sáhne a ve svém volném čase se bude věnovat studiu.

Praktických pomůcek a materiálů, které usnadní zdravotníkům jejich každodenní práci a zvýší jejich erudovanost v oblasti poskytování multikulturní péče, již není tolik. Právě jako praktická pomůcka a edukační materiál může být použita informační brožura, která byla vytvořena jako praktický výstup této diplomové práce. Součástí této brožury, jež shrnuje základní fakta o křesťanství, judaismu, islámu, hinduismu a buddhismu, je i praktická pomůcka ve formě posuvného kolečka, která může všeobecným sestřám, a nejen jim, usnadnit práci tím, že přehledně zobrazuje hlavní informace o výživě a stravování u pacientů křesťanů, židů, muslimů, hinduistů a buddhistů.

Tento edukační materiál byl předložen části všeobecných sester, které se účastnily výzkumného dotazníkového šetření, a byl jimi shledán zajímavým, originálním

a praktickým. Tyto všeobecné sestry vyjádřily bez výjimky názor, že se domnívají, že brožura je přehledně a srozumitelně napsaná a zejména posuvné kolečko s informacemi o výživě a stravování by bylo vítaným pomocníkem při jejich práci.

Samostudium zdravotníků

Závěrem zbývá doporučení, které se může zdát zbytečným, ale je bohužel smutným faktem, že ne každý zdravotník má potřebu se rozvíjet a vzdělávat. Samostudium by pro každého zdravotníka mělo být samozřejmostí a otázkou osobní cti a profesní prestiže. Samostudium multikulturní péče se může jevit jako zbytečné či nedůležité. Opak je pravdou - pouze kulturně informovaný zdravotnický pracovník může poskytovat kulturně uzpůsobenou péči a hledět na svět s očima, srdcem i hlavou otevřenými.

SEZNAM LITERATURY

1. ANZENBACHER, Arno. *Křesťanská sociální etika – Úvod a principy*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury, 2015. ISBN 978-80-7325-371-4.
2. BAREŠOVÁ, Ivona. *Současná problematika východoasijských menšin v České republice*. Olomouc: Universita Palackého v Olomouci, 2010. ISBN 978-80-244-2645-7.
3. BĚLKA, Luboš, FUJDA, Milan, KUBOVČÁKOVÁ, Zuzana. *Náboženství světa II. Východní tradice*. Brno: Masarykova univerzita, 2014. ISBN 978-80-210-72-7203-9.
4. BITTNEROVÁ, Dana, MORAVCOVÁ, Mirjam. *Etnické komunity v kulturní a sociální různosti*. Praha: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze, 2010. ISBN 978-80-87398-08-1.
5. CRUZ, Angela Garcia B., SEO, Yuri a BUCHANAN-OLIBER, Margo. Fields of Transcultural Practices: The Role of Religion in Multicultural Marketplaces. *Advances in Consumer Research*. 2016, no. 44, s. 425-426. ISSN 0098-9258.
6. DE VRIES, Simon Philip. *Židovské obřady a symboly*. Praha: Vyšehrad, 2018. ISBN 978-80-7021-963-8.
7. DOLISTA, Josef. *Úvod do bioetického myšlení*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2012. ISBN 978-80-261-0192-5.
8. GIGER, J.N., DAVIDHIZAR, R. *Transkultural Nursing. ASSEsment and Intervention*. 3rd ed. St. Louis: Mosby, 1999. ISBN 0-3230-0287-0.
9. HÁJEK, Marcel, BAHBOUH, Charif. *Muslimský pacient – principy diagnostiky, terapie a komunikace*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5631-8.
10. HAŠKOVCOVÁ, Helena, PAVLICOVÁ, Jindra. *Ošetřovatelství: ideály a realita v ambulantní péči*. Praha: Galén, 2013. ISBN 978-80-7492-063-9.
11. HELD, Virginia. *Etika péče. Osobní, politická a globální*. Praha: Filosofia, 2015. ISBN 978-80-7007-447-3.
12. HEŘMANOVÁ, Jana, VÁCHA, Marek a kol. *Etika v ošetřovatelské praxi*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3469-9.
13. CHODRONOVÁ, Thubten. *Budhismus pro začátečníky v otázkách a odpovědích*. Brno: Barrister & Principal, 2017. ISBN 978-80-7364-053-8.
14. IVANOVÁ, Kateřina, ŠPIRUDOVÁ, Lenka, KUTNOHORSKÁ, Jana. *Multikulturní ošetřovatelství I*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1212-1.
15. JONSEN, Albert, SIEGLER, Mark, WINSLADE, William. *Klinická etika v medicínské praxi*. Praha: Triton, 2019. ISBN 978-80-7553-2.
16. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetřovatelství*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2069-2.
17. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Multikulturní ošetřovatelství pro praxi*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4413-1.
18. LAU, Jisra'el Me'ir, *Praktický judaismus*. Praha: P3K, 2012. ISBN 978-80-87343-09-8.
19. LINHARTOVÁ, Lenka, JANKŮ, Tomáš a TOPINKA, Daniel. Multikulturní ošetřovatelství: péče o muslimské pacienty. *Florence*. 2015, roč. 11, č. 11, s. 28-31. ISSN 1801-464X.
20. LHOŤAN, Lukáš. *Islám a islamismus v České republice*. Pstruží: Lukáš Lhoťan v Pstruží, 2019. ISBN 978-80-907004-4-4.

21. LUKŠOVÁ, Hana., KUTNOHORSKÁ, Jana a VRUBLOVÁ, Ivetta. Kulturní šok českých zdravotníků v islámských zemích. *Kontakt*. 2012, roč. 14, č. 3, s. 250- 260. ISSN 1212-4117.
22. MARTINÁKOVÁ, Libuše a kol. *Příručka pro výzkumné sestry*. Brno: Facta Medica, 2015. ISBN 978-80-88056-02-7.
23. MAUER, Andreas. *Příručka pro komunikaci s muslimy*. Albrechtice: Křesťanský život, Lhot'an Lukáš, 2015. ISBN 978-80-7112-178-7.
24. MASTILIAKOVÁ, Dagmar a kol. *Implementace multikulturní variability do kulturní identity české společnosti a její odraz ve zdravotnické praxi*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2007. ISBN 978-80-7248-005-0.
25. MATOCHOVÁ, Soňa. *Etika a právo v kontextu lékařské etiky*. Brno: Masarykova univerzita, 2012. ISBN 978-80-210-4757-0.
26. MENDEL, Miloš. *Muslimové a jejich svět*. Praha: Dingir, 2016. ISBN 978-80-86779-42-3.
27. MUCHOVÁ, Ludmila. *Morální výchova v nemorální společnosti*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury, 2015. ISBN 978-80-7325-389-8.
28. OSTŘANSKÝ, Bronislav. *Malá encyklopedie Islámu a muslimské společnosti*. Praha: Libri, 2009. ISBN 978-80-7277-404-3.
29. PLEVOVÁ, Ilona a kol. *Ošetrovatelství I*. 2. vyd. Praha: Grada, 2018. ISBN 978-80-271-0888-1.
30. PLEVOVÁ, Ilona a kol. *Ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 223 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3558-0.
31. POKORNÁ, Andrea. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Brno: NCO NZO, 2011. ISBN 978-80-7013-524-2.
32. POSPÍŠILOVÁ, Eva, TÓTHOVÁ, Valérie. *Vývoj vybraných ošetrovatelských postupů od nejstarších dob po současnost*. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-824-5.
33. POVOLNÁ, Michaela. *Právní rádce pro pracovníky ve zdravotnictví a klienty zdravotních pojišťoven*. 1. vydání. Praha: Alfom, 2017. 156 s. ISBN 978-80- 87785-04-1.
34. PTÁČEK, Radek, BARTŮNĚK, Petr a kol. *Etické problémy medicíny na prahu 21. Století*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5471-0.
35. PTÁČEK, Radek, BARTŮNĚK, Petr a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3976-2.
36. ROKOTOVÁ, Natalia. *Podstata buddhismu*. Krásná Lípa: Marek Belza, 2012. ISBN 978-80-87116-19-7.
37. SCHOLTZOVÁ, Emília. *Znalosti všeobecných sestier pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti jedincom rôznych etník*. Brno: Masarykova univerzita, 2011.
38. SPIEGEL, Paul. *Kdo jsou židé*. Brno: Barister a Principal, 2018 (třetí vydání). ISBN 978-80-7364-083-5.
39. ŠPIRUDOVÁ, Lenka a kol. *Multikulturní ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1213-X.
40. TÓTHOVÁ, Valérie a kol. *Zabezpečení efektivní ošetrovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2010. 195 s. ISBN 978- 80-7387-414-8.
41. VÉVODOVÁ, Šárka, IVANOVÁ, Kateřina a kol. *Základy metodologie výzkumu pro nelékařské zdravotnické profese*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. ISBN 978-80-244-4770-4.

42. WERNER, Karel. *Náboženské tradice Asie 2*. Bratislava: Cad Press, 2009. ISBN 978-80-88969-30.
43. WRIGHT, Nicholas Thomas. *Podstata křesťanství*. Praha: Biblion, 2019. ISBN 978-80-87282-45-8.
44. ZACHAROVÁ, Eva. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-271-0156-6.
45. ZEMANOV8, Kamila. *Aspekty poskytování kulturně specifické ošetrovatelské péče*. Brno: Masarykova univerzita, 2016.
46. ZVÁROVÁ, Jana. *Základy statistiky pro biomedicínské obory. 2., dopl.vyd.* Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1931-6.

WEBOVÉ ZDROJE

47. CS PANORAMA. Dostupné z: <https://cs.thpanorama.com/articles/cultura-general/madeleine-leininger-biograf-a-y-teora.html>
48. ČERMÁKOVÁ, Kateřina. Specifika v přístupu a péči o umírající pacienty jiného etnika a náboženství. In: *Jihlavské zdravotnické dny 2011*. [online]. [cit. 17-05-2018]. Dostupné z: https://most.vspj.cz/files/16/jihlavske_zdravotnicke_dny_2011-sbornik.pdf
49. Fakultní Nemocnice v Motole. *Zdravotní péče pro cizince*. [online]. [citace 2016-11-04]. Dostupné z: <http://www.fnmotol.cz/samoplatci/zdravotni-pece-pro-cizince/>
50. FEDERACE ŽIDOVSKÝCH OBCÍ. Dostupné z: <https://www.fzo.cz/onas/statistika/>
51. HRADECKÁ, Lenka. *Josepha Campinha-Bacote – Model rozvoje kulturní způsobilosti*. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/josepha-campinha-bacote-model-rozvoje-kulturni-zpusobilosti-450935>
52. HRÁZSKÁ, Kateřina. *Model Leiningerové a Gigerové – Davidhizariové a jejich využívání v praxi*. Diplomová práce. České Budějovice: 2013, Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. [cit. 2020-03-11]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/5vhkif/>
53. KAČOROVÁ, Jana. Kultúrne kompetencie v multikultúrnej Európe. In: HALUZÍKOVÁ, Jana, ed. a kol. *Cesta k profesionálnímu ošetrovatelství: sborník příspěvků V. Slezské vědecké konference ošetrovatelství s mezinárodní účastí konané dne 22.-23. září 2010*. Opava: Slezská univerzita. Fakulta veřejných politik, Ústav ošetrovatelství. [online]. [cit. 17-05-2018]. Dostupné z: <http://www.slu.cz/fvp/cz/uo/konference-asympozia/archiv/sbornik-2010>
54. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Ošetrovatelská péče v multikulturní společnosti*. Hradec Králové: Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Hradci Králové, 2016. Dostupné z: <https://www.lfhk.cuni.cz/getattachment/a564130b-eea5-48c9-89dd-481aacd1f5c4/Multikulturni-pece.aspx>
55. *Práva pacienta*. Dostupné z: <https://www.ombudsmanprozdravi.cz/prava-pacienta/>
56. *Respect des pratiques du judaïsme à l'Hôpital* [online]. [cit. 17-05-2018]. Dostupné z: <http://www.horairesdesarcelles.com/Pdf%20Dvar/respectpratiques.pdf>
57. ROLANTOVÁ, Lucie. *Respektování zvyklostí a rituálů při ošetrování minorit*. České Budějovice: 2012, [cit. 2020-03-11]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/zurzqx/>

58. *Telo i duša. Násilné sterilizácie a ďalšie útoky na reprodukčnú slobodu Rómov na Slovensku*. Košice: Centrum pro reprodukčné práva a Poradňa pre občianské a ľudské práva, 2003. Dostupné z: <http://www.poradna-prava.sk/dok/teloidusa.pdf>.
59. VAŇÁČKOVÁ, I., *Multikulturní přístup v ošetrovatelství z pohledu cizinců*. 2014, [citace: 2016-25-03]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/385267/lf_b/BP_Iva_Vanackova.pdf.

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha 1 – Dotazník
- Příloha 2 – Podrobná analýza výsledků
- Příloha 3 – Edukační materiál

Dotazník – Znalosti všeobecných sester ve vybraných oblastech multikulturní péče

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

Dovoľte, abych Vás tímto požádala o vyplnění dotazníku k mnou prováděnému výzkumu jako stěžejní součásti diplomové práce v rámci studia na FZS ZČU. Cílem výzkumu je zmapovat znalosti všeobecných sester ve vybraných oblastech multikulturní péče v souvislosti s jejich nejvyšším dosaženým vzděláním a délkou zdravotnické praxe.

Dotazník je anonymní. Pouze jedna odpověď je správná. (zaškrtněte)

Děkuji za spolupráci

Markéta Morávková

1) Uveďte Vaše nejvyšší dosažené vzdělání

- SZŠ
- VZŠ
- VŠ – Bc
- VŠ – Mgr, PhDr

2) Uveďte délku své zdravotnické praxe

- Do 2 let (včetně)
- 2 – 7 let (včetně)
- 7 – 15 let (včetně)
- 15 – 25 let (včetně)
- Více než 25 let

3) Pracoval/a jste během své zdravotnické praxe v zahraničí?

- Ano
- Ne

4) Ovládáte nějaký cizí jazyk na takové úrovni, abyste byl/a schopen/schopná při poskytování ošetrovatelské péče s pacientem cizincem adekvátně komunikovat?

- Hovořím pouze česky
- Moje znalosti cizího jazyka by na komunikaci s cizincem nestačily
- Ano, ale nejsem si úplně jistý/á
- Ano, bez problému

Pokud byla Vaše odpověď c) nebo d), uveďte, prosím, jaké cizí jazyky ovládáte

.....
.....

5) Pojem multikulturní ošetrovatelství znamená

- Obor studující kultury, náboženství, rasy atd z hlediska ošetrovatelské praxe
- Ošetrovatelský proces o cizince
- Nevím

6) Jaké znáte metody komunikace v případě jazykové bariéry mezi zdravotníkem a pacientem?

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

7) Hlavní myšlenkou křesťanství je

- Bůh je trojjediný, existuje ve třech osobách jako Otec, Syn a Duch svatý
- Ježíš je syn Boha a člověka, byl ukřižován a vstal z mrtvých
- Skrze Ježíšovu smrt a Zmrtvýchvstání Bůh lidem umožnil vstup do věčného života
- Všechna tvrzení jsou správná
- Nevím

8) Křesťanství má tyto hlavní větve

- Katolická, protestantská, pravoslavná
- Ortodoxní a umírněná
- Východní a západní
- Evangelická, anglikánská, pravoslavná
- Nevím

9) Křesťanský křest může být poskytnut

- Každému, kdo o to požádá, pouze knězem, biskupem či jáhnem po přípravě
- Křtít se mohou pouze děti pokřtěných rodičů
- V nouzi, komukoliv, kýmkoliv, kdo přijme vyznání víry křtěného, stačí obyčejná voda
- Křtít může v případě nouze kdokoliv ale pouze s použitím svěcené vody
- Nevím

10) Co znamená pojem tzv. „poslední pomazání“?

- Potření olejem bezprostředně před smrtí, možné absolvovat pouze jednou
- Svátost nemocných, k ulehčení, uzdravení, poskytuje kněz či biskup, lze opakovaně
- Požehnání nemocnému či umírajícímu kýmkoliv
- Modlitba a rituály prováděné knězem bezprostředně po úmrtí člověka
- Nevím

11) Při prvotním kontaktu s pacientem křesťanem ve zdravotnickém zařízení

- Není přípustný oční kontakt ani podání ruky
- Není přípustný fyzický kontakt mezi mužem a ženou s výjimkou ošetření
- Žádná zvláštní pravidla nejsou
- Fyzický kontakt je možný pouze mezi příslušníky stejného pohlaví
- Nevím

12) K základním pravidlům ve stravování v křesťanství patří

- Zákaz konzumace vepřového a alkoholu
- Žádná zvláštní pravidla s výjimkou půstu nejsou
- Zákaz masa, mléka a mléčných výrobků
- Zákaz hovězího masa
- Nevím

13) Jaká je doba půstu v pravoslavném náboženství?

- 3 dny a 3 noci
- 6 týdnů půst, 6 dnů hladovky v období ukřižování a zmrtvýchvstání Ježíše Krista
- 7 týdnů půst, hladovka v den smrti Krista, vyjma starých, nemocných, těhotných a dětí
- 7 týdnů půst, úplná hladovka v den smrti Ježíše Krista bez výjimek
- Nevím

14) Judaismus je

- Nejstarší světové monoteistické náboženství
- Nejmladší světové polyteistické náboženství
- Nejmladší světové monoteistické náboženství
- Myšlenkový směr bez náboženského základu
- Nevím

15) Židé se ve své víře i v každodenním životě řídí

- Desaterem Božích přikázání
- Koránem
- Pravidly jednotlivých svých Bohů a svatých
- Žádná předepsaná pravidla nemají
- Nevím

16) Šabat trvá

- Od čtvrtého západu slunce do nedělního východu
- Od sobotního východu slunce do nedělního západu
- Od neděle ráno do nedělní půlnoci
- Od pátečního západu slunce do sobotního západu slunce
- Nevím

17) Během Šabatu platí řada pravidel, některá z nich jsou

- Dodržování přísného půstu – hladovky
- Zákaz některých pracovních činností, používání elektřiny
- Zákaz mytí ve studené vodě, zákaz konzumace alkoholu
- Všechna tvrzení jsou správná
- Nevím

18) Při prvotním kontaktu s pacientem/pacientkou židovského vyznání ve zdravotnickém zařízení

- Neplatí žádná omezení ani pravidla
- Záleží na ortodoxnosti pacienta, mohou se vyskytnout omezení
- Není přípustný oční ani fyzický kontakt mezi mužem a ženou, bez výjimek
- Fyzický kontakt je přípustná pouze v rámci poskytované péče
- Nevím

19) Stravování židů má mnoho zásad k některým z nich patří

- Zákaz konzumace vepřového, krve, uhynulých zvířat, oddělení mléčných a masitých potravin
- Potraviny s atestem košer, vlastní a ověřené, není přípustné konzumovat cokoliv jiného
- Zákaz konzumace hovězího masa, mléka a mléčných výrobků
- Přísný zákaz konzumace alkoholu, maso mohou jakékoliv
- Nevím

20) Při přípravě a konzumaci jídla dle pravidel židovství platí

- Striktní oddělení nádobí na mléčné a masité pokrmy
- Možnost využití jednorázového nádobí
- Oddělené uskladnění mléčných a masitých potravin
- Všechna tvrzení jsou správná
- Nevím

21) Islám je

- Nejstarší světové monoteistické náboženství
- Nejmladší světové monoteistické náboženství
- Nejmladší polyteistické náboženství
- Myšlenkový směr bez náboženského základu
- Nevím

22) Jaký je význam slova Islám a muslim?

- Oddat se, oddaný Alláhu
- Víra, bojovník
- Pravda, vyznavač Alláha
- Služba Bohu, služebník boží
- Nevím

23) V době Ramadánu se zákaz jíst a pít od východu do západu slunce netýká

- Nemocných, starých a slabých, těhotných a kojících žen, cestujících, dětí
- Omezení v době Ramadánu platí pro všechny bez výjimky
- Netýká se pouze dětí
- Netýká se pouze těžce nemocných a psychicky nemocných
- Nevím

24) Abdest znamená

- Rituální očista muslima před modlitbou, dle daných pravidel, nelze ji ničím nahradit
- Rituální očista, která může v nemocničním prostředí být nahrazena běžnou hygienou
- Rituální očista před modlitbou, která v nejnutnějších případech může být vynechána
- Speciální modlitba za nemocné v islámu
- Nevím

25) Předpisy koránu a z něj plynoucí pravidla pro náboženský i běžný život se vztahují

- Na každého bez výjimky
- Na každého s výjimkou velmi malých dětí
- Na každého s výjimkou nemocných a dětí
- Na každého s výjimkou duševně nemocných, nesvéprávných, dětí, žen s menstruací, rodičích a v období šestinedělí
- Nevím

26) Při prvotním kontaktu s pacientem/pacientkou muslimské víry na ambulanci

- Fyzický i oční kontakt je přípustný, bez omezení
- Fyzický kontakt je absolutně nepřipustný
- Fyzický kontakt mezi muslimkou a mužem je nepřipustný, lékař pouze v nezbytných případech, s výjimkou míst, která zůstávají tabu
- Fyzický kontakt mezi mužem a ženou je nepřipustný, s plnou výjimkou pro lékaře
- Nevím

27) Jak dlouho má být dítě dle koránu kojeno?

- Toto korán neuvádí
- Do dvou let
- Maximálně do půl roku
- Dokud to dítě chce
- Nevím

28) V Islámu platí řada pravidel pro stravování, některá z nich jsou

- Zákaz konzumace alkoholu, vepřového masa, krve, uhynulých zvířat
- Zákaz konzumace ryb
- Zákaz konzumace hovězího masa a mléka
- Všechna tvrzení jsou správná
- Nevím

29) Základní myšlenku Hinduismu tvoří existence

- Jediného boha, monoteistické náboženství
- Nejvyššího ducha Brahmy a mnoha dalších hinduistických bohů, věří v převtělování duší
- Několik desítek bohů na stejné úrovni, nevěří na rozdíl od budhistů v převtělování
- Brahma a jeho děti, převtělování je možné jen pro někoho
- Nevím

30) Mezi hlavní zásady Budhismu patří

- Nejíst maso, volná láska
- Nesesmílnit, věřit v jednoho boha, světit sváteční den
- Neubližovat bytostem, nekrást, necizoložit, nepít opojné nápoje a nelhat
- Meditovat a pomocí různých praktik (například opojných látek) dosáhnout osvícení
- Nevím

31) Při komunikaci s pacientem z asijských zemí jeho úsměv a pokyvování většinou znamená

- Porozumění a sympatie
- Porozumění a souhlas
- Výraz nejistoty, omluvy, rozpaků
- Je to výraz pokory a podřízení se
- Nevím

32) Polibek v asijských kulturách znamená

- Společenskou podřízenost vůči líbanému
- Výraz sexuální žádostivosti
- Polibek i mezi příbuznými je ve společnosti pro asiaty nepřijatelný
- Polibek je výrazem společenské nadřazenosti vůči líbanému
- Nevím

33) K hlavním zásadám ve stravování v hinduismu patří

- Zákaz konzumace hovězího masa
- Zákaz konzumace hovězího masa, mléka a mléčných výrobků
- Veganství
- Zákaz vepřového masa a alkoholu
- Nevím
-

34) K hlavním zásadám ve stravování v budhismu patří

- Striktní vegetariánství
- Zákaz konzumace uhynulých zvířat a vyvržených ryb
- Zákaz konzumace hovězího masa
- Konzumace masa je možná
- Nevím

Děkuji

Příloha č.2: Podrobná analýza otázek

Analýza je koncipována tak, že grafy, označené a) zobrazují celkové počty odpovědí na jednotlivé otázky. Grafy označené jako b) jsou grafickým zpracováním odpovědí dotazovaných všeobecných sester dle jejich nejvyššího dosaženého vzdělání. Grafy označené jako c) jsou grafickým zpracováním odpovědí dotazovaných všeobecných sester dle délky jejich zdravotnické praxe. Pro přehlednost je pod každý graf umístěna tabulka, vztahující se k tomuto grafu, která obsahuje absolutní i relativní četnosti odpovědí.

Analýzou získaných odpovědí byla získána následující data.

Hlavní myšlenkou křesťanství je	5
GRAF 1a: HLAVNÍ MYŠLENKA KŘEŠŤANSTVÍ – CELKOVĚ	5
GRAF 1b: HLAVNÍ MYŠLENKA KŘEŠŤANSTVÍ – NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ	5
GRAF 1c: HLAVNÍ MYŠLENKA KŘEŠŤANSTVÍ – DÉLKA PRAXE	5
Křesťanství má tyto hlavní větve	6
GRAF 2a: HLAVNÍ VĚTVE KŘEŠŤANSTVÍ – CELKOVĚ	6
GRAF 2b: HLAVNÍ VĚTVE KŘEŠŤANSTVÍ – NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ	6
GRAF 2c: HLAVNÍ VĚTVE KŘEŠŤANSTVÍ – DÉLKA PRAXE	6
Křesťanský křest může být poskytnut	7
GRAF 3a: POSKYTNUTÍ KŘEŠŤANSKÉHO KŘTU – CELKOVĚ	7
GRAF 3b: POSKYTNUTÍ KŘEŠŤANSKÉHO KŘTU – NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ	7
GRAF 3c: POSKYTNUTÍ KŘEŠŤANSKÉHO KŘTU – DÉLKA PRAXE	7
Co znamená pojem tzv. „poslední pomazání“?	8
GRAF 4a: ZNALOST POJMU POSLEDNÍ POMAZÁNÍ – CELKOVĚ	8
GRAF 4b: ZNALOST POJMU POSLEDNÍ POMAZÁNÍ – NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ	8
GRAF 4c: ZNALOST POJMU POSLEDNÍ POMAZÁNÍ - DÉLKA PRAXE	8
Při prvotním kontaktu s pacientem křesťanem ve zdravotnickém zařízení	9
GRAF 5a: ZNALOST SPECIFIK PRVOTNÍHO KONTAKTU S PACIENTEM KŘEŠŤANEM – CELKOVĚ	9
GRAF 5b: ZNALOST SPECIFIK PRVOTNÍHO KONTAKTU S PACIENTEM KŘEŠŤANEM – NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ	9
GRAF 5c: ZNALOST SPECIFIK PRVOTNÍHO KONTAKTU S PACIENTEM KŘEŠŤANEM - DÉLKA PRAXE	9
K základním pravidlům ve stravování v křesťanství patří	10
GRAF 6a: ZNALOST ZÁKLADNÍCH PRAVIDEL STRAVOVÁNÍ V KŘEŠŤANSTVÍ – CELKOVĚ	10
GRAF 6b: ZNALOST ZÁKLADNÍCH PRAVIDEL VE STRAVOVÁNÍ V KŘEŠŤANSTVÍ – NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ	10
GRAF 6c: ZNALOST ZÁKLADNÍCH PRAVIDEL VE STRAVOVÁNÍ V KŘEŠŤANSTVÍ - DÉLKA PRAXE	10
Jaká je doba půstu v pravoslavném náboženství?	11
GRAF 7a: DOBA PŮSTU V PRAVOSLAVNÉM NÁBOŽENSTVÍ – CELKOVĚ	11
GRAF 7b: DOBA PŮSTU V PRAVOSLAVNÉM NÁBOŽENSTVÍ – NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ	11
GRAF 7c: DOBA PŮSTU V PRAVOSLAVNÉM NÁBOŽENSTVÍ - DÉLKA PRAXE	11
Judaismus je	12
GRAF 8a: JUDAISMUS – CELKOVĚ	12

GRAF 8b: JUDAISMUS – NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ.....	12
GRAF 8c: JUDAISMUS - DÉLKA PRAXE.....	12
<u>Židé se ve své víře i v každodenním životě řídí</u>	13
GRAF 9a: KAŽDODENNÍ ŽIVOT ŽIDŮ - CELKOVĚ.....	13
GRAF 9b: KAŽDODENNÍ ŽIVOT ŽIDŮ – NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ	13
GRAF 9c: KAŽDODENNÍ ŽIVOT ŽIDŮ - DÉLKA PRAXE	13
<u>Šabat trvá</u>	14
GRAF 10a: TRVÁNÍ ŠABATU – CELKOVĚ.....	14
GRAF 10b: TRVÁNÍ ŠABATU – NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ.....	14
GRAF 10c: TRVÁNÍ ŠABATU - DÉLKA PRAXE.....	14
<u>Během Šabatu platí řada pravidel, některá z nich jsou</u>	15
GRAF 11a: PRAVIDLA O ŠABATU - CELKOVĚ.....	15
GRAF 11b: PRAVIDLA O ŠABATU – NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ.....	15
GRAF 11c: PRAVIDLA O ŠABATU – DÉLKA PRAXE	15
<u>Při prvotním kontaktu s pacientem/pacientkou židovského vyznání ve zdravotnickém zařízení</u>	16
GRAF 12a: SPECIFIKA PRVOTNÍHO KONTAKTU S PACIENTEM ŽIDOVSKÉHO VYZNÁNÍ - CELKOVĚ	16
GRAF 12b: SPECIFIKA PRVOTNÍHO KONTAKTU S PACIENTEM ŽIDOVSKÉHO VYZNÁNÍ – NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ	16
GRAF 12c: SPECIFIKA PRVOTNÍHO KONTAKTU S PACIENTEM ŽIDOVSKÉHO VYZNÁNÍ – DÉLKA PRAXE	16
<u>Stravování židů má mnoho zásad k některým z nich patří</u>	17
GRAF 13a: ZÁSADY STRAVOVÁNÍ ŽIDŮ - CELKOVĚ.....	17
GRAF 13b: ZÁSADY STRAVOVÁNÍ ŽIDŮ - NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ	17
GRAF 13c: ZÁSADY STRAVOVÁNÍ ŽIDŮ - DÉLKA PRAXE.....	17
<u>Při přípravě a konzumaci jídla dle pravidel židovství platí</u>	18
GRAF 14a: PRAVIDLA PŘÍPRAVY A KONZUMACE JÍDLA V ŽIDOVSTVÍ - CELKOVĚ.....	18
GRAF 14b: PRAVIDLA PŘÍPRAVY A KONZUMACE JÍDLA V ŽIDOVSTVÍ - NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ	18
GRAF 14c: PRAVIDLA PŘÍPRAVY A KONZUMACE JÍDLA V ŽIDOVSTVÍ - DÉLKA PRAXE	18
<u>Islám je</u>	19
GRAF 15a: ISLÁM - CELKOVĚ	19
GRAF15b: ISLÁM - NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ.....	19
GRAF 15c: ISLÁM - DÉLKA PRAXE	19
<u>Jaký je význam slova Islám a muslim?</u>	20
GRAF 16a: VÝZNAM SLOVA ISLÁM A MUSLIM - CELKOVĚ	20
GRAF 16b: VÝZNAM SLOVA ISLÁM A MUSLIM - NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ.....	20
GRAF 16c: VÝZNAM SLOVA ISLÁM A MUSLIM - DÉLKA PRAXE	20
<u>V době Ramadánu se zákaz jíst a pít od východu do západu slunce netýká</u>	21
GRAF 17a: ZÁKAZY V RAMADÁMU - CELKOVĚ	21
GRAF 17b: ZÁKAZY V RAMADÁMU - NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ.....	21
GRAF 17c: ZÁKAZY V RAMADÁMU - DÉLKA PRAXE	21
<u>Abdest znamená</u>	22

GRAF 18a: ABDEST - CELKOVĚ.....	22
GRAF 18b: ABDEST - NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ.....	22
GRAF 18c: ABDEST - DÉLKA PRAXE.....	22
Předpisy koránu a z něj plynoucí pravidla pro náboženský i běžný život se vztahují.....	23
GRAF 19a: PLATNOST PŘEDPISŮ A PRAVIDEL KORÁNU - CELKOVĚ.....	23
GRAF 19b: PLATNOST PŘEDPISŮ A PRAVIDEL KORÁNU - NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ.....	23
GRAF 19c: PLATNOST PŘEDPISŮ A PRAVIDEL KORÁNU - DÉLKA PRAXE.....	23
Při prvotním kontaktu s pacientem/pacientkou muslimské víry ve zdravotnickém zařízení.....	24
GRAF 20a: SPECIFIKA PRVOTNÍHO KONTAKTU S PACIENTEM MUSLIMSKÉ VÍRY - CELKOVĚ.....	24
GRAF 20b: SPECIFIKA PRVOTNÍHO KONTAKTU S PACIENTEM MUSLIMSKÉ VÍRY - NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ.....	24
GRAF 20c: SPECIFIKA PRVOTNÍHO KONTAKTU S PACIENTEM MUSLIMSKÉ VÍRY - DÉLKA PRAXE.....	24
Jak dlouho má být dítě dle koránu kojeno?.....	25
GRAF 21a: KOJENÍ DLE KORÁNU - CELKOVĚ.....	25
GRAF 21b: KOJENÍ DLE KORÁNU - NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ.....	25
GRAF 21c: KOJENÍ DLE KORÁNU - DÉLKA PRAXE.....	25
V Islámu platí řada pravidel pro stravování, některá z nich jsou.....	26
GRAF 22a: PRAVIDLA STRAVOVÁNÍ V ISLÁMU - CELKOVĚ.....	26
GRAF 22b: PRAVIDLA STRAVOVÁNÍ V ISLÁMU - NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ.....	26
GRAF 22c: PRAVIDLA STRAVOVÁNÍ V ISLÁMU - DÉLKA PRAXE.....	26
Základní myšlenku Hinduismu tvoří existence.....	27
GRAF 23a: HINDUISMUS - CELKOVĚ.....	27
GRAF 23b: HINDUISMUS - NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ.....	27
GRAF 23c: HINDUISMUS - DÉLKA PRAXE.....	27
Mezi hlavní zásady Budhismu patří.....	28
GRAF 24a: BUDHISMUS - CELKOVĚ.....	28
GRAF 24b: BUDHISMUS - NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ.....	28
GRAF 24c: BUDHISMUS - DÉLKA PRAXE.....	28
Při komunikaci s pacientem z asijských zemí jeho úsměv a pokyvování většinou znamená.....	29
GRAF 25a: VÝZNAM ÚSMĚVU V KOMUNIKACI S PACIENTEM ASIATEM - CELKOVĚ.....	29
GRAF 25b: VÝZNAM ÚSMĚVU V KOMUNIKACI S PACIENTEM ASIATEM - NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ.....	29
GRAF 25c: VÝZNAM ÚSMĚVU V KOMUNIKACI S PACIENTEM ASIATEM - DÉLKA PRAXE.....	29
Polibek v asijských kulturách znamená.....	30
GRAF 26a: VÝZNAM POLIBKU V ASIJSKÝCH KULTURÁCH - CELKOVĚ.....	30
GRAF 26b: VÝZNAM POLIBKU V ASIJSKÝCH KULTURÁCH – NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ.....	30
GRAF 26c: VÝZNAM POLIBKU V ASIJSKÝCH KULTURÁCH – DÉLKA PRAXE.....	30
K hlavním zásadám ve stravování v hinduismu patří.....	31
GRAF 27a: ZÁSADY STRAVOVÁNÍ V HINDUISMU – CELKOVĚ.....	31
GRAF 27b: ZÁSADY STRAVOVÁNÍ V HINDUISMU.....	31
GRAF 27c: ZÁSADY STRAVOVÁNÍ V HINDUISMU.....	31
K hlavním zásadám ve stravování v budhismu patří.....	32

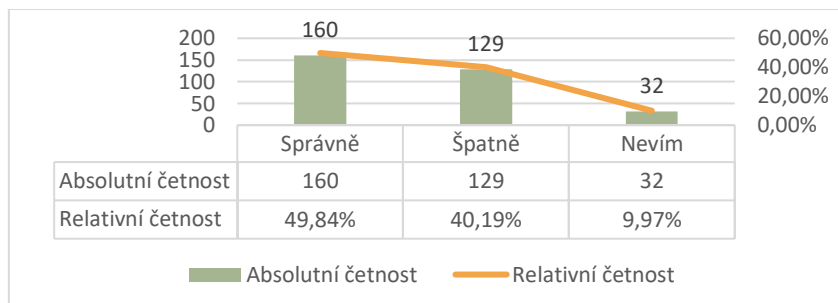
<u>GRAF 28a: ZÁSADY STRAVOVÁNÍ V BUDHISMU – CELKOVĚ</u>	32
<u>GRAF 28b: ZÁSADY STRAVOVÁNÍ V BUDHISMU – NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ</u>	32
<u>GRAF 28c: ZÁSADY STRAVOVÁNÍ V BUDHISMU – DÉLKA PRAXE</u>	32

Otázka č. 7

Hlavní myšlenkou křesťanství je

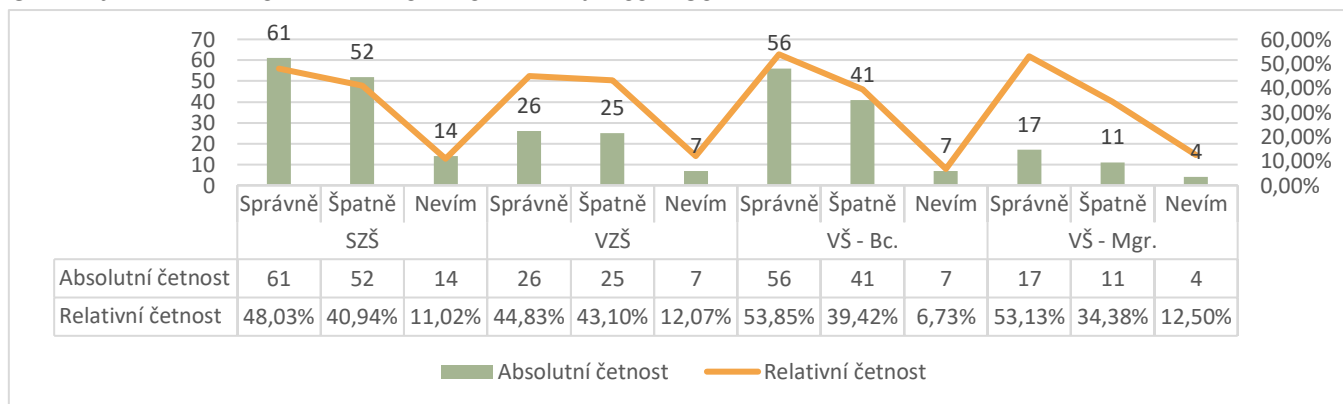
Správná odpověď: Všechna tvrzení jsou správná

GRAF 1a: HLAVNÍ MYŠLENKA KŘESŤANSTVÍ – CELKOVĚ



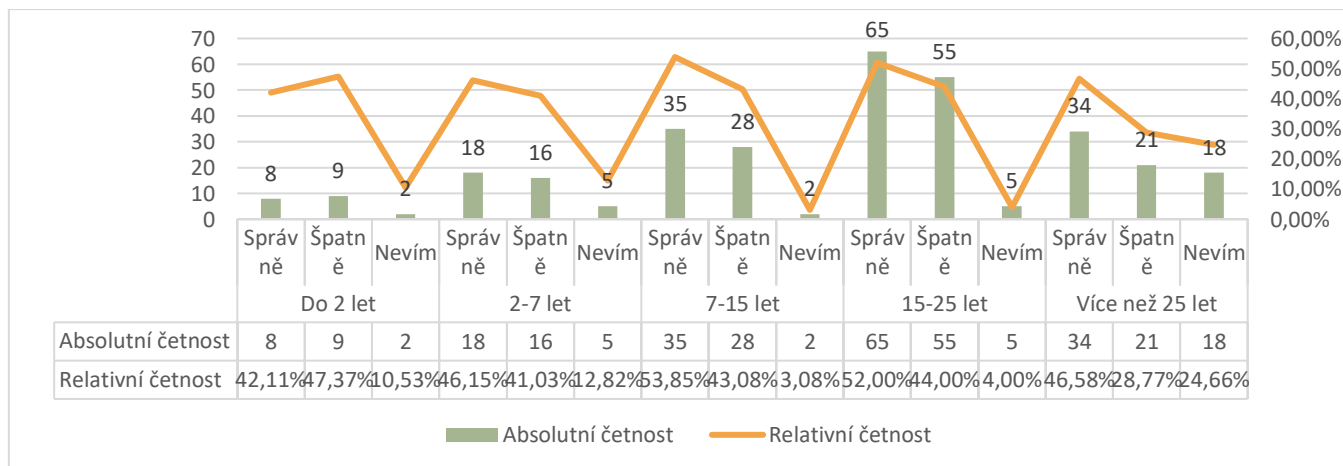
Zdroj: Vlastní

GRAF 1b: HLAVNÍ MYŠLENKA KŘESŤANSTVÍ – NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ



Zdroj: Vlastní

GRAF 1c: HLAVNÍ MYŠLENKA KŘESŤANSTVÍ – DÉLKA PRAXE



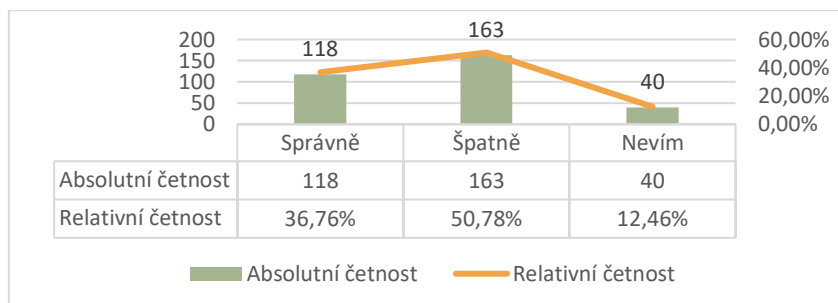
Zdroj: Vlastní

Otázka č. 8

Křesťanství má tyto hlavní větve

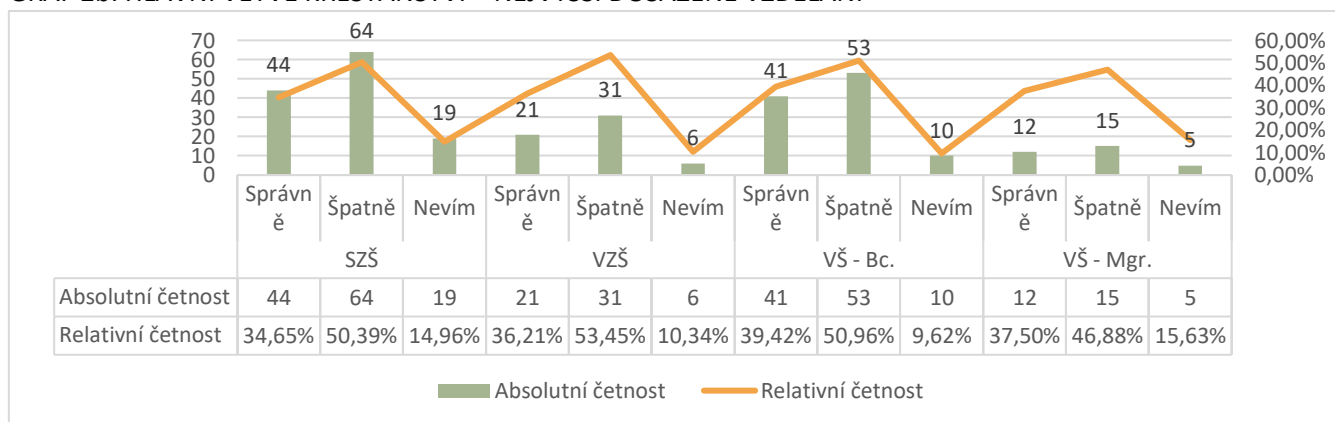
Správná odpověď: Katolická, protestantská, pravoslavná

GRAF 2a: HLAVNÍ VĚTVE KŘESŤANSTVÍ – CELKOVĚ



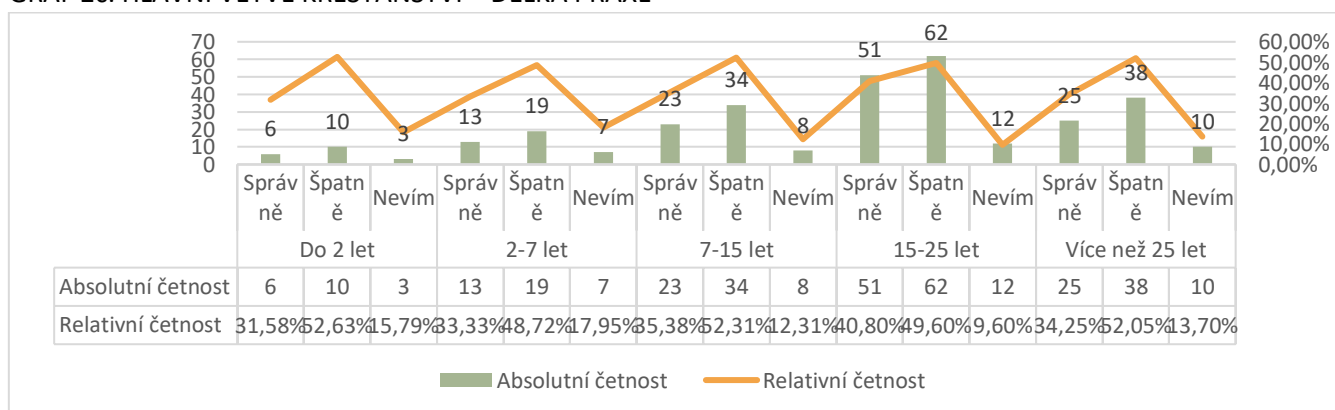
Zdroj: Vlastní

GRAF 2b: HLAVNÍ VĚTVE KŘESŤANSTVÍ – NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ



Zdroj: Vlastní

GRAF 2c: HLAVNÍ VĚTVE KŘESŤANSTVÍ – DÉLKA PRAXE



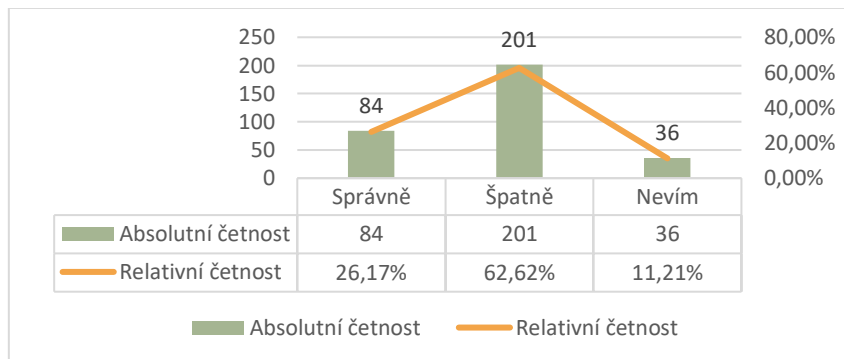
Zdroj: Vlastní

Otázka č.9

Křesťanský křest může být poskytnut

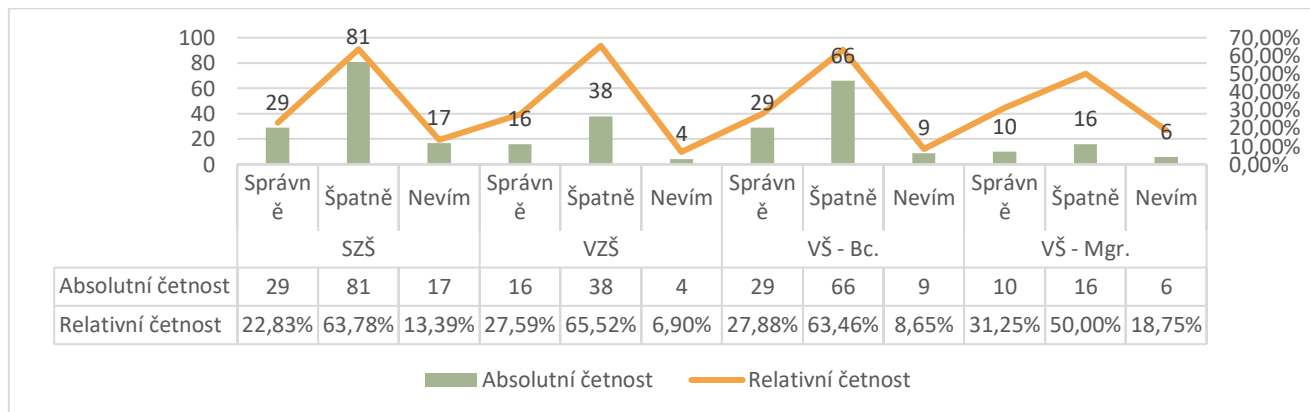
Správná odpověď: V nouzi, komukoliv, kýmkoliv, kdo přijme vyznání víry křtěného, stačí obyčejná voda

GRAF 3a: POSKYTNUTÍ KŘESŤANSKÉHO KŘTU – CELKOVĚ



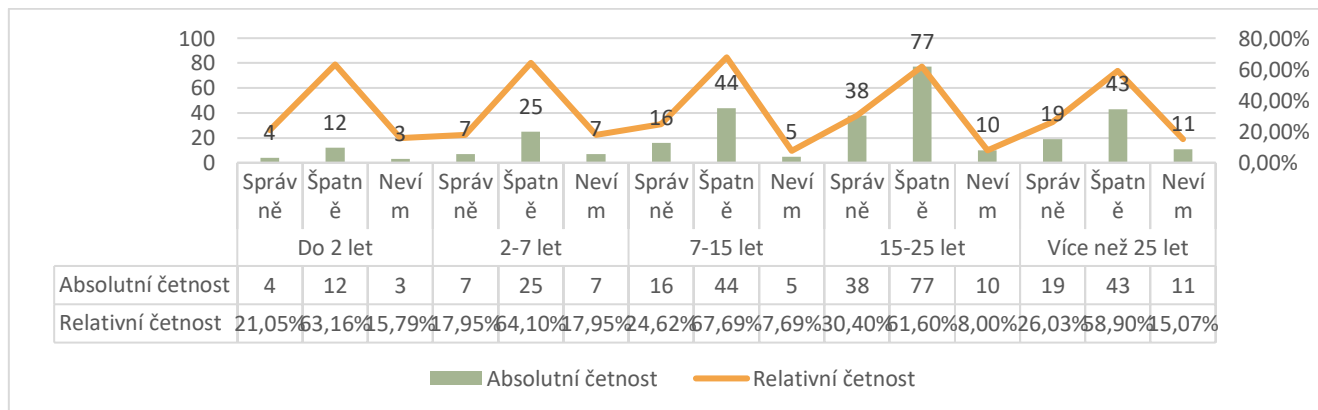
Zdroj: Vlastní

GRAF 3b: POSKYTNUTÍ KŘESŤANSKÉHO KŘTU – NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ



Zdroj: Vlastní

GRAF 3c: POSKYTNUTÍ KŘESŤANSKÉHO KŘTU – DÉLKA PRAXE



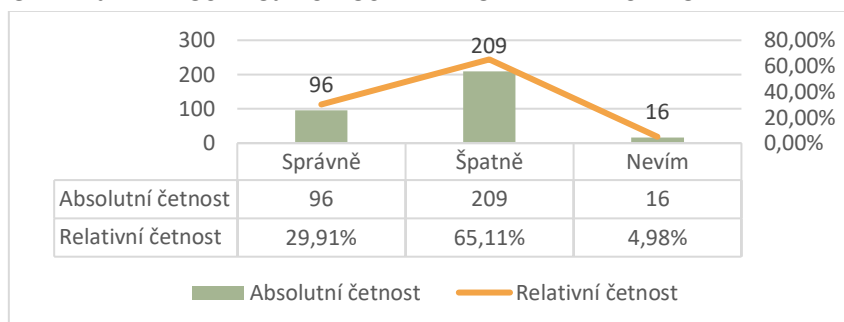
Zdroj: Vlastní

Otázka č. 10

Co znamená pojem tzv. „poslední pomazání“?

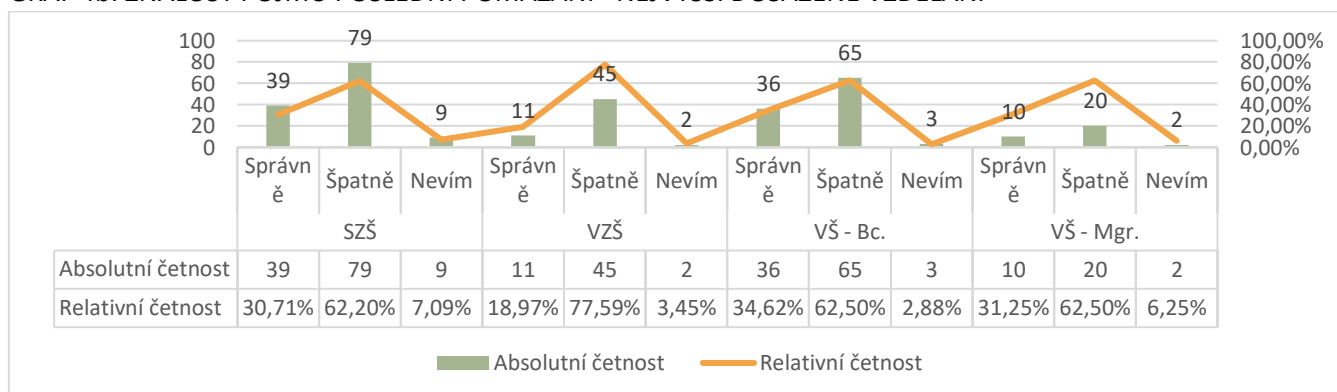
Správná odpověď: Svátost nemocných, k ulehčení, uzdravení, poskytuje kněz či biskup, lze opakovaně

GRAF 4a: ZNALOST POJMU POSLEDNÍ POMAZÁNÍ – CELKOVĚ



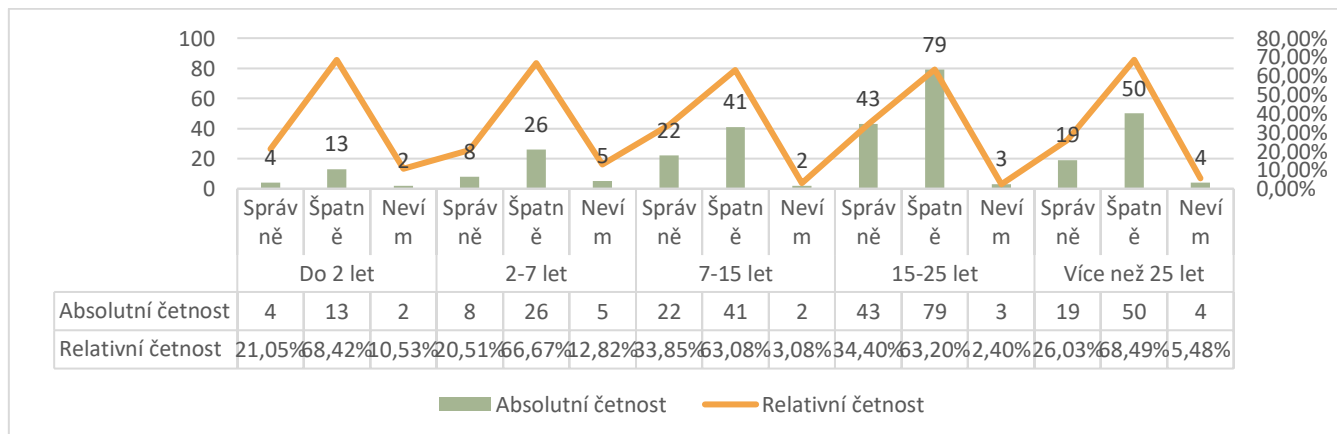
Zdroj: Vlastní

GRAF 4b: ZNALOST POJMU POSLEDNÍ POMAZÁNÍ – NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ



Zdroj: Vlastní

GRAF 4c: ZNALOST POJMU POSLEDNÍ POMAZÁNÍ - DÉLKA PRAXE



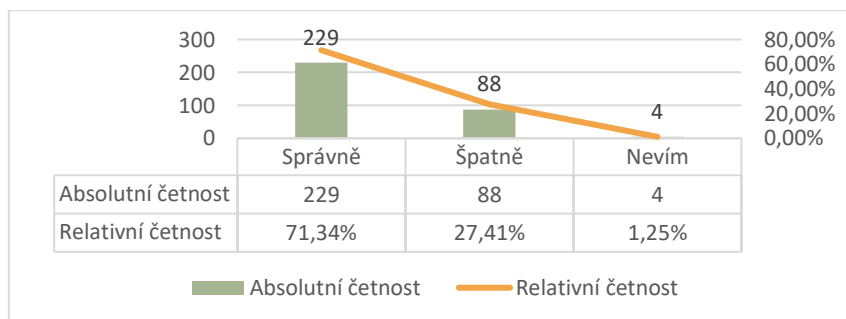
Zdroj: Vlastní

Otázka č.11

Při prvotním kontaktu s pacientem křesťanem ve zdravotnickém zařízení

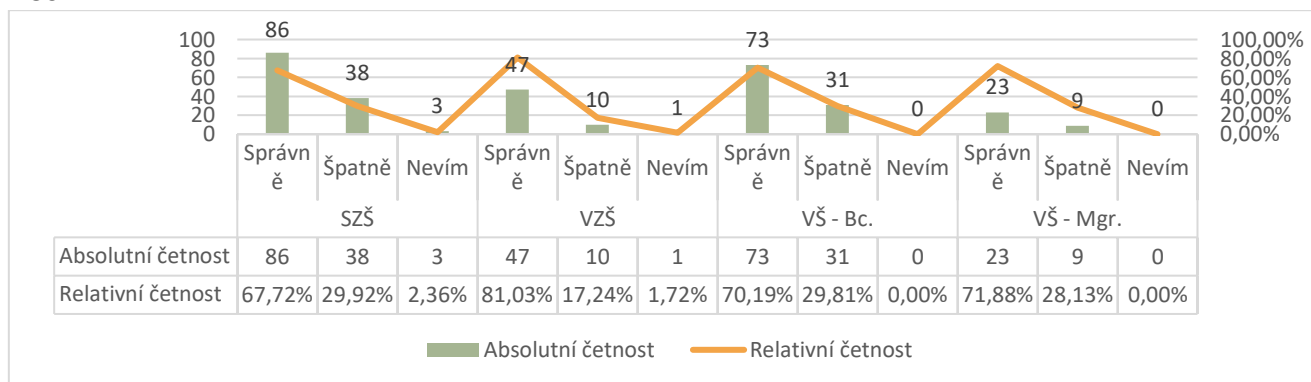
Správná odpověď: Žádná zvláštní pravidla nejsou

GRAF 5a: ZNALOST SPECIFIK PRVOTNÍHO KONTAKTU S PACIENTEM KŘEŠŤANEM – CELKOVĚ



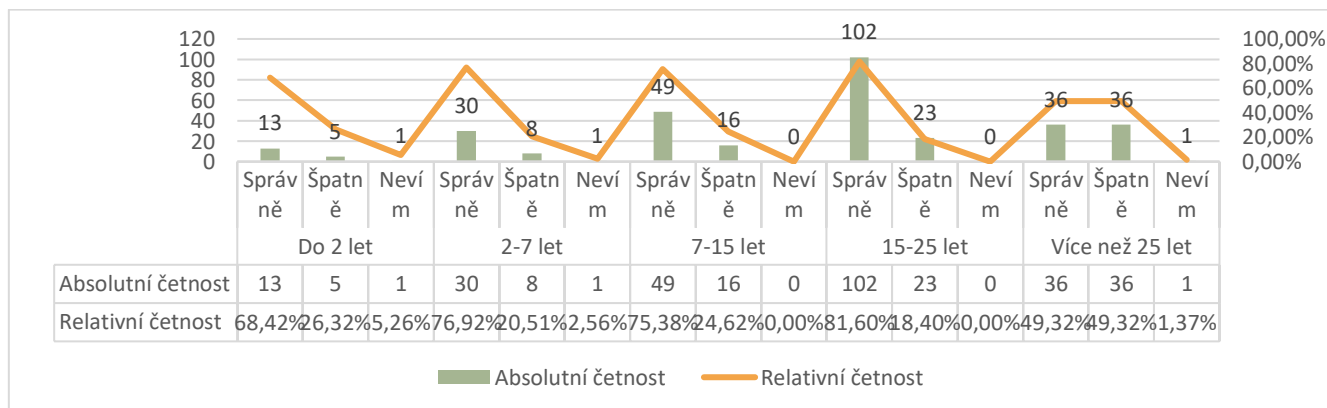
Zdroj: Vlastní

GRAF 5b: ZNALOST SPECIFIK PRVOTNÍHO KONTAKTU S PACIENTEM KŘEŠŤANEM – NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ



Zdroj: Vlastní

GRAF 5c. ZNALOST SPECIFIK PRVOTNÍHO KONTAKTU S PACIENTEM KŘEŠŤANEM - DÉLKA PRAXE



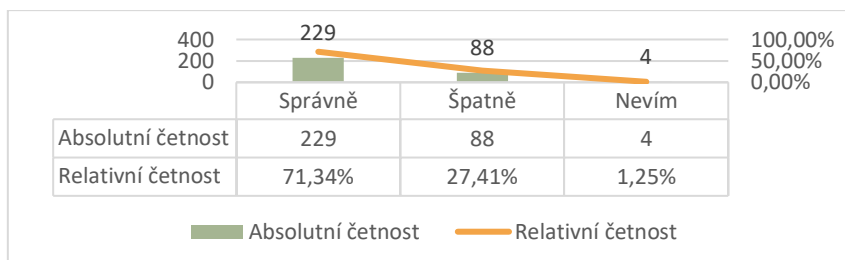
Zdroj: Vlastní

Otázka č.12

K základním pravidlům ve stravování v křesťanství patří

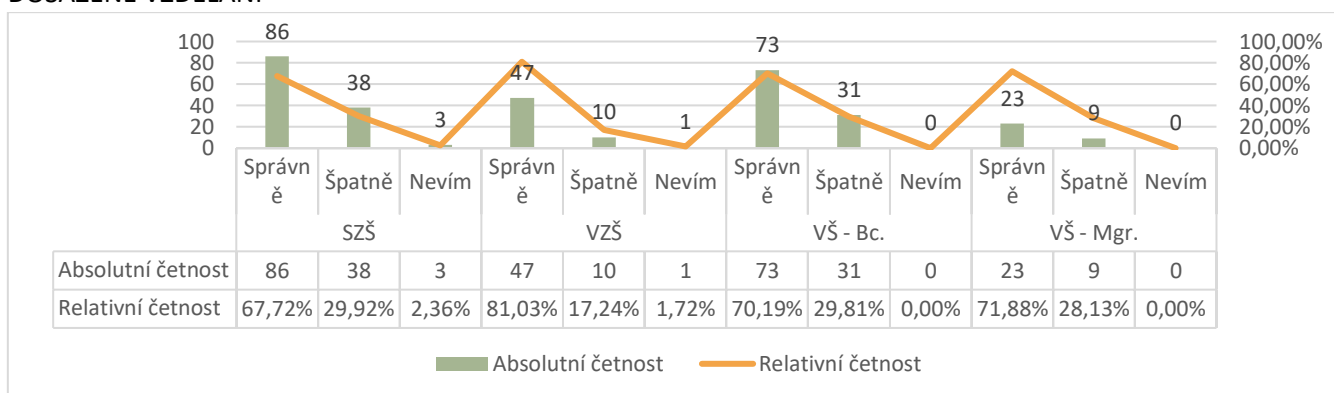
Správná odpověď: Žádná zvláštní pravidla s výjimkou půstu nejsou

GRAF 6a: ZNALOST ZÁKLADNÍCH PRAVIDEL STRAVOVÁNÍ V KŘESŤANSTVÍ– CELKOVĚ



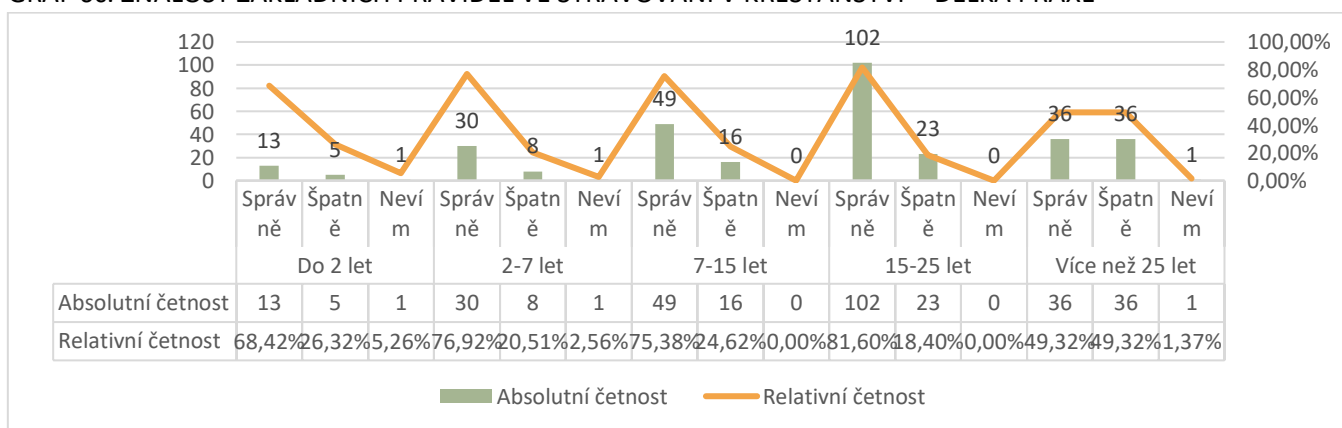
Zdroj: Vlastní

GRAF 6b: ZNALOST ZÁKLADNÍCH PRAVIDEL VE STRAVOVÁNÍ V KŘESŤANSTVÍ – NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ



Zdroj: Vlastní

GRAF 6c: ZNALOST ZÁKLADNÍCH PRAVIDEL VE STRAVOVÁNÍ V KŘESŤANSTVÍ - DÉLKA PRAXE



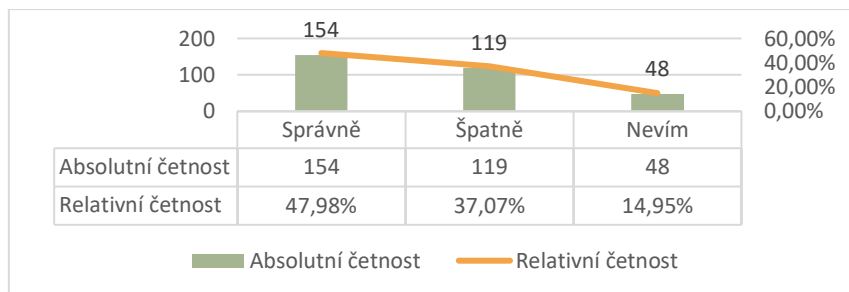
Zdroj: Vlastní

Otázka č.13

Jaká je doba půstu v pravoslavném náboženství?

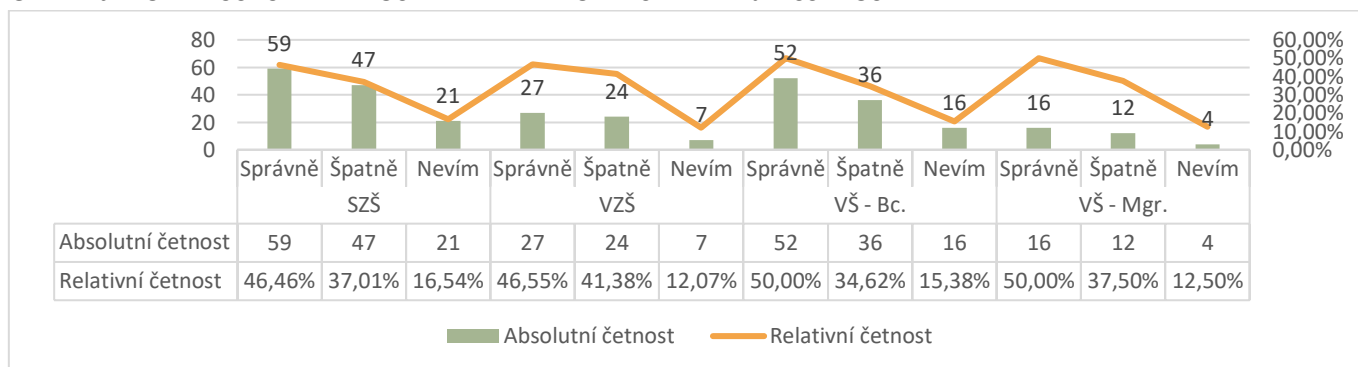
Správná odpověď: 7 týdnů půst, hladovka v den smrti Krista, vyjma starých, nemocných, těhotných a dětí

GRAF 7a: DOBA PŮSTU V PRAVOSLAVNÉM NÁBOŽENSTVÍ – CELKOVĚ



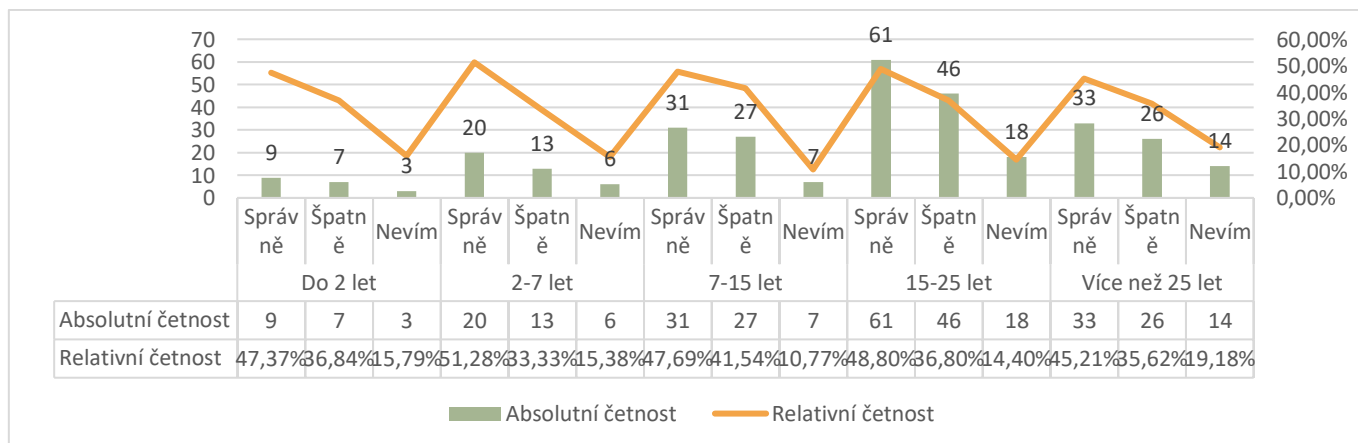
Zdroj: Vlastní

GRAF 7b: DOBA PŮSTU V PRAVOSLAVNÉM NÁBOŽENSTVÍ – NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ



Zdroj: Vlastní

GRAF 7c: DOBA PŮSTU V PRAVOSLAVNÉM NÁBOŽENSTVÍ - DÉLKA PRAXE



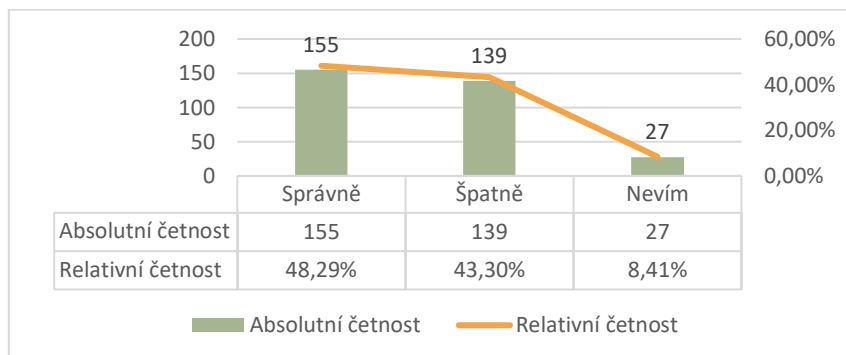
Zdroj: Vlastní

Otázka č. 14

Judaismus je

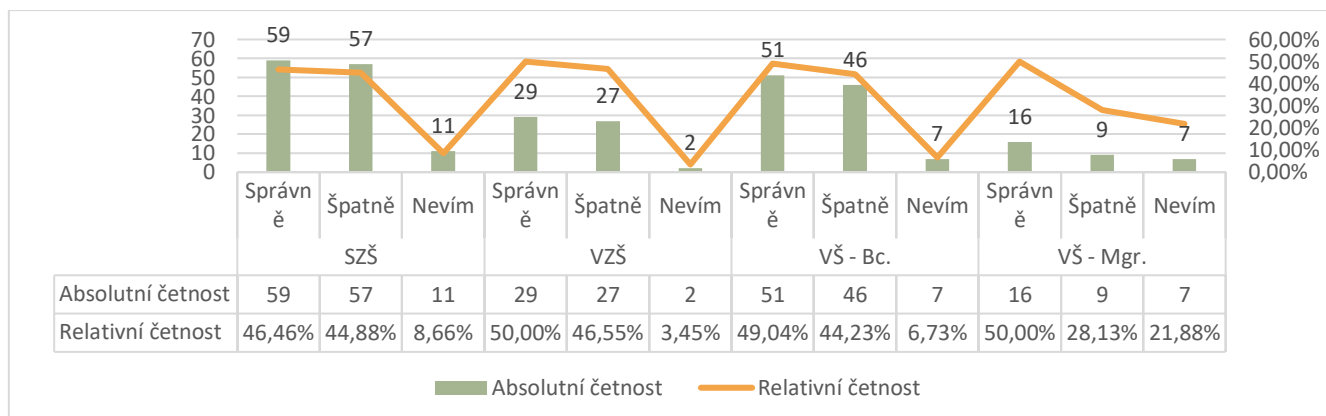
Správná odpověď: Nejstarší světové monoteistické náboženství

GRAF 8a: JUDAISMUS – CELKOVĚ



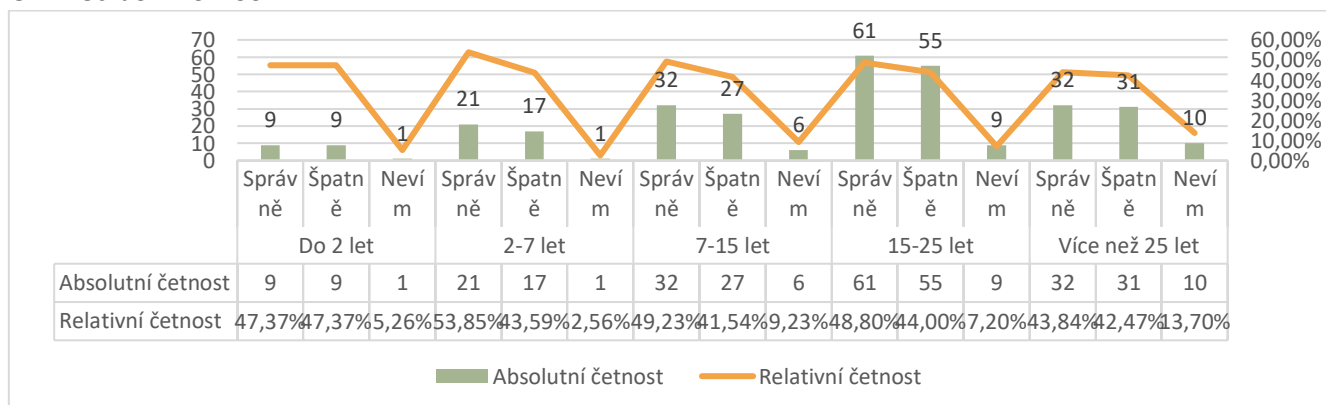
Zdroj: Vlastní

GRAF 8b: JUDAISMUS – NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ



Zdroj: Vlastní

GRAF 8c: JUDAISMUS - DÉLKA PRAXE



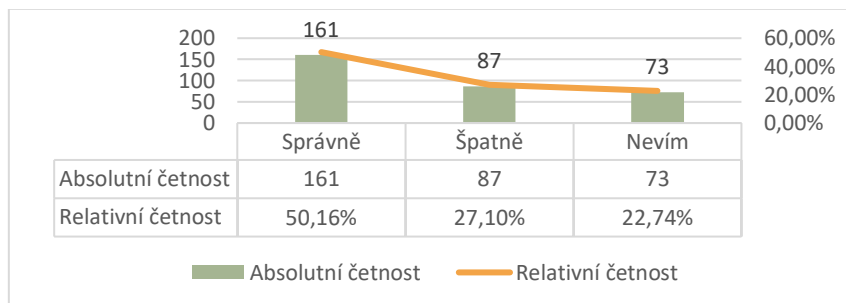
Zdroj: Vlastní

Otázka č.15

Židé se ve své víře i v každodenním životě řídí

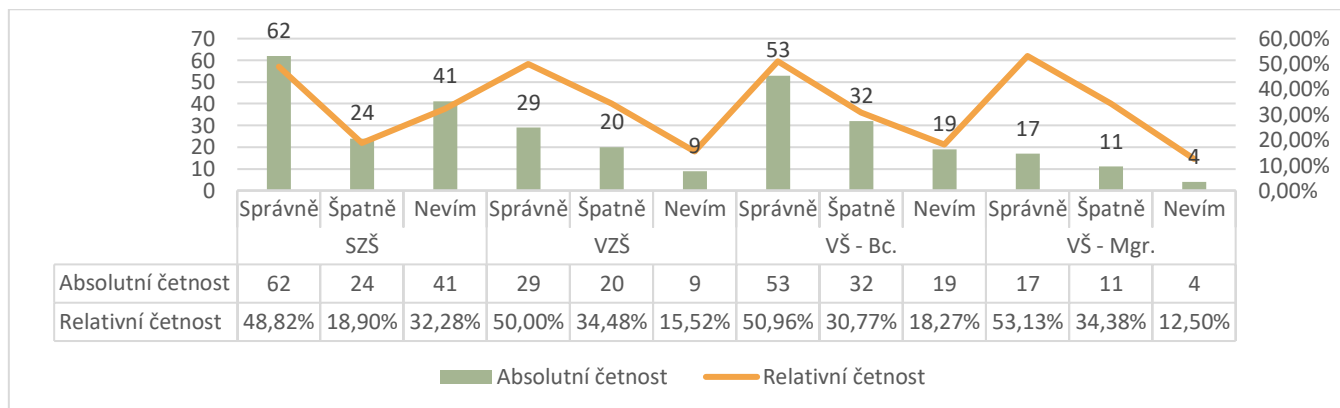
Správná odpověď: Desaterem Božích přikázání

GRAF 9a: KAŽDODENNÍ ŽIVOT ŽIDŮ - CELKOVĚ



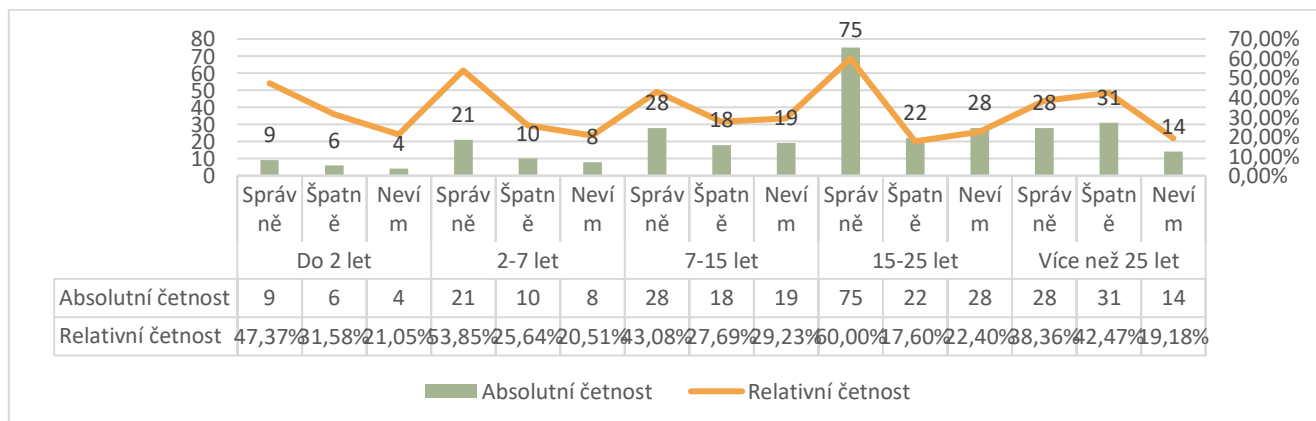
Zdroj: Vlastní

GRAF 9b: KAŽDODENNÍ ŽIVOT ŽIDŮ – NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ



Zdroj: Vlastní

GRAF 9c: KAŽDODENNÍ ŽIVOT ŽIDŮ - DÉLKA PRAXE



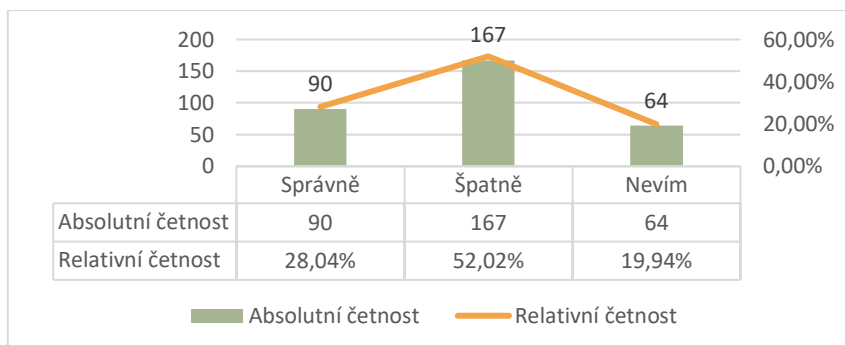
Zdroj: Vlastní

Otázka č. 16

Šabat trvá

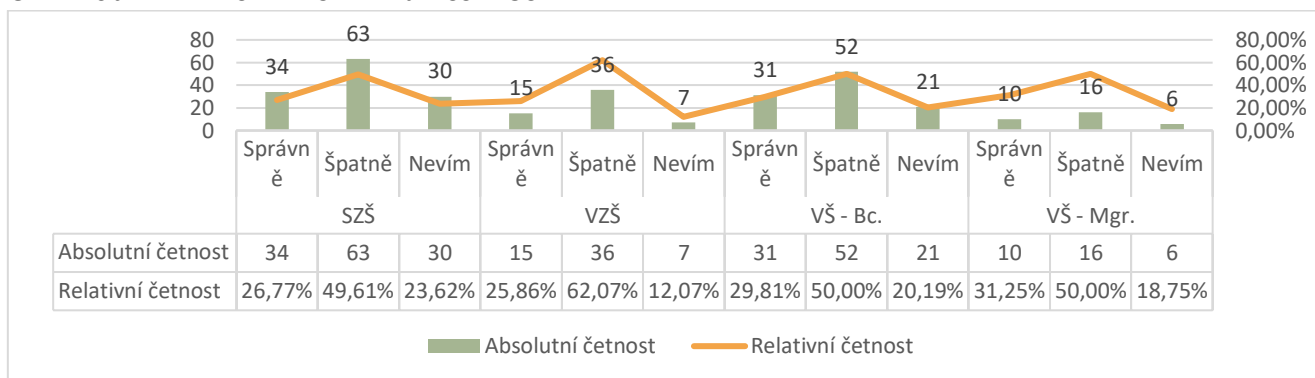
Správná odpověď: Od pátečního západu slunce do sobotního západu slunce

GRAF 10a: TRVÁNÍ ŠABATU – CELKOVĚ



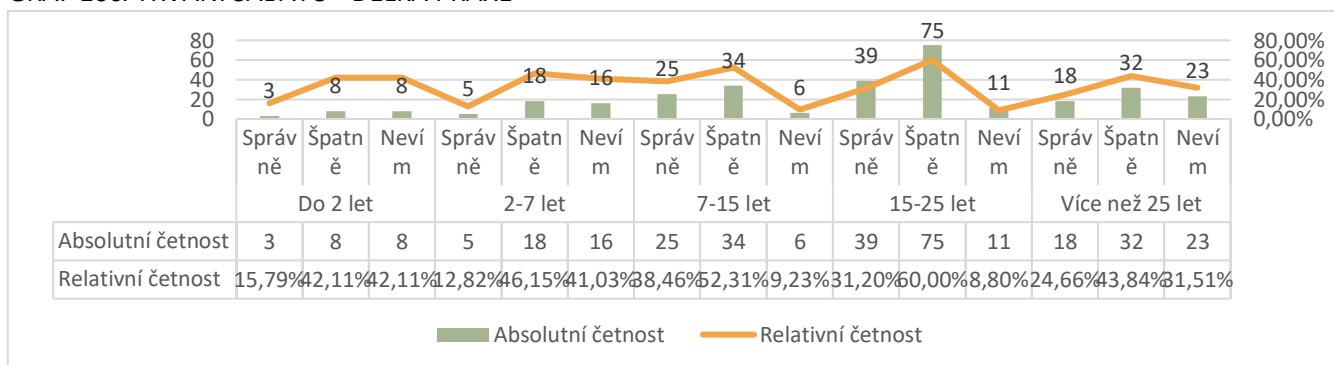
Zdroj: Vlastní

GRAF 10b: TRVÁNÍ ŠABATU – NEJvyšší DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ



Zdroj: Vlastní

GRAF 10c: TRVÁNÍ ŠABATU - DÉLKA PRAXE



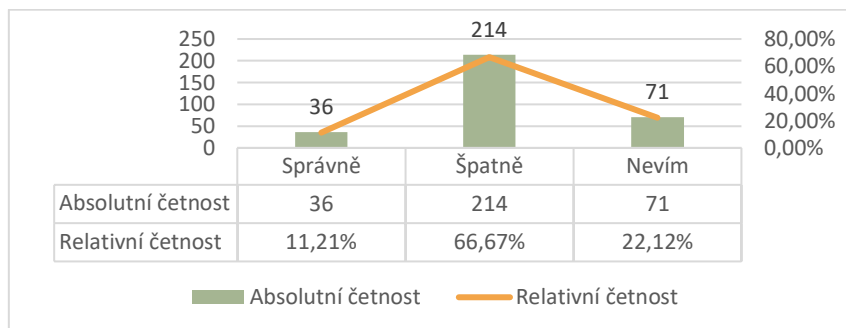
Zdroj: Vlastní

Otázka č. 17

Během Šabatu platí řada pravidel, některá z nich jsou

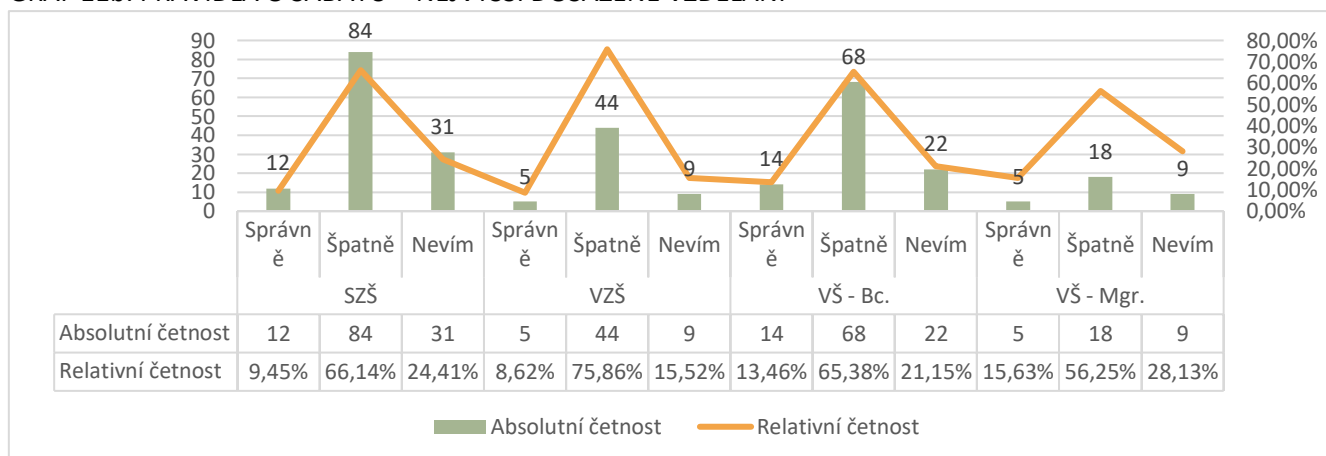
Správná odpověď: Zákaz některých pracovních činností, používání elektřiny

GRAF 11a: PRAVIDLA O ŠABATU - CELKOVĚ



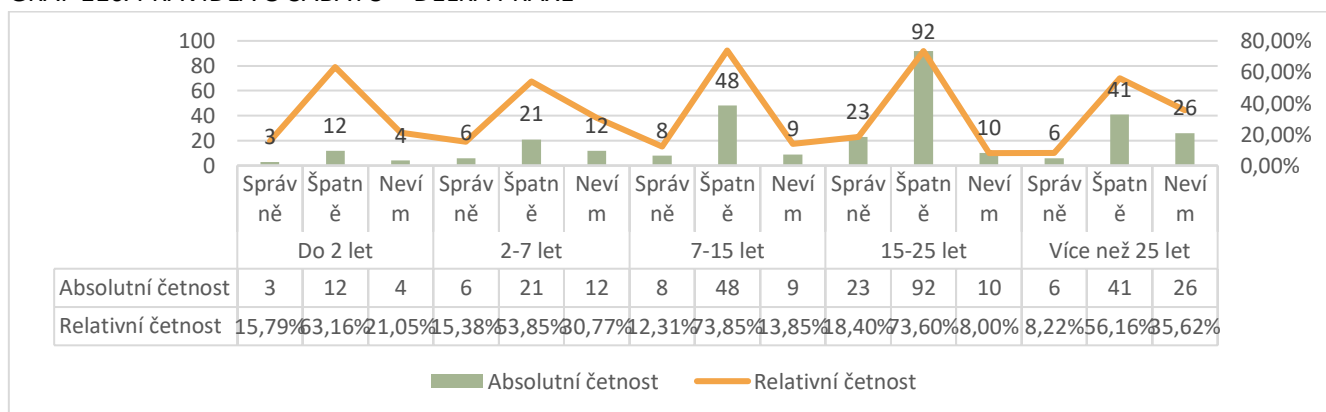
Zdroj: Vlastní

GRAF 11b: PRAVIDLA O ŠABATU – NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ



Zdroj: Vlastní

GRAF 11c: PRAVIDLA O ŠABATU – DÉLKA PRAXE



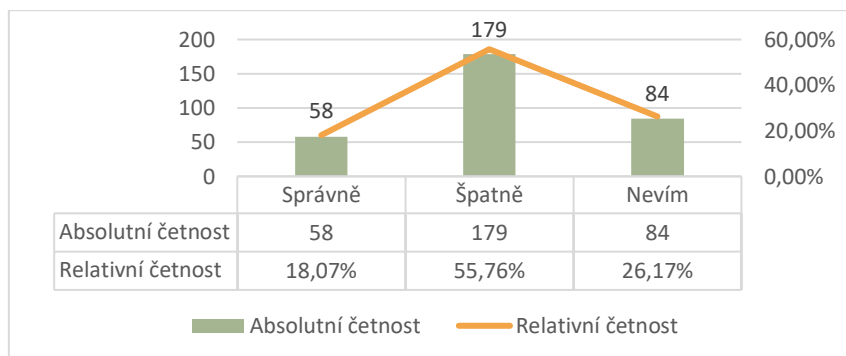
Zdroj: Vlastní

Otázka č. 18

Při prvotním kontaktu s pacientem/pacientkou židovského vyznání ve zdravotnickém zařízení

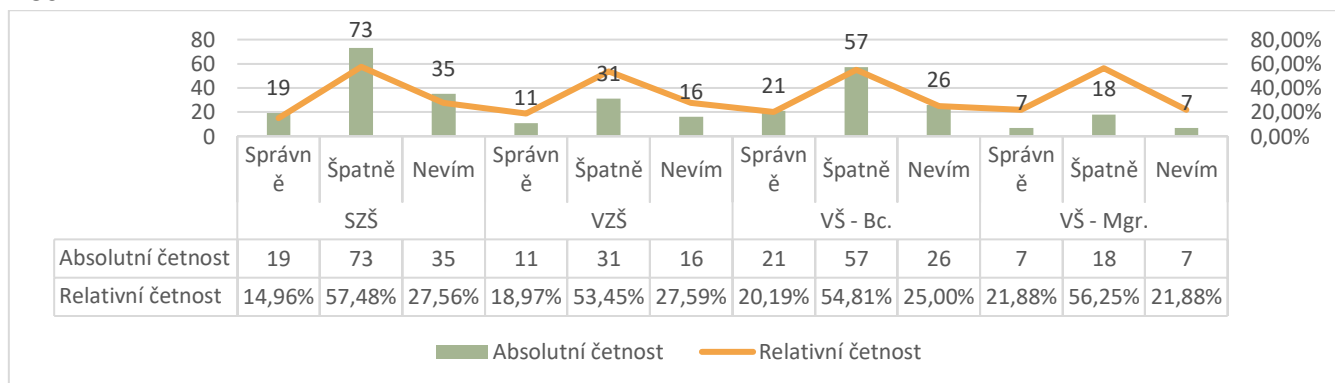
Správná odpověď: Záleží na ortodoxnosti pacienta, mohou se vyskytnout omezení

GRAF 12a: SPECIFIKA PRVOTNÍHO KONTAKTU S PACIENTEM ŽIDOVSKÉHO VYZNÁNÍ - CELKOVĚ



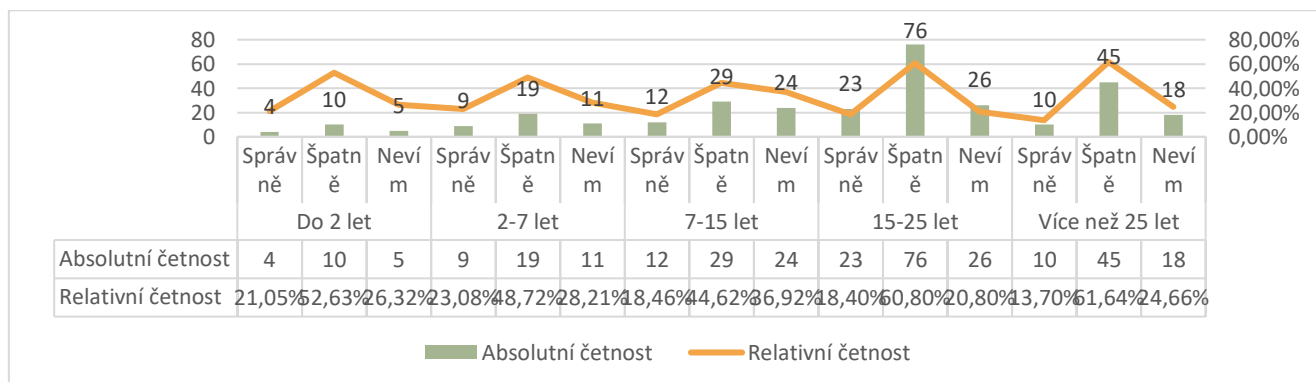
Zdroj: Vlastní

GRAF 12b: SPECIFIKA PRVOTNÍHO KONTAKTU S PACIENTEM ŽIDOVSKÉHO VYZNÁNÍ – NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ



Zdroj: Vlastní

GRAF 12c: SPECIFIKA PRVOTNÍHO KONTAKTU S PACIENTEM ŽIDOVSKÉHO VYZNÁNÍ – DÉLKA PRAXE



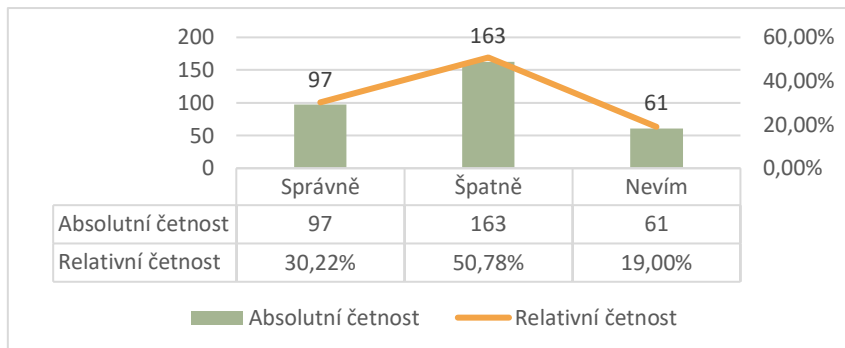
Zdroj: Vlastní

Otázka č. 19

Stravování židů má mnoho zásad k některým z nich patří

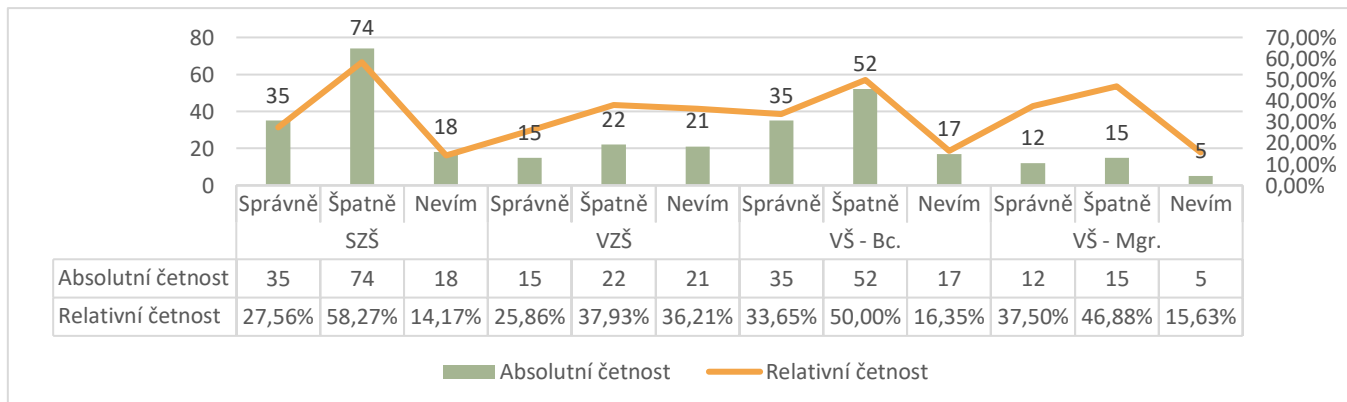
Správná odpověď: Zákaz konzumace vepřového, krve, uhynulých zvířat, a některých druhů masa

GRAF 13a: ZÁSADY STRAVOVÁNÍ ŽIDŮ - CELKOVĚ



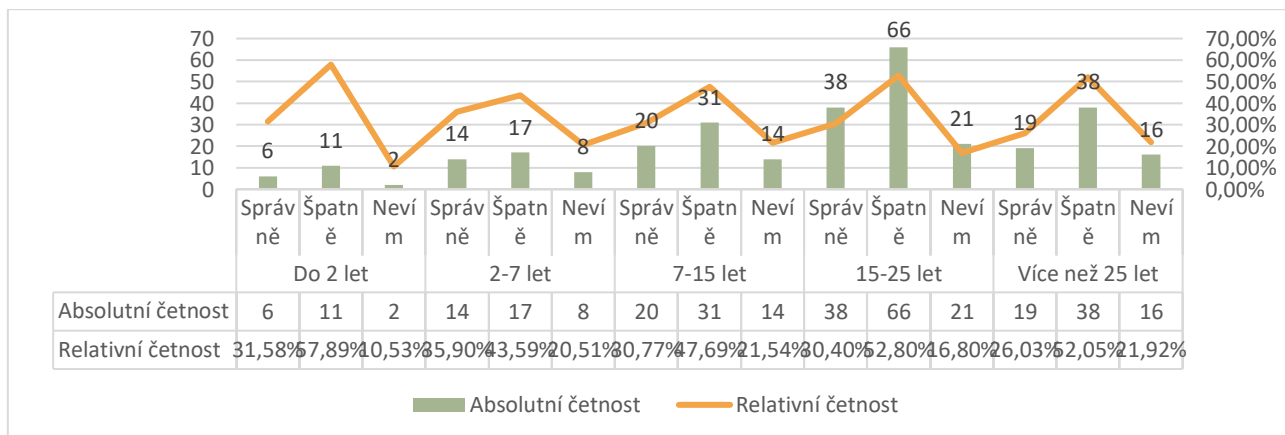
Zdroj: Vlastní

GRAF 13b: ZÁSADY STRAVOVÁNÍ ŽIDŮ - NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ



Zdroj: Vlastní

GRAF 13c: ZÁSADY STRAVOVÁNÍ ŽIDŮ - DÉLKA PRAXE



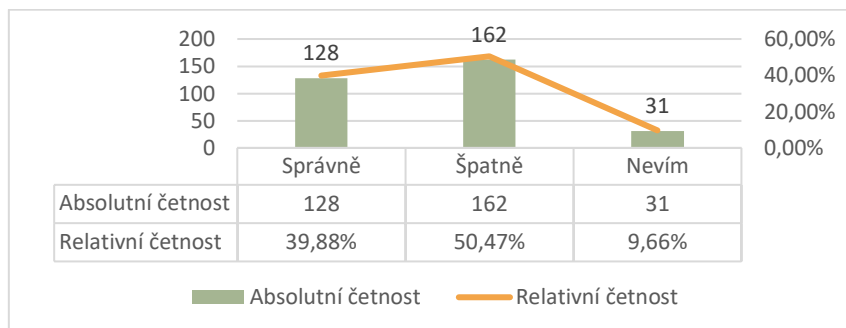
Zdroj: Vlastní

Otázka č. 20

Při přípravě a konzumaci jídla dle pravidel židovství platí

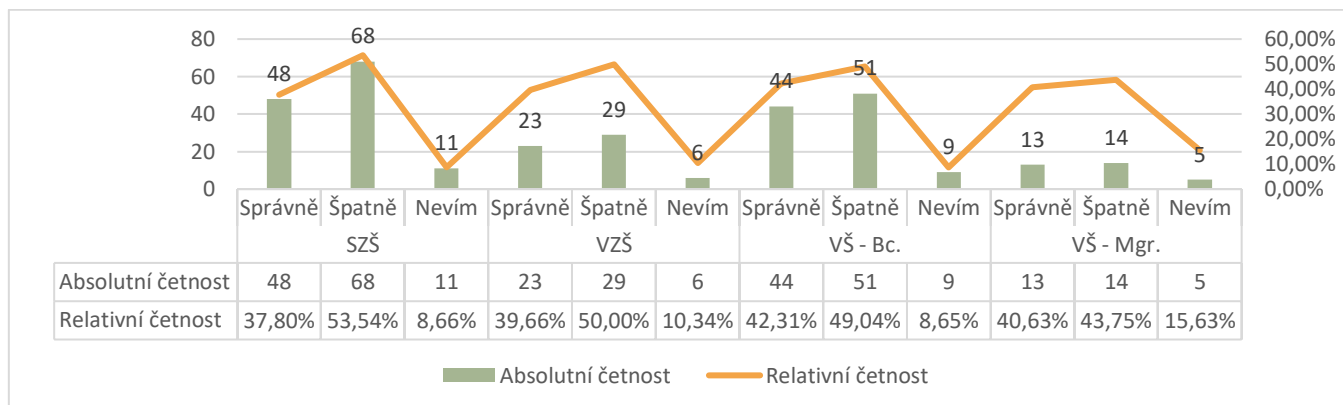
Správná odpověď: Všechna tvrzení jsou správná

GRAF 14a: PRAVIDLA PŘÍPRAVY A KONZUMACE JÍDLA V ŽIDOVSTVÍ - CELKOVĚ



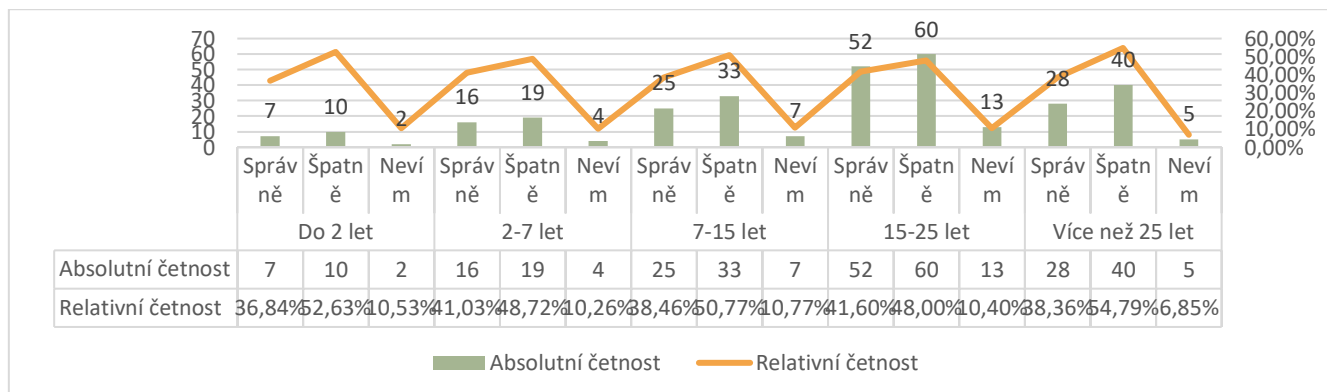
Zdroj: Vlastní

GRAF 14b: PRAVIDLA PŘÍPRAVY A KONZUMACE JÍDLA V ŽIDOVSTVÍ - NEJvyšší DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ



Zdroj: Vlastní

GRAF 14c: PRAVIDLA PŘÍPRAVY A KONZUMACE JÍDLA V ŽIDOVSTVÍ - DÉLKA PRAXE



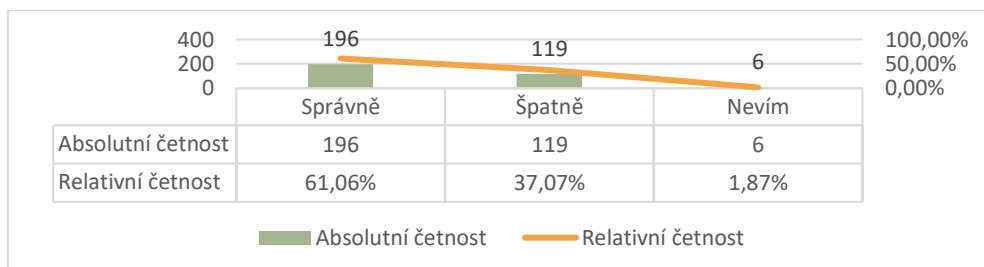
Zdroj: Vlastní

Otázka č. 21

Islám je

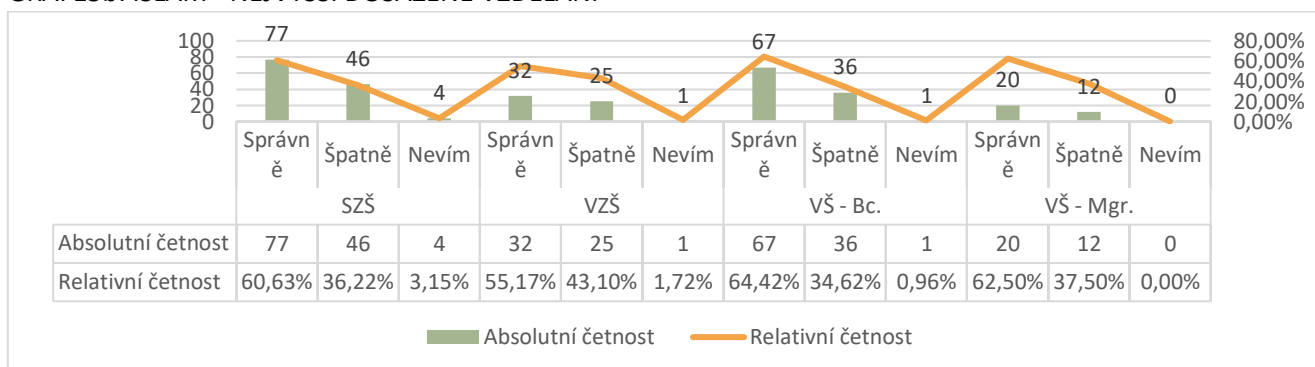
Správná odpověď: Nejmladší světové monoteistické náboženství

GRAF 15a: ISLÁM - CELKOVĚ



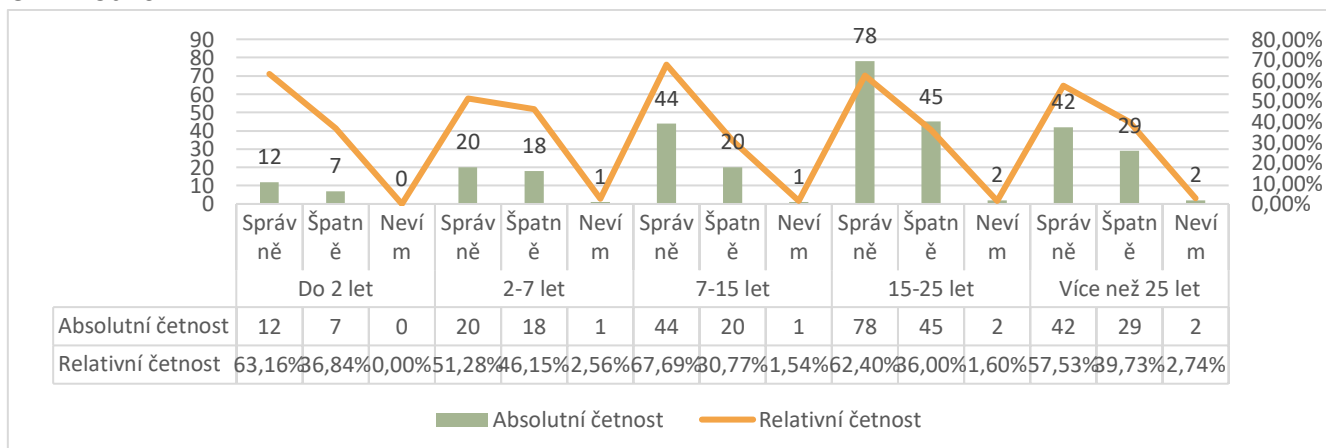
Zdroj: Vlastní

GRAF15b: ISLÁM - NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ



Zdroj: Vlastní

GRAF 15c: ISLÁM - DÉLKA PRAXE



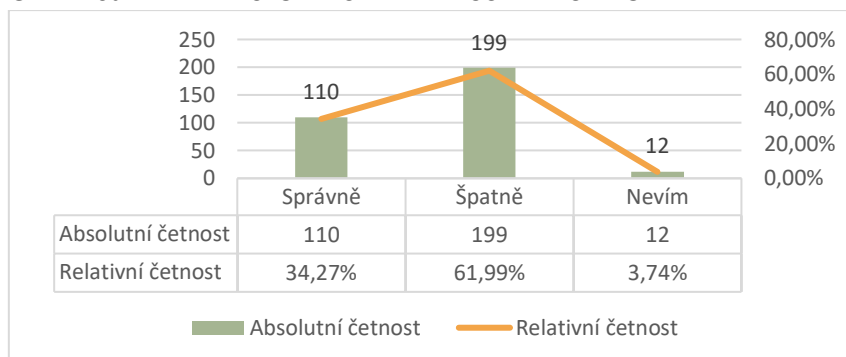
Zdroj: Vlastní

Otázka č.22

Jaký je význam slova Islám a muslim?

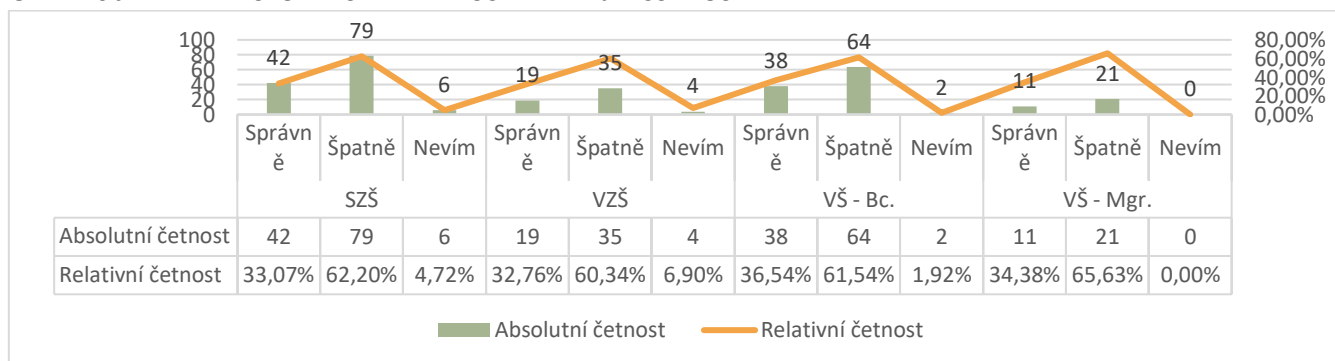
Správná odpověď: Oddat se, oddaný Alláhu

GRAF 16a: VÝZNAM SLOVA ISLÁM A MUSLIM - CELKOVĚ



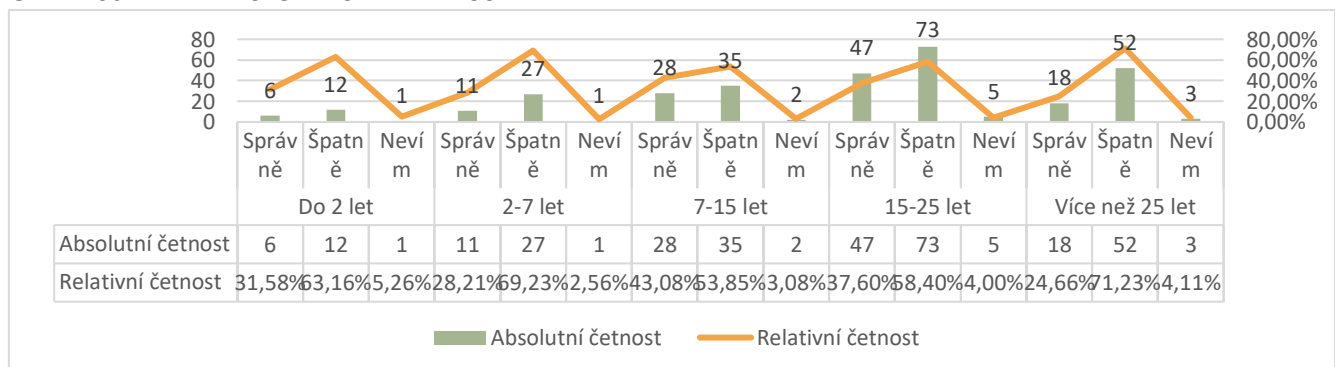
Zdroj: Vlastní

GRAF 16b: VÝZNAM SLOVA ISLÁM A MUSLIM - NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ



Zdroj: Vlastní

GRAF 16c: VÝZNAM SLOVA ISLÁM A MUSLIM - DÉLKA PRAXE



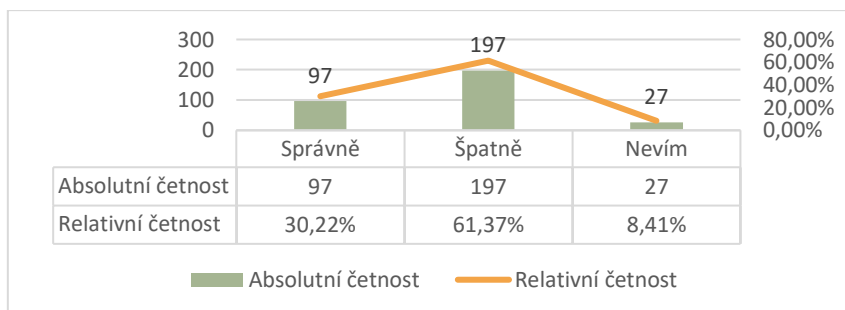
Zdroj: Vlastní

Otázka č. 23

V době Ramadánu se zákaz jíst a pít od východu do západu slunce netýká

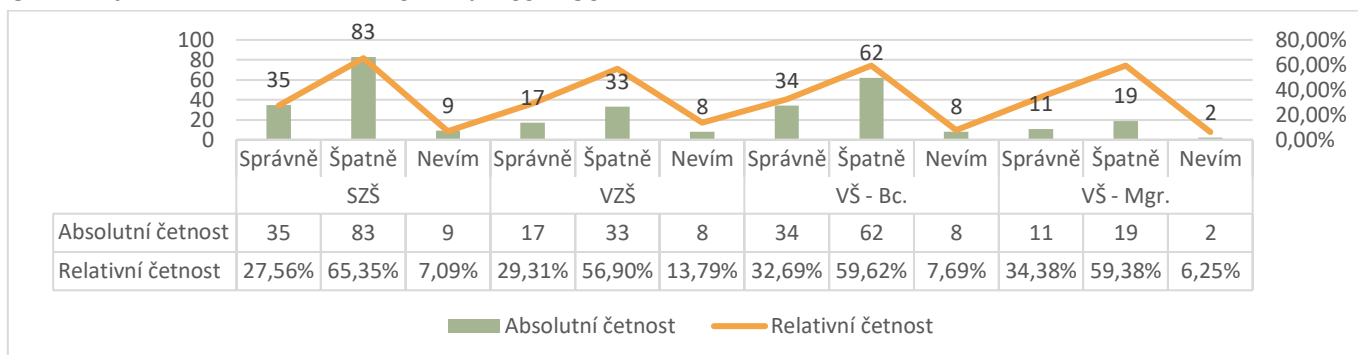
Správná odpověď: Nemocných, starých a slabých, těhotných a kojících žen, cestujících, dětí

GRAF 17a: ZÁKAZY V RAMADÁMU - CELKOVĚ



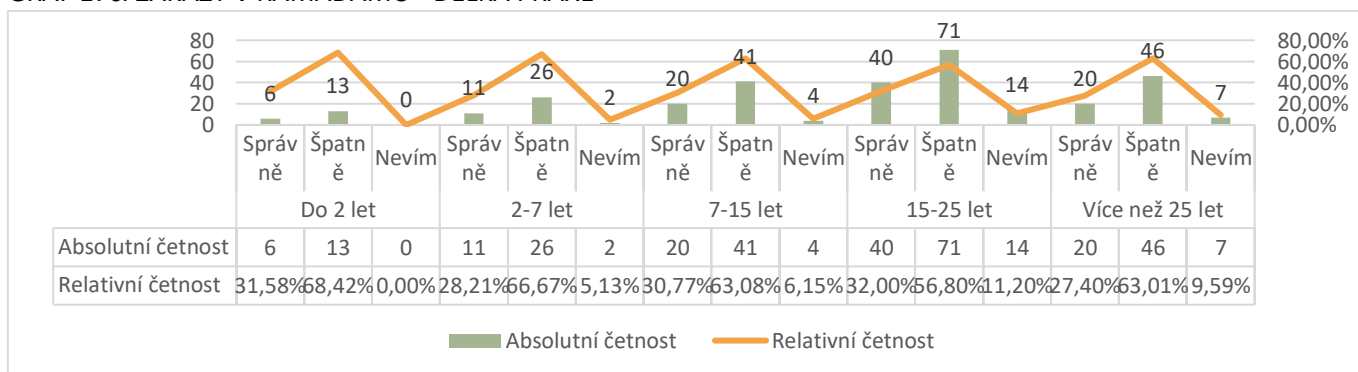
Zdroj: Vlastní

GRAF 17b: ZÁKAZY V RAMADÁMU - NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ



Zdroj: Vlastní

GRAF 17c: ZÁKAZY V RAMADÁMU - DÉLKA PRAXE



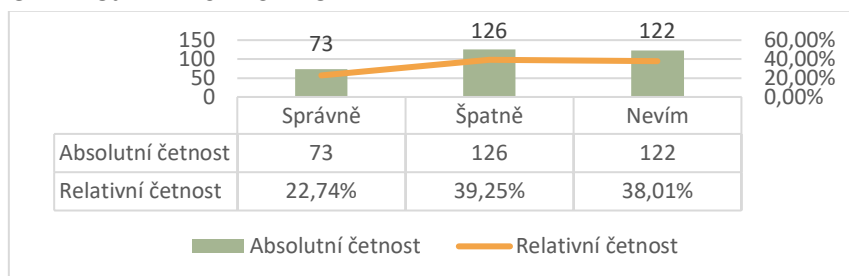
Zdroj: Vlastní

Otázka č. 24

Abdest znamená

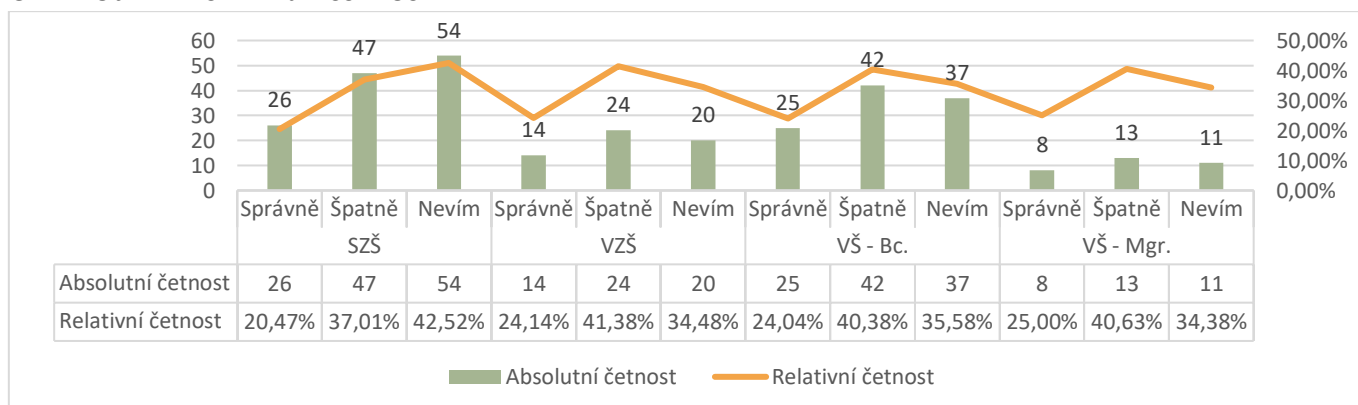
Správná odpověď: Rituální očista muslima před modlitbou, dle daných pravidel, nelze ji ničím nahradit

GRAF 18a: ABDEST - CELKOVĚ



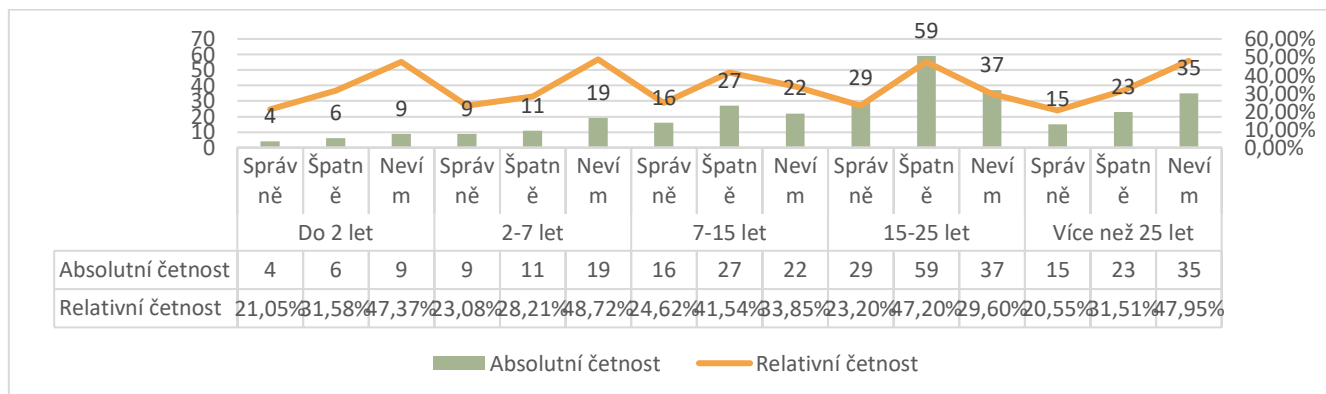
Zdroj: Vlastní

GRAF 18b: ABDEST - NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ



Zdroj: Vlastní

GRAF 18c: ABDEST - DÉLKA PRAXE



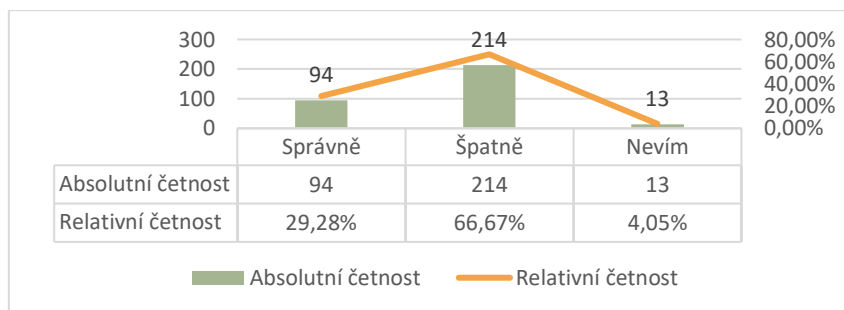
Zdroj: Vlastní

Otázka č. 25

Předpisy koránu a z něj plynoucí pravidla pro náboženský i běžný život se vztahují

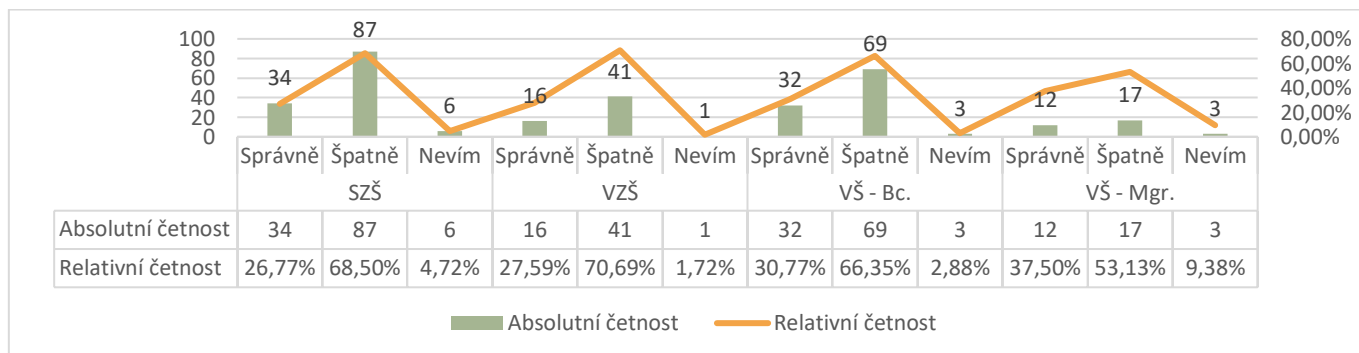
Správná odpověď: Na každého s výjimkou duševně nemocných, nesvéprávných, dětí, žen s menstruací, rodičích a v období šestinedělí

GRAF 19a: PLATNOST PŘEDPISŮ A PRAVIDEL KORÁNU - CELKOVĚ



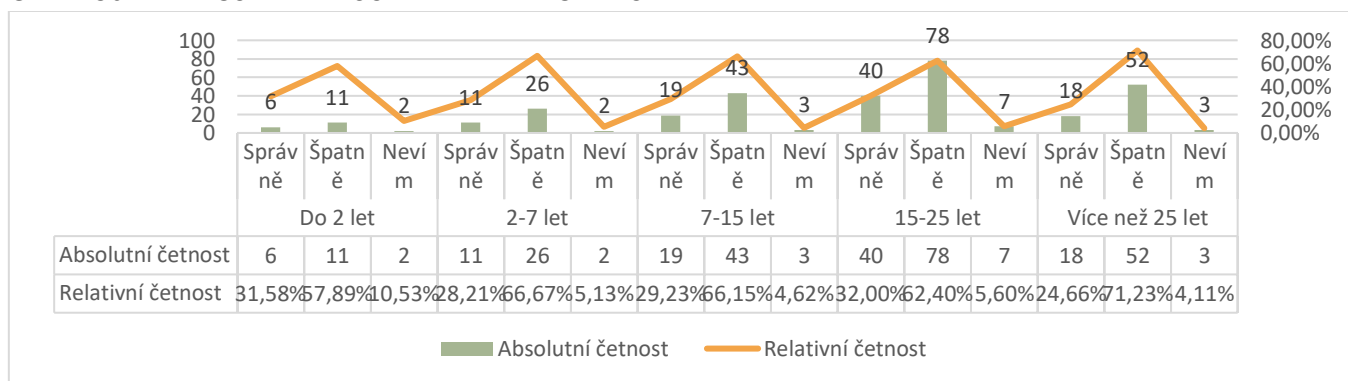
Zdroj: Vlastní

GRAF 19b: PLATNOST PŘEDPISŮ A PRAVIDEL KORÁNU - NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ



Zdroj: Vlastní

GRAF 19c: PLATNOST PŘEDPISŮ A PRAVIDEL KORÁNU - DÉLKA PRAXE



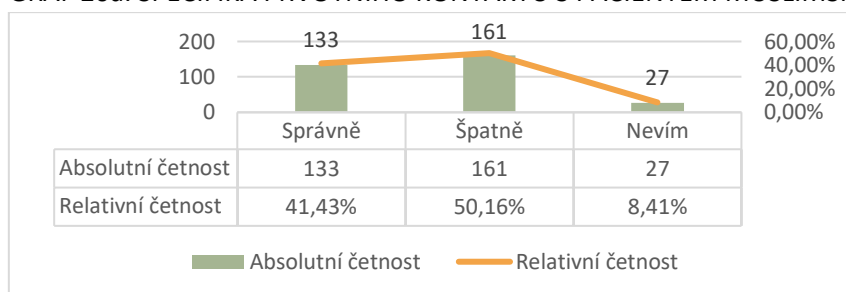
Zdroj: Vlastní

Otázka č. 26

Při prvotním kontaktu s pacientem/pacientkou muslimské víry ve zdravotnickém zařízení

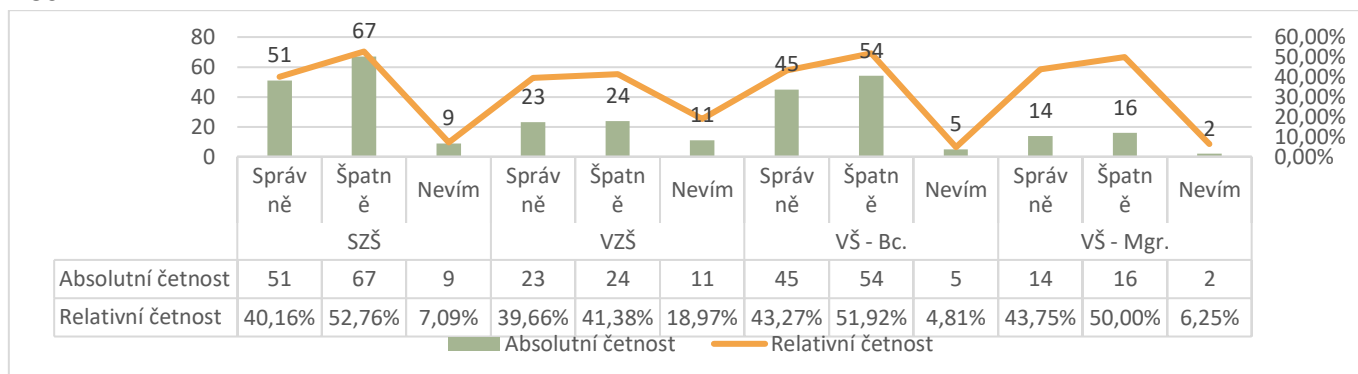
Správná odpověď: Fyzický kontakt mezi muslimkou a mužem je nepřipustný, lékař pouze v nezbytných případech, s výjimkou míst, která zůstávají tabu

GRAF 20a: SPECIFIKA PRVOTNÍHO KONTAKTU S PACIENTEM MUSLIMSKÉ VÍRY - CELKOVĚ



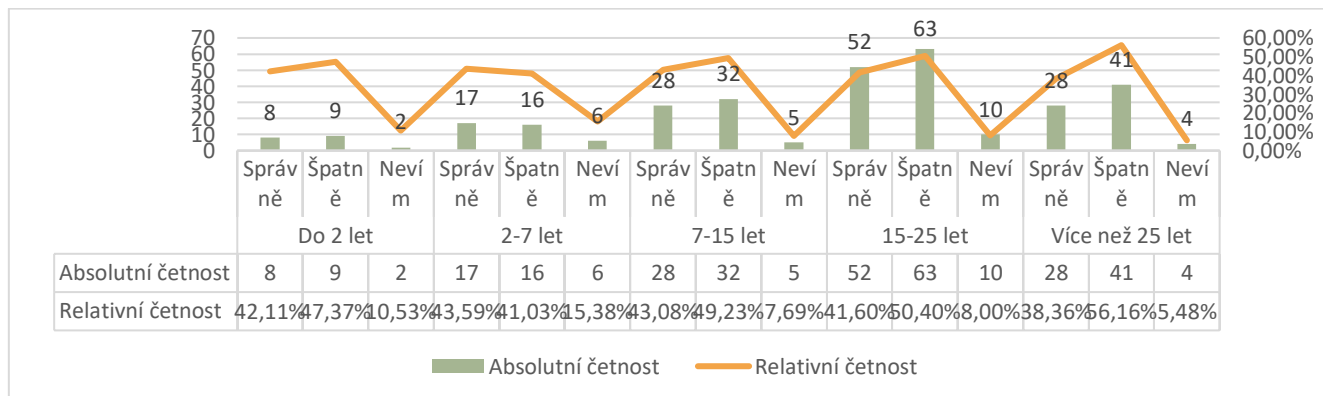
Zdroj: Vlastní

GRAF 20b: SPECIFIKA PRVOTNÍHO KONTAKTU S PACIENTEM MUSLIMSKÉ VÍRY - NEJVVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ



Zdroj: Vlastní

GRAF 20c: SPECIFIKA PRVOTNÍHO KONTAKTU S PACIENTEM MUSLIMSKÉ VÍRY - DÉLKA PRAXE



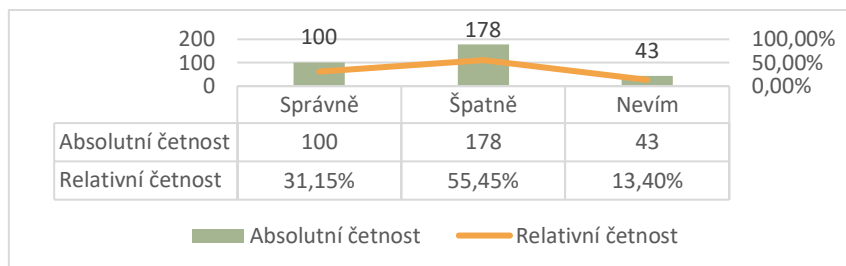
Zdroj: Vlastní

Otázka č. 27

Jak dlouho má být dítě dle koránu kojeno?

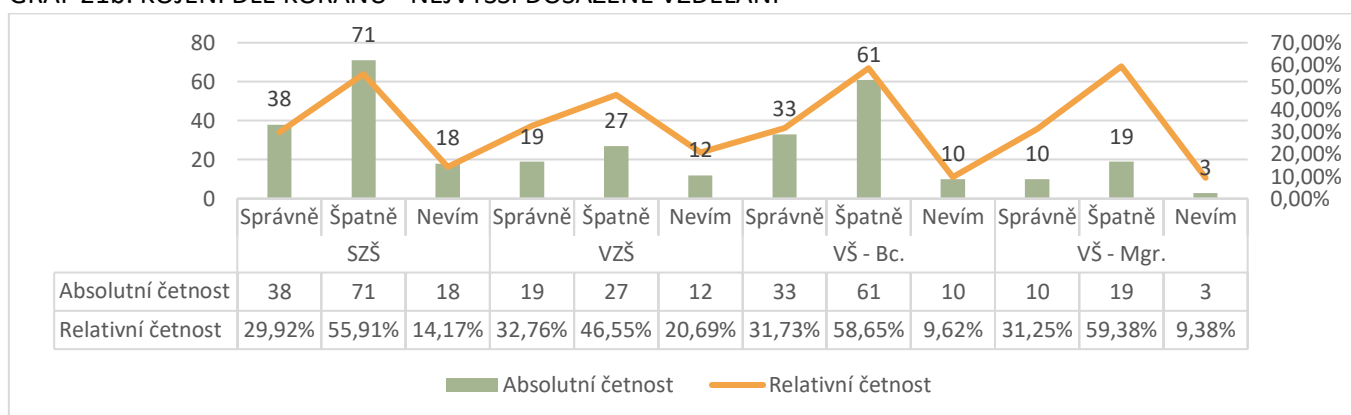
Správná odpověď: Do dvou let

GRAF 21a: KOJENÍ DLE KORÁNU - CELKOVĚ



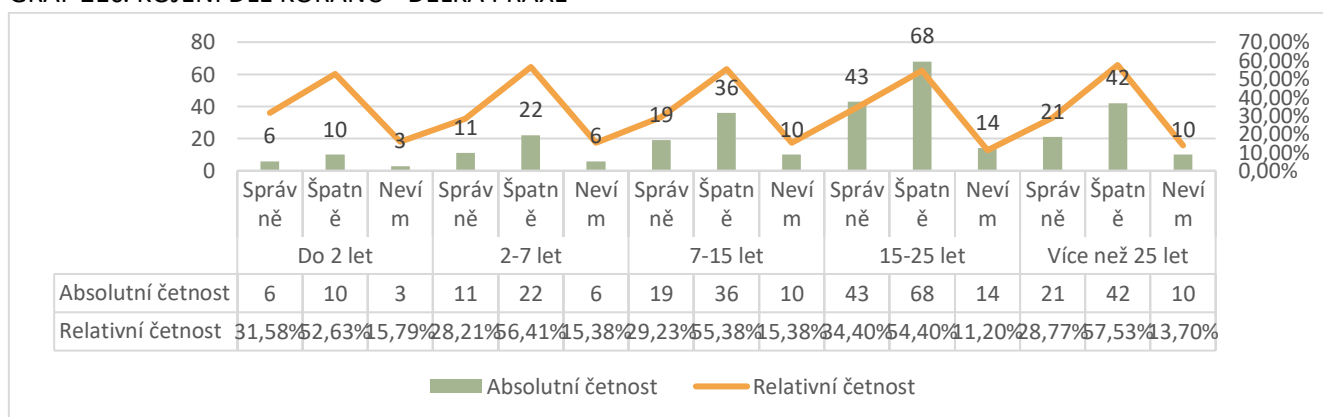
Zdroj: Vlastní

GRAF 21b: KOJENÍ DLE KORÁNU - NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ



Zdroj: Vlastní

GRAF 21c: KOJENÍ DLE KORÁNU - DÉLKA PRAXE



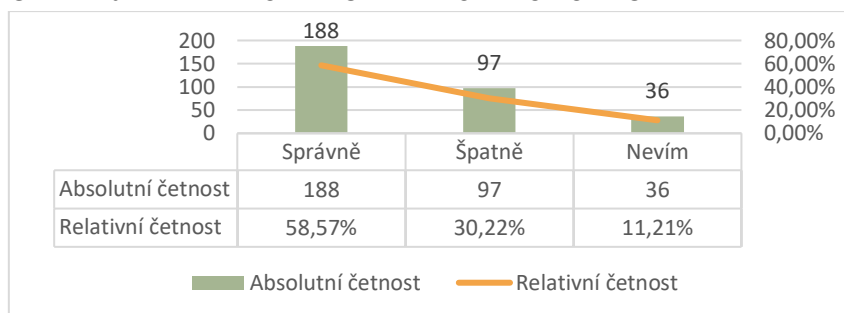
Zdroj: Vlastní

Otázka č. 28

V Islámu platí řada pravidel pro stravování, některá z nich jsou

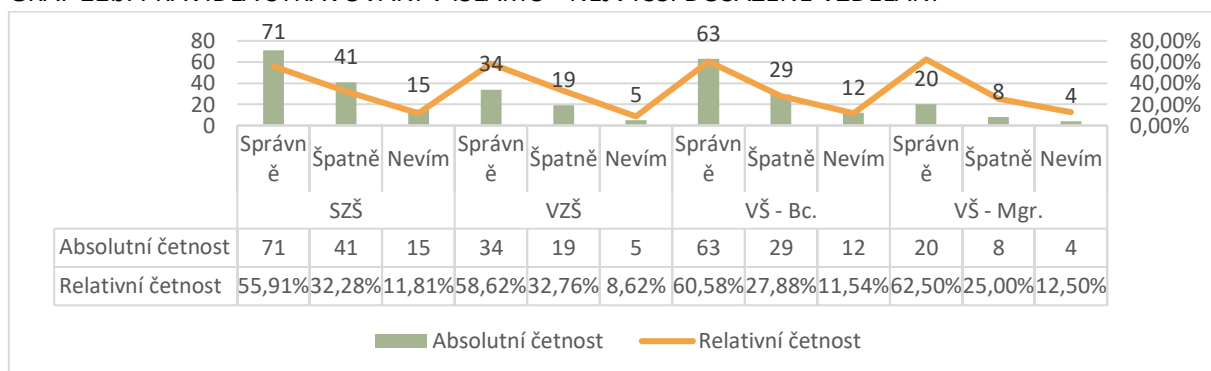
Správná odpověď: Zákaz konzumace alkoholu, vepřového masa, krve, uhynulých zvířat

GRAF 22a: PRAVIDLA STRAVOVÁNÍ V ISLÁMU - CELKOVĚ



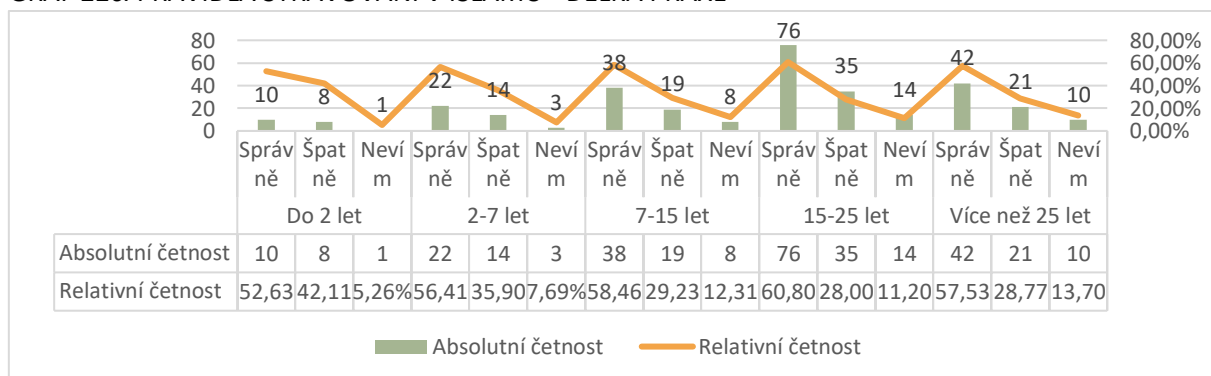
Zdroj: Vlastní

GRAF 22b: PRAVIDLA STRAVOVÁNÍ V ISLÁMU - NEJvyšší DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ



Zdroj: Vlastní

GRAF 22c: PRAVIDLA STRAVOVÁNÍ V ISLÁMU - DÉLKA PRAXE



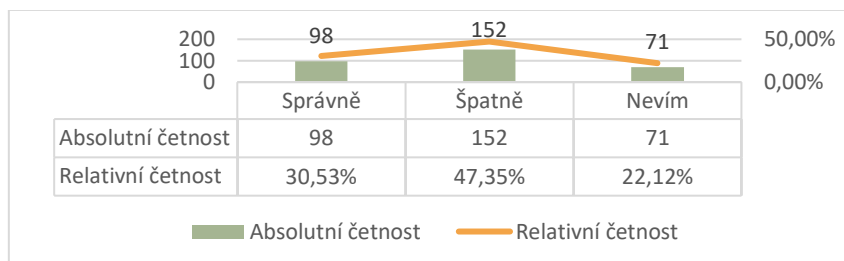
Zdroj: Vlastní

Otázka č. 29

Základní myšlenku Hinduismu tvoří existence

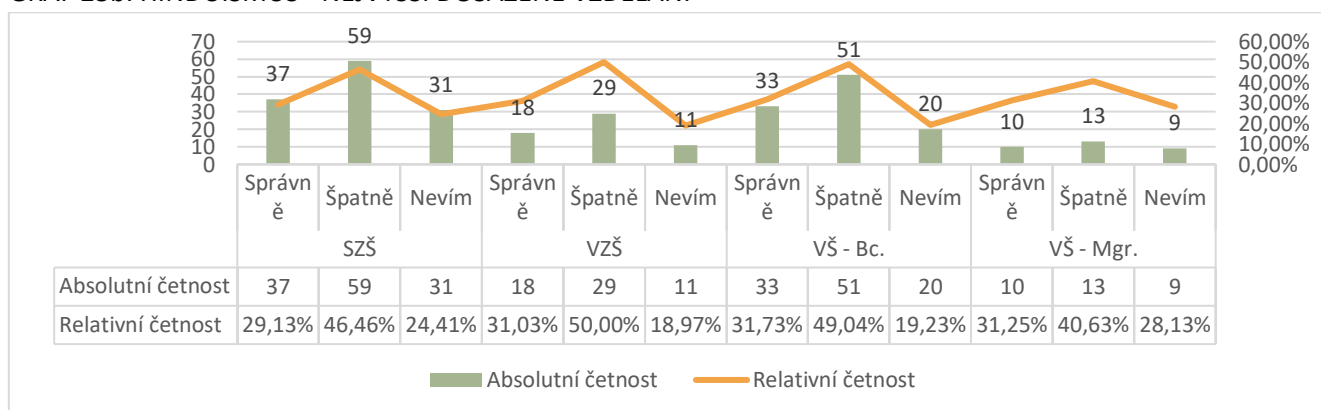
Správná odpověď: Nejvyššího ducha Brahmy a mnoha dalších hinduistických bohů, věří v převtělování duší

GRAF 23a: HINDUISMUS - CELKOVĚ



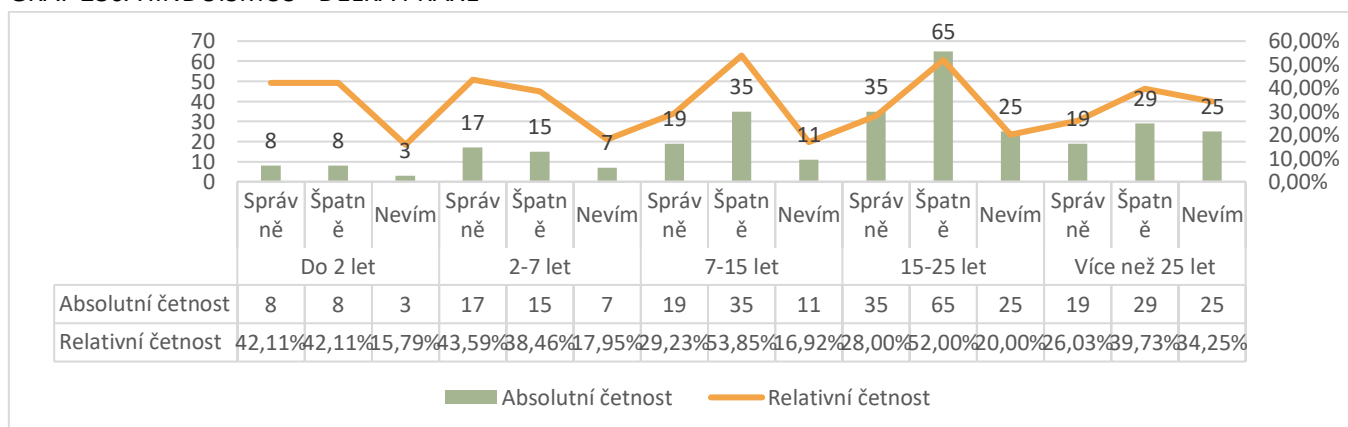
Zdroj: Vlastní

GRAF 23b: HINDUISMUS - NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ



Zdroj: Vlastní

GRAF 23c: HINDUISMUS - DÉLKA PRAXE



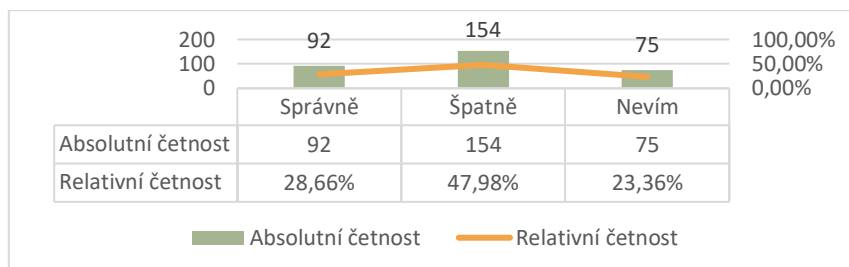
Zdroj: Vlastní

Otázka č. 30

Mezi hlavní zásady Budhismu patří

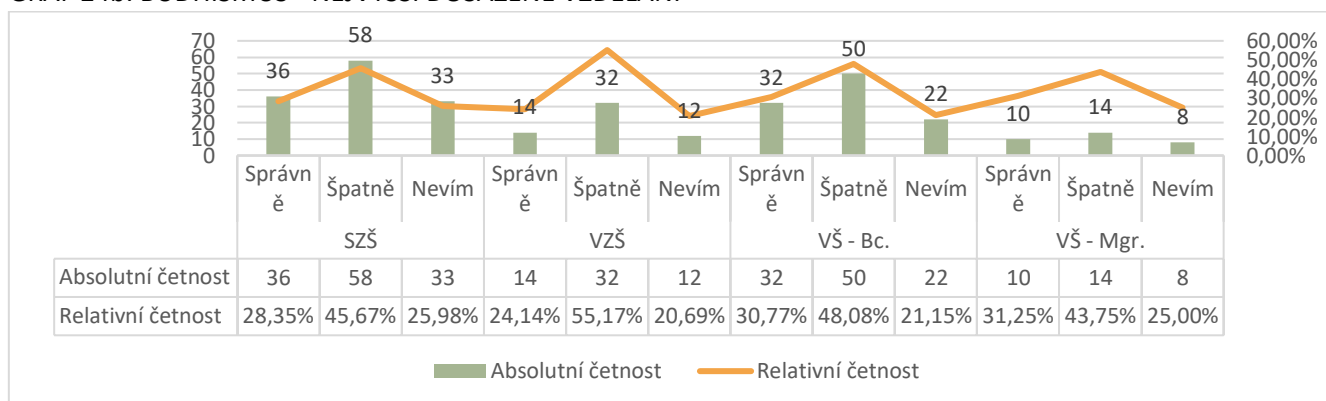
Správná odpověď: Neubližovat bytostem, nekrást, necizoložit, nepít opojné nápoje a nelhat

GRAF 24a: BUDHISMUS - CELKOVĚ



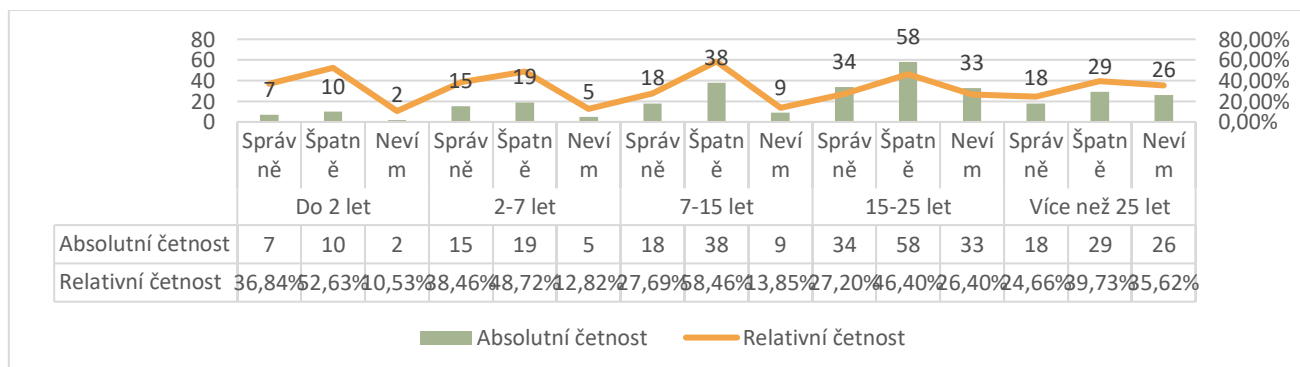
Zdroj: Vlastní

GRAF 24b: BUDHISMUS - NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ



Zdroj: Vlastní

GRAF 24c: BUDHISMUS - DÉLKA PRAXE



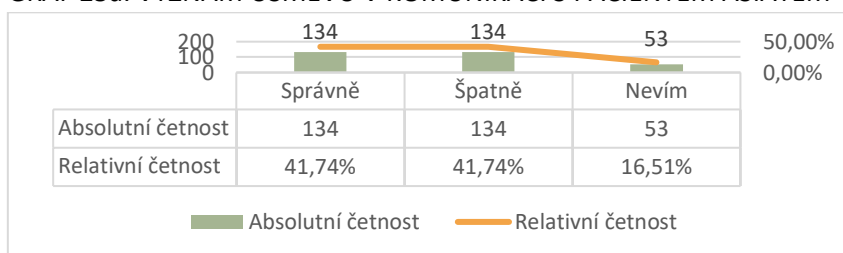
Zdroj: Vlastní

Otázka č. 31

Při komunikaci s pacientem z asijských zemí jeho úsměv a pokyvování většinou znamená

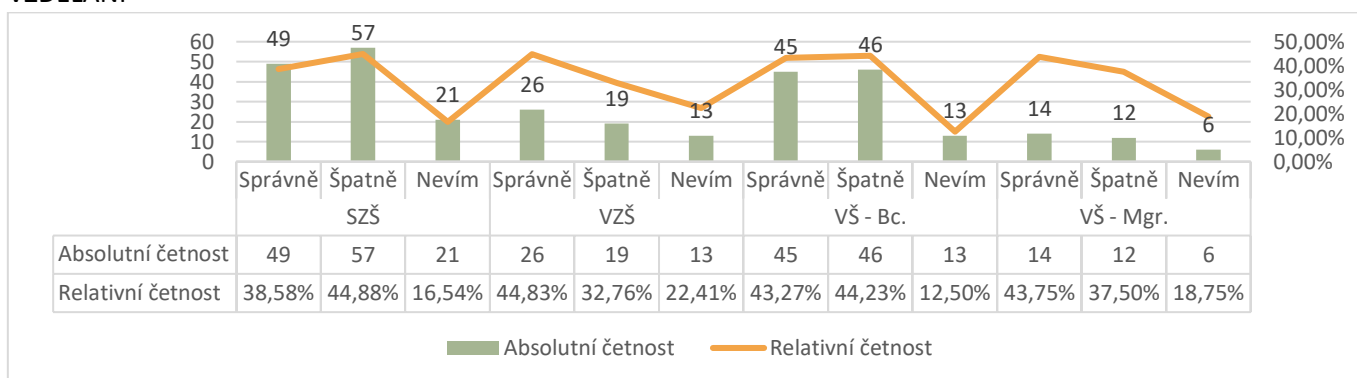
Správná odpověď: Výraz nejistoty, omluvy, rozpaků

GRAF 25a: VÝZNAM ÚSMĚVU V KOMUNIKACI S PACIENTEM ASIATEM - CELKOVĚ



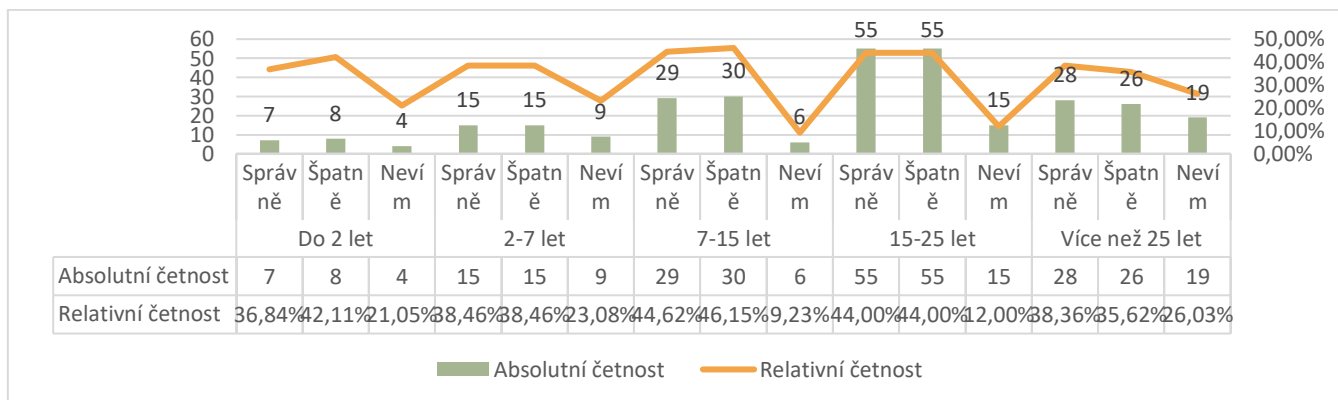
Zdroj: Vlastní

GRAF 25b: VÝZNAM ÚSMĚVU V KOMUNIKACI S PACIENTEM ASIATEM - NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ



Zdroj: Vlastní

GRAF 25c: VÝZNAM ÚSMĚVU V KOMUNIKACI S PACIENTEM ASIATEM - DÉLKA PRAXE



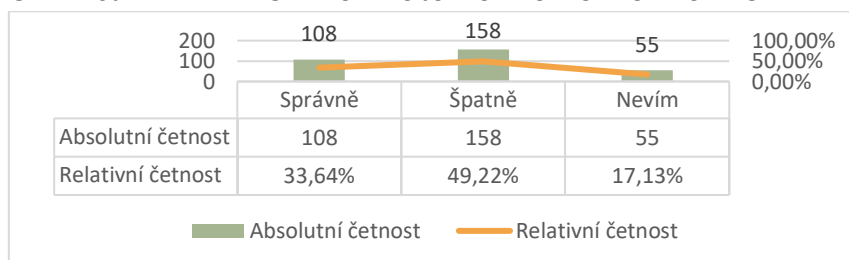
Zdroj: Vlastní

Otázka č. 32

Polibek v asijských kulturách znamená

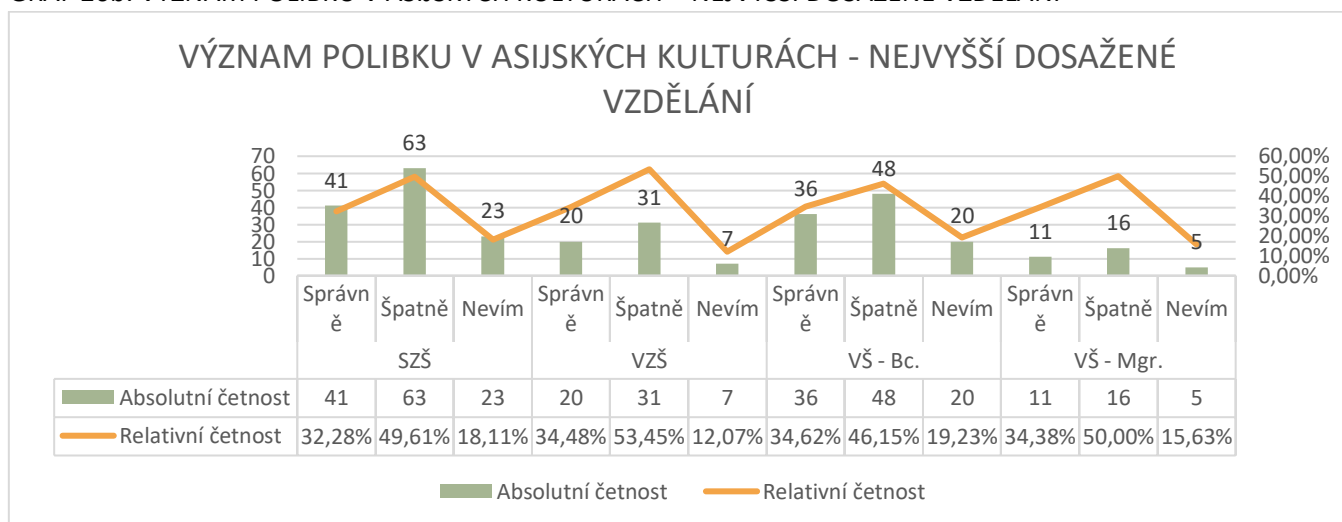
Správná odpověď: Společenskou podřízenost vůči líbanému

GRAF 26a: VÝZNAM POLIBKU V ASIJSKÝCH KULTURÁCH - CELKOVĚ



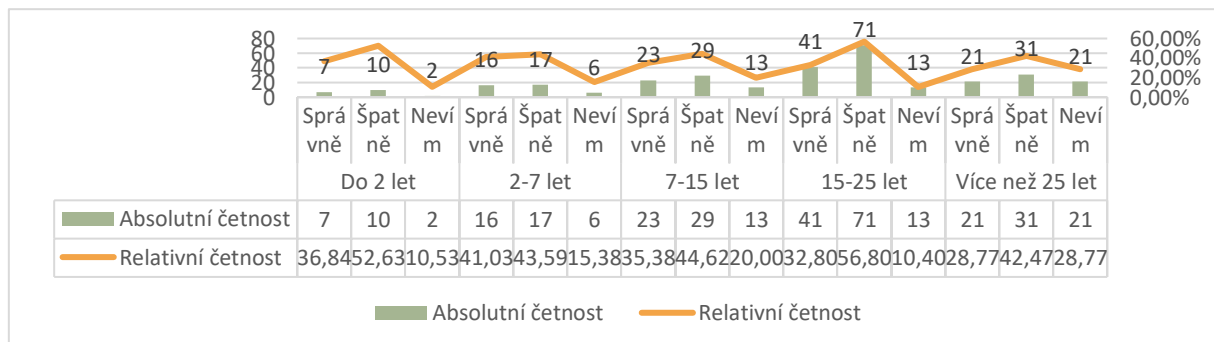
Zdroj: Vlastní

GRAF 26b: VÝZNAM POLIBKU V ASIJSKÝCH KULTURÁCH – NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ



Zdroj: Vlastní

GRAF 26c: VÝZNAM POLIBKU V ASIJSKÝCH KULTURÁCH – DÉLKA PRAXE



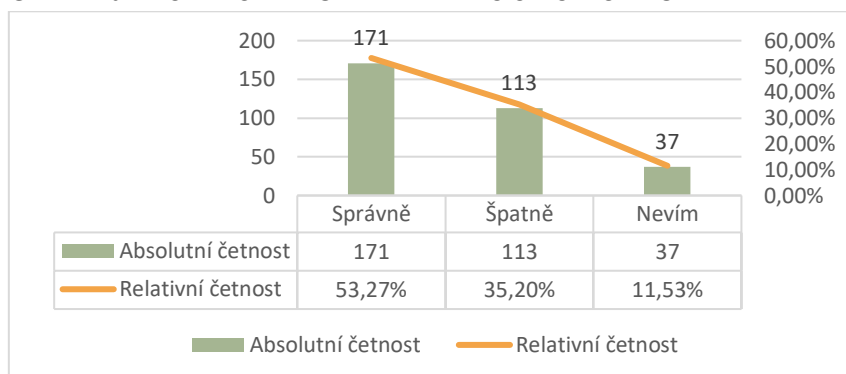
Zdroj: Vlastní

Otázka č. 33

K hlavním zásadám ve stravování v hinduismu patří

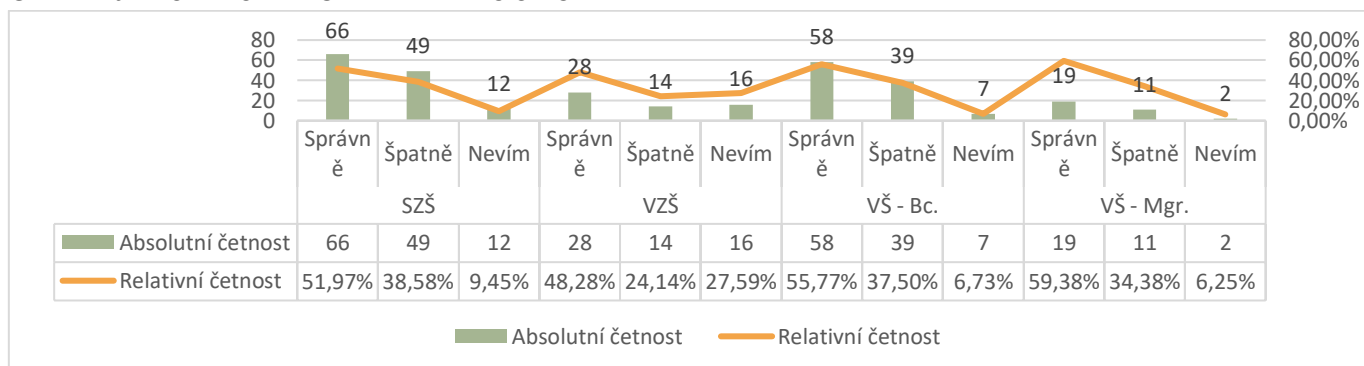
Správná odpověď: Zákaz konzumace hovězího masa

GRAF 27a: ZÁSADY STRAVOVÁNÍ V HINDUISMU – CELKOVĚ



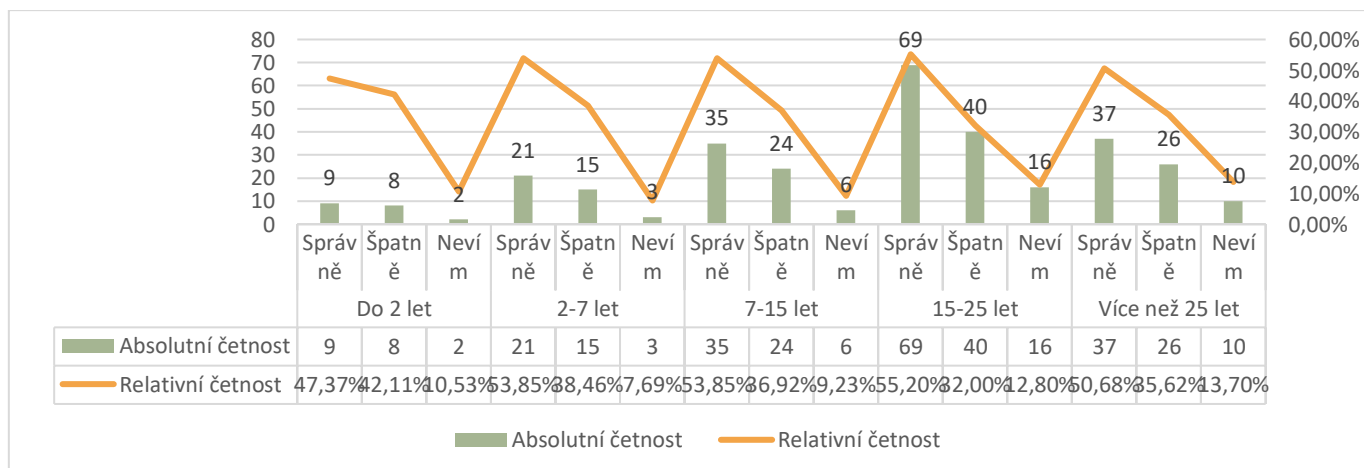
Zdroj: Vlastní

GRAF 27b: ZÁSADY STRAVOVÁNÍ V HINDUISMU



Zdroj: Vlastní

GRAF 27c: ZÁSADY STRAVOVÁNÍ V HINDUISMU



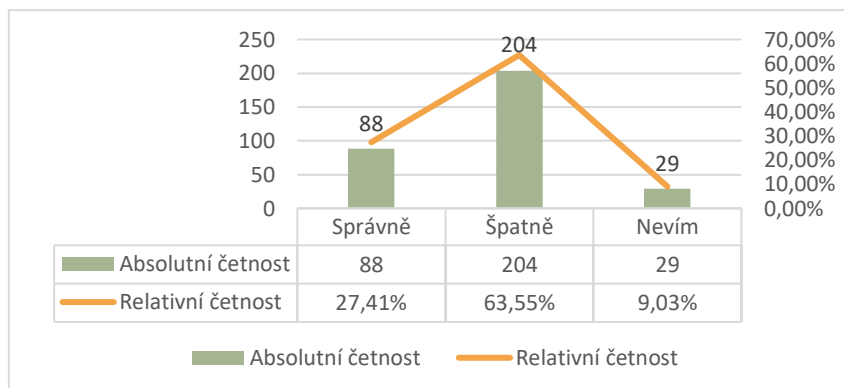
Zdroj: Vlastní

Otázka č. 34

K hlavním zásadám ve stravování v budhismu patří

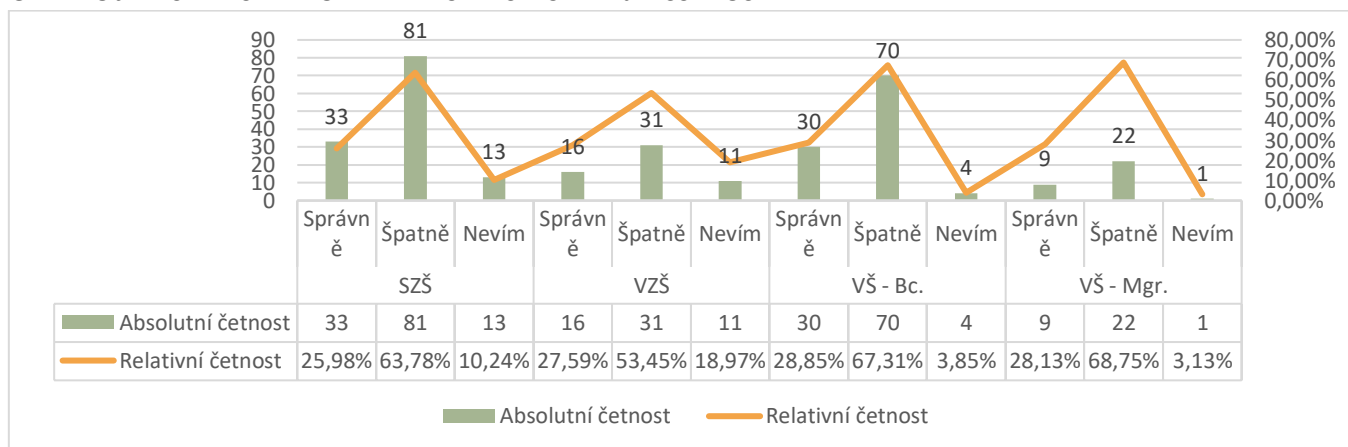
Správná odpověď: Striktní vegetariánství

GRAF 28a: ZÁSADY STRAVOVÁNÍ V BUDHISMU – CELKOVĚ



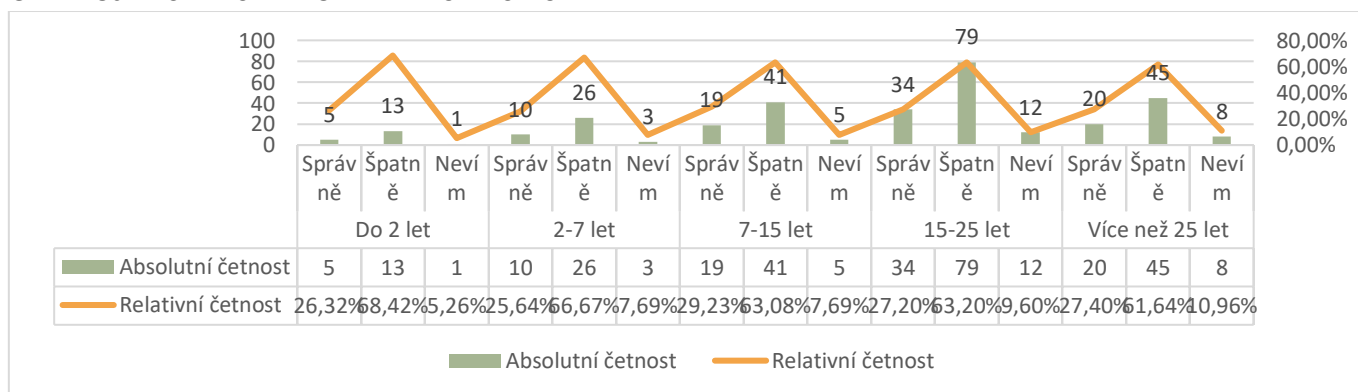
Zdroj: Vlastní

GRAF 28b: ZÁSADY STRAVOVÁNÍ V BUDHISMU – NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ



Zdroj: Vlastní

GRAF 28c: ZÁSADY STRAVOVÁNÍ V BUDHISMU – DÉLKA PRAXE



Zdroj: Vlastní

MULTIKULTURNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Nejčastější MÝTY a hlavní
FAKTA

Když nevíš,
PTEJ SE!

Křesťanství

Islám

Budhismus

Hinduismus

Judaismus

Markéta
Morávková

FAKULTA
ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ
ZÁPADOČESKÉ
UNIVERZITY
V PLZNI

Zdroje:

1. BĚLKA, Luboš, FUJDA, Milan, KUBOVČÁKOVÁ, Zuzana. Náboženství světa II. Východní tradice. Brno: Masarykova univerzita, 2014. ISBN 978-80-210-72-7203-9.2
2. DE VRIES, Simon Philip. Židovské obřady a symboly. Praha: Vgšegrad, 2018. ISBN 978-80-7021-963-8.3
3. CHODRONOVÁ, Thubten. Buddhismus pro začátečníky v otázkách a odpovědích. Brno: Barrister & Principal, 2017. ISBN 978-80-7364-053-8.4
4. LAU, Jisra'el Me'ir. Praktický judaismus. Praha: Psk, 2012. ISBN 978-80-87343-09-8.5
5. LHOŤAN, Lukáš. Islám a islamismus v České republice. Pstruží: Lukáš Lhoťan v Pstruží, 2019. ISBN 978-80-907004-4-4.6
6. MENDEL, Miloš. Muslimové a jejich svět. Praha: Dingir, 2016. ISBN 978-80-86779-42-3.1
7. WRIGHT, Nicholas Thomas. Podstata křesťanství. Praha: Biblion, 2019. ISBN 978-80-87282-45-8.

Obsah:

Zdroje.....	2
Obsah.....	3
Úvod.....	4
Základní pravidla pro poskytnutí multikulturní péče.....	5
Křesťanství.....	6
Judaismus.....	8
Islám.....	10
Hinduismus.....	12
Buddhismus.....	14

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

do rukou se Vám dostává publikace s názvem „Multikulturní ošetrovatelská péče – nejčastější mýty a hlavní fakta“. Byla vytvořena jako praktický výstup v souvislosti s provedením výzkumu jako stěžejní částí stejnojmenné diplomové práce v rámci magisterského studijního programu Ošetrovatelství – ošetrovatelská péče v chirurgických oborech na FZS ZČU v Plzni.

Na následujících stránkách jsou stručně shrnuty základní informace týkající pacientů vybraných kultur, se kterými se jako zdravotnický personál můžeme snadno setkat. Shrnutá fakta jsou zaměřena na oblast obecných hlavních informací o křesťanství, judaismu, islámu, hinduismu a buddhismu. Součástí je i praktická pomůcka k usnadnění orientace v základních pravidlech výživy a stravovacích návyků pacientů těchto kultur, která může sloužit jako pomocník při plánování diet, objednávání, přípravě a podávání stravy pacientům.

Díky alespoň základní orientovanosti v této problematice lze předcházet problémům, nedorozuměním, komplikacím a konfliktům, které se v souvislosti s odlišnostmi ve výživě a stravování mohou při poskytování ošetrovatelské i léčebné péče vyskytnout

Publikace je primárně určena pro všeobecné a praktické sestry pracující na standardních lůžkových odděleních a odděleních intenzivní péče.

Základní pravidla pro poskytování multikulturní péče

PRAVIDLA

1. Komunikuj! Verbálně i neverbálně!
2. Nejdříve naslouchej, pak mluv!
3. Zohleď úroveň chápání a porozumění pacienta!
4. Projev empatií!
5. Zjisti maximum informací o kultuře pacienta!
6. Projev respekt a úcty k pacientovi a jeho kultuře!
7. Snaž se chápat kulturní důvody chování pacienta!
8. Uč se dříve, než začneš radit!
9. Snaž se vcítit do pacienta odlišné kultury - "obuj si jeho boty"!
10. Měj trpělivost!
11. Získej důvěru pacienta!
12. Uvědom si sám/sama sebe a své vlastní kulturní hodnoty!



KŘEŠŤANSTVÍ

FAKTA:

- Monoteistické náboženství (cca 2 miliardy věřících).
- Vychází z židovství.
- Bible svatá - Starý a Nový zákon.
- Řídí se Desaterem Božích přikázání.
- Bůh je trojjediný - Otec, Syn a Duch Svatý.
- Ježíš Kristus - Spasitel, obětoval život k vykoupení hříchů věřících.
- Bůh je všemohoucí, vševědoucí, všudypřítomný, věčný, neviditelný.
- Příslušnost ke křesťanství - křesťan: přijetí víry - křest.
- Hlavní křesťanské směry: katolická, pravoslavná, protestantská.
- Hlavní svátky: Vánoce, Velikonoce.

KŘEŠŤANSTVÍ

MÝTY:

- Křesťanství je nudné a omezuje svobodu.
- Bible je nepřátelská vůči ženám.
- Křesťané si myslí, že jsou lepší než ostatní.
- Věda a víra nejdou dohromady.
- Jen hodní půjdou do nebe.
- Křesťané nesmí mít a užívat si sex.



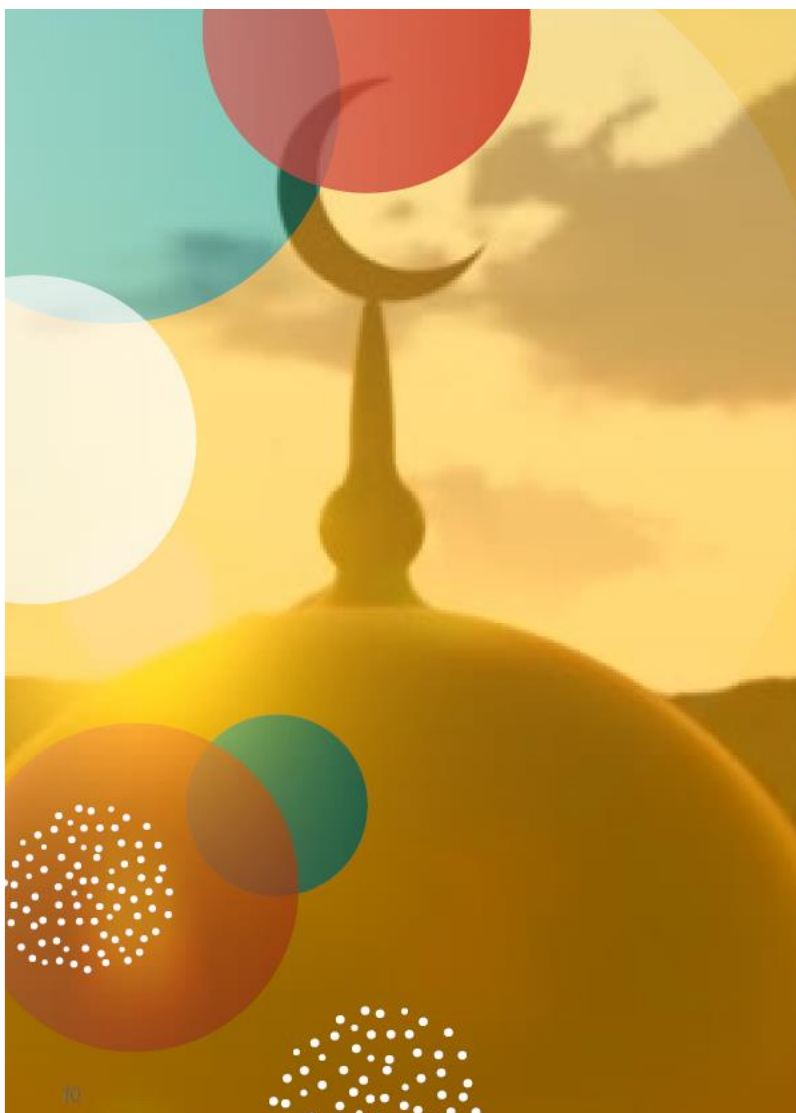
JUDAISMUS - ŽIDOVSTVÍ

FAKTA:

- Nejstarší monoteistické náboženství.
- Tanach - Starý zákon, součástí je TÓRA .
- Mnoho tradic a rituálů.
- Příslušnost k židovství - žid: židovská matka, konvertita.
- Hlavní svátky: Pesah (Velikonoce), Chanuka (v období Vánoc).
- ŠABAT - den odpočinku (od pátečního západu slunce do sobotního západu slunce).
- Různá míra ortodoxnosti.

MÝTY:

- Co žid to lichvář, židé jsou lakomci.
- Židé v minulosti páchali rituální vraždy nevinných.
- Židé se obecně cítí ukřivdění vůči světu.
- Židé zabili Ježíše Krista.
- Holocaust je výmysl Židů.



ISLÁM

FAKTA:

- Nejmladší monoteistické náboženství (1,8 – 2 miliardy věřících).
- Jediný Bůh – ALLÁH.
- Prorok Mohamed – zakladatel.
- Příslušnost k islámu – muslim: muslimští rodiče, vyznání víry před svědky.
- 5 hlavních pílřů víry.
- KORÁN – základní kniha.
- Mnoho omezení, pravidel, rituálů.
- Dvě hlavní větve – Sunité, Šíité.

MÝTY:

- Co muslim to terorista, co terorista to muslim.
- Islám je jen jeden a všude stejný.
- Muslim = Arab.
- Ženy dle Islámu jsou utlačované a mají nižší postavení.
- Muslimové si libují v polygamii.
- Každý muslim má hodně dětí.
- Islámské země jsou zaostalé.
- Muslimové chtějí ovládnout Evropu.



HINDUISMUS

FAKTA:

- Polyteistické náboženství (cca 1 miliarda věřících).
- Tři hlavní bohové - BRAHMA, ŠIVA, VIŠNA.
- Mnoho dalších bohů.
- 4 hlavní kasty lidí.
- Věří v reinkarnaci.
- Hlavní svátky: Hólí (svátek jara), Džanmáštamí (svátek Višny - přelom srpen/září) Díválí (svátek světel), Svátek chrámu.

MÝTY:

- Hinduisté mají jako boha krávu.
- Každý Ind je hinduista.
- V hinduismu se nikdy nesmí jíst maso.
- Hinduismus prosazuje volnou lásku - důkazem je kámásútra.
- Člen nižší kasty automaticky musí poslouchat člena vyšší kasty.



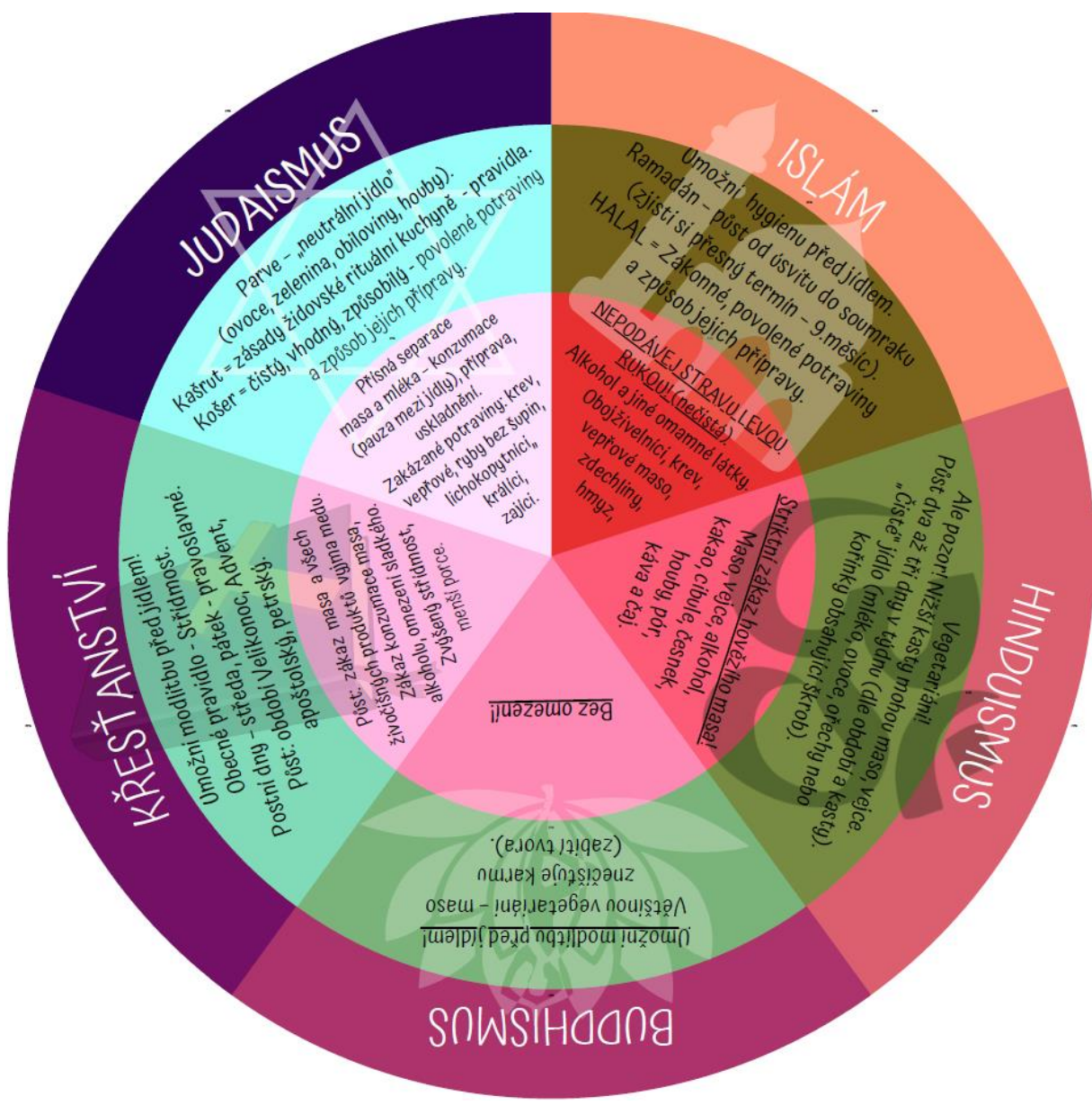
BUDDHISMUS

FAKTA:

- Indické náboženství, vychází z hinduismu.
- Hlavní postava Buddha.
- Základní učení: 4 pravdy o utrpení.
- Víra v nekonečný cyklus narození a smrti.
- Základní pravidla: Nesprávné jednání/ Záslužné jednání.
- Hlavní svátky: Buddhův den, celá řada.

MÝTY:

- Buddhismus podporuje volnou lásku a užívání drog.
- Buddha musí být chudý.
- Buddhismus a hinduismus jsou stejné náboženství.
- Buddhismus je typický pro příznivce hippie.
- Buddha byl tlustý veselý mnich.



JUDAISMUS

Umožní modlitbu před jídlem!
 Většinou vegetariáni – maso znečišťuje karmu (zabít tvor).

ISLÁM

Umožni hygienu před jídlem.
 Umožní modlitbu před jídlem!
 Většinou vegetariáni – maso znečišťuje karmu (zabít tvor).

HINDUISMUS

Vegetariáni!
 Půst dva až tři dny v týdnu (dle období a kasty).
 "Čisté" jídlo (mléko, ovoce, ořechy nebo kořínky obsahující škrob).
 Maso, vejce, alkohol, káva, cibule, česnek, houby, por, káva a čaj.
 Mléko, vejce, maso, kava a čaj.

BUDDHISMUS

Umožní modlitbu před jídlem!
 Většinou vegetariáni – maso znečišťuje karmu (zabít tvor).

NEPODÁVEJ STRAVU LEVQU!
 RUKOU (nečistě)!
 HALAL = Zákonné, povolené potraviny a způsob jejich přípravy.

Umožní modlitbu před jídlem!
 Většinou vegetariáni – maso znečišťuje karmu (zabít tvor).

BEZ OMEZENÍ!

Umožní modlitbu před jídlem!
 Většinou vegetariáni – maso znečišťuje karmu (zabít tvor).

KŘEŠTIANSTVÍ

Umožní modlitbu před jídlem!
 Většinou vegetariáni – maso znečišťuje karmu (zabít tvor).

Parve – "neutrální jídlo" (ovoce, zelenina, obiloviny, houby).
 Košer = čistý, vhodný, způsob jejich přípravy.
 Pšena separace masa a mléka – konzumace (pauza mezi jídly), příprava, uskladnění.
 Zakázané potraviny: krev, vepřové, ryby bez šupin, lichokopytníci, králíci, zajáci.
 Zvyššená stridimocet, alkohol, opioin, uq, uq, uq, uq.

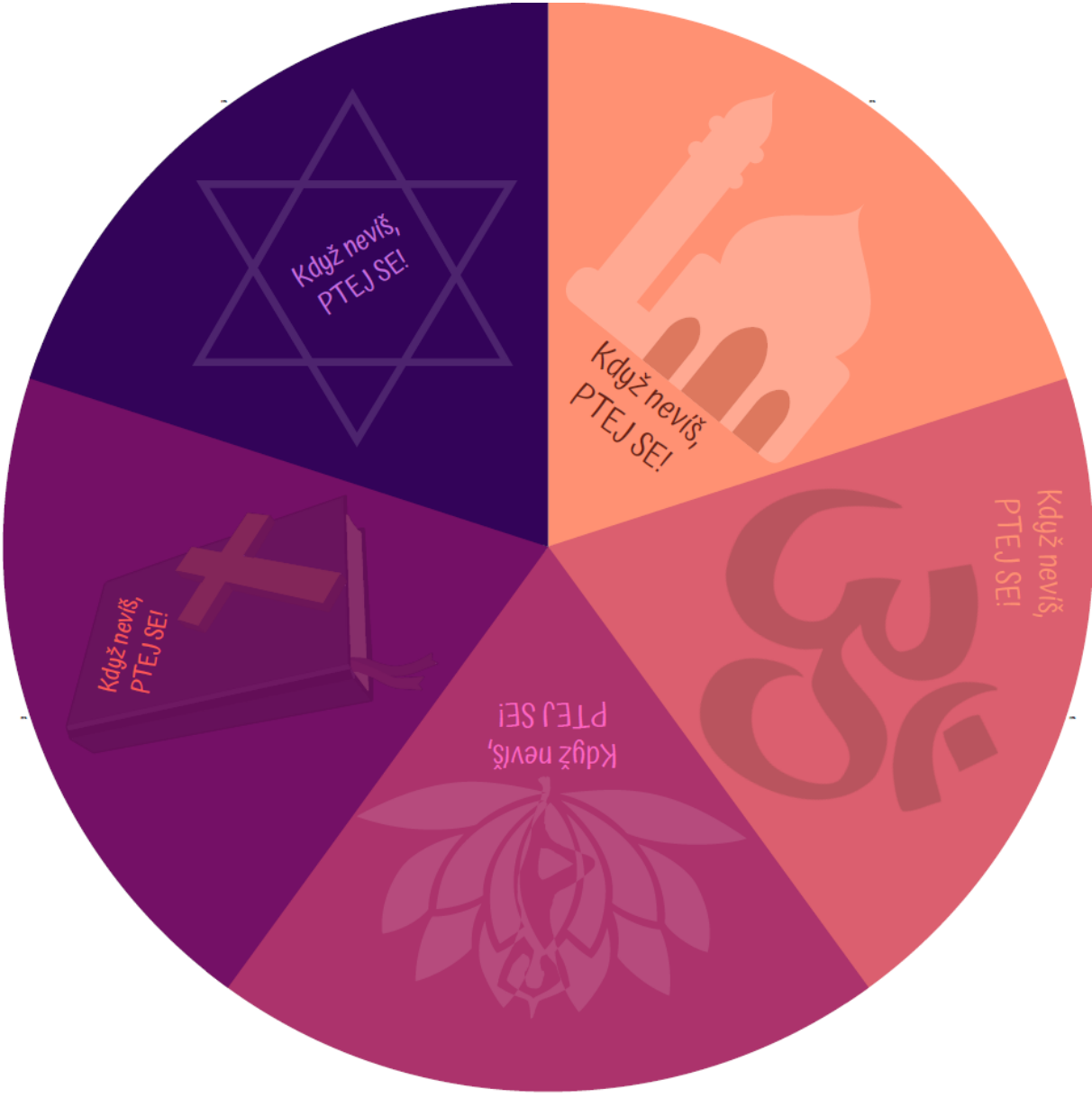
Přísná separace masa a mléka – konzumace (pauza mezi jídly), příprava, uskladnění.
 Zakázané potraviny: krev, vepřové, ryby bez šupin, lichokopytníci, králíci, zajáci.
 Půst: zřeknutí masa a všech epoštolským, pertrský.
 P o r n i d n y – středa a pátek – pravoslavně.
 Oba e n e p r a v i d l o – Stridimocet.

Umožní modlitbu před jídlem!
 Většinou vegetariáni – maso znečišťuje karmu (zabít tvor).

Umožní modlitbu před jídlem!
 Většinou vegetariáni – maso znečišťuje karmu (zabít tvor).

BEZ OMEZENÍ!

Umožní modlitbu před jídlem!
 Většinou vegetariáni – maso znečišťuje karmu (zabít tvor).



Když nevíš,
PTEJ SE!

Když nevíš,
PTEJ SE!

Když nevíš,
PTEJ SE!

Když nevíš,
PTEJ SE!

Když nevíš,
PTEJ SE!

