

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2017

Bc. Kristýna Průšová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství (N5341)

Bc. Kristýna Průšová

Studijní obor: Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech (5341T014)

TRANSKULTURNÍ PROBLEMATIKA V SOUČASNÉM OŠETŘOVATELSTVÍ

Diplomová práce

Vedoucí práce: PHDr. Jana Horová

PLZEŇ 2017

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP s razítkem. (K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

Prohlášení

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

V Plzni dne

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji PHDr. Janě Horové za vedení práce, za poskytování cenných rad a za odborný přístup ke zkoumané problematice. Dále děkuji všem respondentům za pomoc při získávání dat. V neposlední řadě patří díky mým blízkým za projevenou podporu a trpělivost.

Anotace

Příjmení a jméno: Průšová Kristýna

Katedra: Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Transkulturní problematika v současném ošetrovatelství

Vedoucí práce: PHDr. Jana Horová

Počet stran – číslované: 120

Počet stran – nečíslované: 26

Počet příloh: 8

Počet titulů použité literatury: 81

Klíčová slova: Kulturně shodná péče – kulturní diverzita – multikulturní ošetrovatelství – národnostní menšiny – péče o cizince – transkulturní ošetrovatelství

Souhrn:

Teoretická část diplomové práce je zaměřena na popis klíčových bodů, které vysvětlují hlavní téma práce – transkulturní ošetrovatelství.

V praktické části diplomové práce je prezentováno proběhlé výzkumné šetření včetně jeho výsledků. Výsledkem je jednak zmapování povědomí a přijetí diverzity v souvislosti s poskytováním transkulturní péče zdravotníky pracujícími v České republice a ve Spolkové republice Německo a jednak seznámení s výstupem práce, který může být nápomocný především zdravotníkům, českým i německým, v poskytování kvalitní ošetrovatelské péče pacientům z jiných kultur.

Annotation

Surname and name: Průšová Kristýna

Department: Nursing

Title of thesis: Transcultural issues in the current nursing

Consultant: PHDr. Jana Horová

Number of pages – numbered: 120

Number of pages – unnumbered: 26

Number of appendices: 8

Number of literature items used: 81

Keywords: Culturally identical care – cultural diversity – multicultural nursing – national minorities – care of strangers – transcultural nursing

Summary:

The theoretical part of this thesis focuses on describing the main points, which explain the central topic of this work – transcultural nursing.

The practical part presents research including its results. One of these results is describing an awareness connected with providing of transcultural care by paramedics in Czech Republic and The Federal Republic of Germany and accepting the diversity of this problematics. The next result is the disseminating of work output. It could be helpful primarily to czech and german paramedics, in a providing of quality nursing care to patients, who live in another cultures.

OBSAH

ÚVOD.....	1
1 MULTIKULTURALISMUS	3
1.1 Kultura	4
1.1.1 Symboly, rituály, hodnoty	5
1.1.2 Kulturní pluralita	6
1.2 Etnicita	7
1.3 Identita	7
2 MENŠINY	9
2.1 Migrace obyvatelstva	9
2.1.1 Xenofobie	10
2.1.2 Rasismus a znevýhodnění.....	10
2.1.3 Předsudky a stereotypy	11
2.2 Integrace cizinců	13
2.3 Menšiny v ČR	14
2.3.1 Zdravotní péče o cizince v ČR	15
3 MULTIKULTURNÍ/TRANSKULTURNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ.....	16
3.1 Historický vývoj transkulturního ošetřovatelství.....	17
3.2 Ošetřovatelství jako kultura	18
3.2.1 Filosofie holismu a důstojnost člověka	18
3.3 Interkulturní setkání	19
3.3.1 Efektivita setkání	20
3.3.2 Koncept strachů a potřeb	20
3.3.3 Interkulturní citlivost	21
3.3.4 Interakce a nedorozumění.....	21
3.4 Kulturně shodná péče.....	22
3.4.1 Kulturní kompetence v ošetřovatelství	23
3.4.2 Etnokulturní hodnocení v ošetřovatelství a ošetřovatelské modely	24
3.5 Výuka multikulturního/transkulturního ošetřovatelství.....	26
3.6 Interkulturní komunikace.....	27
3.6.1 Komunikační specifika kultur	28
3.6.2 Verbální a neverbální komunikace	29
3.7 Kulturní šok	31
3.7.1 Fáze kulturního šoku	31
3.7.2 Prevence a zvládání kulturního šoku	32
3.8 Legislativa související s transkulturním ošetřovatelstvím	33

4	FORMULACE PROBLÉMU	36
4.1	Cíle práce	36
4.1.1	Operacionalizace pojmů	37
4.2	Hypotézy	37
4.3	Výzkumné otázky	38
5	METODIKA	39
5.1	Použité metody a techniky	39
5.2	Charakteristika výzkumného souboru	41
5.2.1	Popis výzkumného prostředí	43
6	INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	44
6.1	Vyhodnocení dotazníkového šetření	45
6.1.1	Testování hypotéz	86
6.2	Vyhodnocení rozhovorů	94
	DISKUZE	99
	ZÁVĚR	107
	SEZNAM ZKRATEK	118
	SEZNAM GRAFŮ A TABULEK	119
	SEZNAM PŘÍLOH	120

ÚVOD

Seznamování zdravotníků z celého světa s transkulturní péčí je v dnešní době velmi aktuální a žádané. Migrace celosvětové společnosti je stále častějším jevem. Cestování je díky otevřenějším hranicím a sílící jazykové vzdělanosti světové populace snazší a zajímavější. Díky těmto jevům se i v našich zdravotnických zařízeních můžeme setkávat s lidmi odlišných kultur a hodnot. I přes to, že se i u nás v České republice začíná čím dál tím více i o těchto tématech hovořit, shledáváme informovanost a angažovanost mnohých zdravotníků v problematice ošetřování pacientů z jiných kultur za nedostatečnou. Toto seznámení se ale nikdy nebude dokonalé. Nemůže ze své podstaty být. Můžeme ale prostřednictvím transkulturního vzdělávání zdravotníkům pomoci, aby se cítili při kontaktu s pacienty jiných kultur příjemně a jistě. Tímto počinem bychom přispěli jednak jim, ale o to více i samotným pacientům, pro které může být návštěva lékaře či hospitalizace v jinak kulturně orientovaném státě než jsou zvyklí doslova „noční můrou“. Každý, kdo již absolvoval zážitek delšího pobytu v cizině, poznal na vlastní kůži, jaké to je, být někde cizincem. Tím spíše, jste-li cizincem v jiném kulturním okruhu, navíc jste-li jakožto cizinec také jasně odlišitelný svým vzhledem a chováním.

Za účelem pomoci poznat všem čtenářům transkulturní problematiku v současném ošetrovatelství vznikla i tato práce. Hlavní problém, kterým se budeme v práci zabývat, se soustředí na zmapování povědomí a přijetí diverzity v souvislosti s poskytováním transkulturní péče u zdravotníků. Toto odhalení s následnou komparací provedeme mezi vzorkem českých a německých sester. Dále bychom se rádi dotkli tématu vzdělávání zdravotníků v transkulturním ošetrovatelství a pokusili se zjistit, jaké pocity sestry prožívají, když poskytují ošetrovatelskou péči pacientům pocházejícím z jiných kultur. Také se chystáme vytvořit edukační materiál pro zdravotníky, který by se pro ně mohl stát dobrým rádcem a asistentem v situacích nevědomosti nebo nejistoty.

Budeme rádi, pokud bude mít práce praktický význam ve smyslu utváření postojů, vlastní zodpovědnosti či uvědomění si svých vlastních kulturních hodnot.

Snažíme se o to, abychom přispěli k podpoře a upevnování vzájemných vztahů mezi odlišnými sociokulturními skupinami, především mezi majoritními a minoritními společnostmi.

*„V různosti je bohatství – já něco mám,
ty máš něco jiného a oba vytváříme něco
ještě krásnějšího a většího, abychom šli
stále dál. Pomysleme, jak nudný by byl svět,
kde by byli všichni stejní.
Je pravdou, že existují také bolestné rozdíly,
které vycházejí z nemoci.
Avšak odlišnost nás obohacuje, podněcuje,
pomáhá nám.
Nemějme z ní strach, protože je to cesta,
jak být lepší, krásnější a bohatší.“*

papež František

1 MULTIKULTURALISMUS

Společnost je a i nadále bude multikulturní. Toto je tvrzení je v České republice i na ostatních místech celé planety, více než aktuální. Pojem multikulturalismus se postupně vžil pro označování témat spojených s rasou, rodovou příslušností, jazykem, socioekonomickou třídou, sexuální orientací a tělesnou nebo duševní handicapovaností. Termínu se ale užívá v rozmanitých významových odstínech a označuje často odlišné skutečnosti. [1, s. 11] Odkazuje ale především ke kultuře, respektive k mnohosti kultur. Je tedy očividné, že nelze tuto vazbu od sebe odpoutat. Abychom mohli tuto etiketu užívat v souvislostech, je nutné porozumět tomu, co je to kultura. [2, s. 198]

Podle Eriksena (2008, s. 337) lze multikulturalismus definovat jako „*doktrínu, která tvrdí, že samostatné etnické skupiny mají právo se kulturně lišit od většinové společnosti, stejně jako má většina právo na svou kulturu*“. [4, s. 337]

Hladíková (2004, s. 57) uvádí, že multikulturalismus je systém přesvědčení a chování, které uznává a respektuje přítomnost veškerých rozmanitých skupin ve společenství, cení si jejich společensko-kulturních rozdílů a podporuje a umožňuje jejich trvalé podílení se na životě společnosti v rámci inkluzivního kulturního kontextu. Díky této souvislosti je lidem umožněno uplatnit se v organizaci společnosti. Multikulturalismus zahrnuje ideály práv, uznání a přizpůsobení se za předpokladu, že rozličnost je ve společnosti chtěná a oceňovaná. [8, s. 57]

Multikulturalismus můžeme označit za vědeckou teorii, která se zabývá různými aspekty sociokulturní rozmanitosti. Zkoumá a srovnává odlišné názory na svět, rozdílná pojetí skutečnosti, vzorce jednání, komunikační kódy a zaobírá se kulturními rozdíly jako výsledkem specifické adaptace společností na různá prostředí. Jedná se i o proces, při kterém dochází k výměně kulturních statků, k recipročnímu ovlivňování kulturních systémů a eventuálně k vytváření systémů nových.

Společenským cílem je vědomé úsilí o vytvoření pluralitní společnosti zahrnující množství odlišných sociokulturních skupin. Jejich vzájemné soužití má být založeno na principech respektu, rovnosti, tolerance, dialogu a konstruktivní spolupráce. Důležitou složkou a nástrojem tohoto pojetí multikulturalismu je multikulturní (interkulturní) vzdělávání. [1, s. 11,12]

K plnému pochopení problematiky multikulturního/transkulturního přístupu je důležité znát klíčové pojmy, které se v souvislosti s tímto tématem používají. Tyto pojmy jsou uvedeny v příloze č. 1. [PŘÍLOHA 1]

1.1 Kultura

S koncepcí kultury se setkáváme poměrně často. Pojem pochází z latinského slovesa *colere*, které znamená pěstovat, vzdělávat. Definice kultury je známo více než sto, přičemž se od sebe dosti odlišují, jelikož se jedná o mnohvrstevný výraz.

První definici kultury uvedl britský antropolog Edward Burnett Tylor: „*Kultura neboli civilizace, chápána ve svém nejširším etnografickém významu, je komplexní celek, který zahrnuje znalosti, víru, umění, mravy, právo, obyčeje a všechny další schopnosti zvyky osvojeného člověkem jako členem společnosti*“. [3, s. 22]

Dle Eriksena lze kulturu definovat jako schopnosti, představy a formy chování, které si lidé osvojili jako příslušníci určité společnosti. [4, s. 51]

Sociologie chápe kulturu jako určitý soubor výtvorů lidské činnosti, materiálních i nemateriálních hodnot a uznávaných způsobů jednání, které jsou přijaté a zobjektizované v nějaké určité pospolitosti a dále jsou jiným pospolitostem předávány. Disciplína kultury nemůže existovat mimo lidské společenství, přičemž v každém z nich jsou přítomny konkrétní kulturní jednotky, představující základní prvky daného kulturního systému. V této souvislosti lze mluvit o znacích kultury – elementech pro danou oblast společenského života prioritně významných, o kulturních komplexech jako o souhrnu předmětů, idejí a hodnot seskupených kolem konkrétního kulturního elementu a také o kulturních konfiguracích – složitých soustavách kulturních komplexů a systémů. [67, s. 45]

Jiná vymezení popisují kulturu jako souhrn prostředků a mechanismů specifických pro lidskou adaptaci k vnějšímu prostředí. Představuje program činnosti jednotlivců a skupin, jenž je fixovaný sociokulturními stereotypy a předáváný pomocí kulturního dědictví. [5, s. 458]

Je faktem, že kultura není vrozená, ale je naučená. Dítě si ji osvojuje prostřednictvím socializace do společnosti, ve které vyrůstá. Přenáší se tradicí z rodičů na děti a z nich poté

na další generace. Přenos kultury a její působení se děje především v dětství a dospívání, kdy na jedince působí především rodina, vrstevníci, škola a v nemalé míře v dnešním světě také média. Kultura orientuje člověka v tom, jak řešit základní životní situace jako např. narození dítěte, pohřeb, hledání nové práce nebo otázky poznávání krásy a ošklivosti. Čím odlišnější je ale kontext, ve kterém lidé žijí, tím je zvýšená pravděpodobnost, že se setkají s kulturním problémem.[3, s. 28; 6 s. 47,49]

Kulturu můžeme rozdělit na hmotnou a nehmotnou. Nemateriální, zvaná též duchovní, je kultura představovaná sociokulturními regulativy. Jedná se o zákony, normy, mravy, obyčeje a tabu, která jsou přítomna v každém sociálním systému, odrážejí hodnoty společnosti, jsou spojeny se sankcemi z nedodržení a mění se v průběhu let i století. Mezi nehmotnou kulturu řadíme také ideje a symbolické systémy jako jsou například jazyk, řeč, písmo, literatura a tanec. Patří sem i instituce, které organizují lidské chování, například manželství, rodina nebo církve. Některé prvky kultury pronikají do jiné kultury a tím dochází k modifikaci kultury. [7, s. 19]

Mnoho znalců kulturní antropologie se shoduje, že kultura funguje v jakémsi vrstevnatém systému. Některé vrstvy jsou spíše na povrchu, lze si jich rychleji všimnout a snáze o nich diskutujeme, jiné jsou skryty hlouběji. Ty jsou více spojeny s životními očekáváními, hodnotovým systémem a hodnocením vůbec.

Kultura úzce souvisí s komunikací a se vztahy. Vzniká v určité interakci, mění se v interakci, a když odhalíme nějaký kulturní rozdíl, zpravidla i ten pokládáme jako důsledek nedorozumění v integraci. [6, s. 50]

1.1.1 Symboly, rituály, hodnoty

Symboly jsou předměty, které používáme a které jsou zároveň i nositeli jistého označení. Ve všech kulturách existuje několik typů rituálu. Jsou to výroční rituály, které se odehrávají každoročně, v naší kultuře k nim patří Vánoce a Velikonoce. Dále zinscenované události, které se řídí specifickými předpisy a zásadami. Dalším je přechodový rituál, při němž se mění postavení jedince ve společnosti – například svatba a křest. Existují i situační rituály, které jsou provozovány při zvláštních okolnostech a potřebách. [7, s. 20]

Symbolika rituálů je spojena s kulturou původu a jejich respektování je projevem úcty a respektováním důstojnosti člověka. Rituály, stejně jako stereotypy, náleží k osvojeným kulturním zvyklostem a jsou součástí kulturní identity člověka. [9, s. 60]

Hodnoty jsou pro nás ukazatelem cesty. Dávají nám orientaci jak a proč věci dělat. Základní hodnoty všech kultur jsou si podobné. Například zdraví, respekt nebo přátelství mají určitou důležitost, na tom se shodne většina lidí, ale rozdílné je pojetí toho, jak dané hodnoty v konkrétním kontextu naplňujeme. Často se s hodnotami a jejich působením zabýváme v situacích, které vyvolávají nějaké dilema, a my se musíme rozhodnout, jak danou věc vyřešit. Právě tehdy jsou hodnoty tím, co nám ukazuje směr. [6, s. 55]

Koncept hodnot se vztahuje k silným interním a externím řídicím silám, které dávají smysl a řád přemýšlení, rozhodování a činnosti individua či skupiny.

1.1.2 Kulturní pluralita

Za kulturní pluralitou se skrývá teoretický princip, který uznává, že jednotlivá společenství mají své specifické kultury, které je nutno považovat za naprosto rovnocenné. Z toho důvodu je třeba tolerovat způsob života cizích společností a respektovat přítomnost odlišných hodnot a norem. [9, s. 26]

Myšlenka pluralismu je již z historického hlediska implicitně obsažena v rozvíjející se koncepci tolerance, která se začala prosazovat v 17. století v důsledku náboženských válek. Pojmy pluralismus a tolerance jsou sice odlišné, ale zároveň jsou i vnitřně propojené. Tolerance tvoří předpoklad pluralismu. Diference spočívá v tom, že zatímco tolerance hodnoty jiných respektuje, pluralismus respektuje vlastní hodnotu. Pluralismus tvrdí, že rozmanitost a nesouhlasné postoje náleží k hodnotám, které jedince obohacují. [10, s. 15,16]

Kulturní pluralismus je politickou odezvou na jev kulturní diversity. Kulturní pluralismus je neoddelitelný od demokratického rámce, je příznivý pro kulturní přeměny a pro rozvoj tvůrčích schopností. Kulturní různorodost rozšiřuje možnosti volby, které jsou nabízeny každému; je hnací silou rozvoje, chápaného nejen jako ekonomický růst, nýbrž také jako prostředek umožňující jednotlivcům a skupinám přístup k uspokojivému intelektuálnímu, mravnímu, citovému a duchovnímu bytí. [11, s. 2]

1.2 Etnicita

Etnicita je vzájemně provázaný systém kulturních (materiálních a duchovních), rasových a jazykových faktorů, historických osudů a vizí o společenském původu, působících v interakci a formujících etnickou identitu člověka. Pojem etnicita je ústřední pro multikulturní výchovu, a pokud má být cílem této výchovy poznávání a respektování jiných kultur než své vlastní, znamená to poznávat a respektovat jiná etnika, která jsou nositeli těchto kultur. (12, s. 18)

Je důležité, abychom etnicitu chápali jako aspekt vztahu a nikoliv jako vlastnost skupiny nebo jedince. [4, s. 317]

Etnická skupina je pojmenování pro sociální skupinu, která žije uvnitř většího kulturního a sociálního celku a vykazuje specifické etnické rysy. Mezi ty patří jazykové, náboženské, rasové aj. rysy nebo národní a geografický původ předků. [13, s. 10]

Svoji etnicitu si nebudeme schopni plně uvědomit, dokud nepřijdeme do vzájemného kontaktu s lidmi, kteří se od nás určitým způsobem, pro nás i relevantním, budou odlišovat.

1.3 Identita

Termín identita pochází z latinského *identitas*, které v doslovném překladu znamená totožnost. Z psychologického hlediska můžeme identitu pochopit jako pocit jedinečnosti, svébytnosti a odlišitelnosti individua od druhých, vědomí nepřerušované existence jedince a smysluplné entity, jež není pouhým souhrnem dílčích identifikací, ale nově vzniklou kvalitou vlastností a postojů, projevující se v sebepojetí, sebeuvědomění a uceleném sebeprožívání.

Předpokladem identity je sebehodnocení subjektu ztvárňované v interakční aktivitě (polarita "já" a "ty"), která je hlavním činitelem při utváření obrazu vlastního "já". Ztráta pocitu identity vede k těžkým psychickým poruchám, které mohou být i nevratné (psychotické depersonalizace). [14, s. 9]

Do identity postupně vrůstáme, prostřednictvím jejího postupného definování se socializujeme do našich okolních skupin i do širší společnosti. Identita vzniká postupně tehdy, kdy jako děti dostáváme odpovědi na otázky, kým jsme, ale také na to, kým nejsme. Roli zde hraje průnik sebepojetí a reakcí okolí na nás samotné

Jelikož se celý život setkáváme s novými situacemi, které nás nutí předefinovat znovu vlastní identitu, můžeme říci, že identita je dynamická a její jednotlivé vrstvy a složky se formují po dobu celého života. [6, s. 20]

Můžeme zde mluvit i o etnické identitě, jež zahrnuje jednak identitu rasovou, ale také identitu založenou na charakteristických jazykových rysech, zvyklostech a kulturní tradici. Rasová identita označuje naopak v zúženém slova smyslu zvláště identitu biologickou. Ta je na nejnižším stupni dána barvou pleti. V dnešní době se přívlastek „etnikum“ používá jako výraz neutrální, zatímco slova „rasa“, „rasový“ jsou obvykle užívána v polemickém významu coby deklasifikujícím hodnocení. [10, s. 48]

2 MENŠINY

Obecně se tvrdí, že pojem menšina má nejenom v běžných jazycích, ale také ve vědě více významů. V nejširším slova smyslu vyjadřuje menšina početně malý segment společenského celku, skupinu, která je z hlediska daného celku v oslabení. Pozornost přitom není soustředěna na její sociální složení a nejde ani o to, zda má společensky či politicky dominantní anebo podřízené postavení. V užším slova smyslu jde o menší část určitého seskupení, lišícího se zpravidla od majority původem, národností, náboženstvím, jazykem, kulturou, a podobně (např. národnostní menšiny).

V kulturních souvislostech můžeme hovořit také o národnostní/etnické menšině. To je každá skupina lidí, která se odlišuje významnými etnickými znaky od majoritní společnosti, která nepřijímá národní identitu většinové společnosti, disponuje národním/etnickým vědomím a projevuje kolektivní vůli se deklarovat ve své jedinečné osobitosti. Taková menšina může svou identitu odvozovat ze základu etnického, jazykového, náboženského nebo kulturního ve smyslu kulturní tradice. [63]

Teoretik L. Wirth vymezil minoritu jako skupinu osob, které jsou pro své fyzické nebo kulturní charakteristiky odděleny od ostatních. Ve společenstvích, kde žijí, je s nimi jednáno odlišně a nerovně a jsou objektem kolektivní diskriminace. Status menšiny obsahuje vyloučení z plného podílení se na životě dané společnosti. [52]

2.1 Migrace obyvatelstva

Migrace je součástí života všech lidských společenství. Přivádí lidi tam, kde nikdy nebývali a přináší nezvyklé odlišnosti. Některé kultury přivádí k symbióze, jiné ke střetu. Abychom se dokázali dnešnímu světu přizpůsobit, musíme se pokoušet reflektovat svou historii, pojmenovávat své předsudky a stereotypy, které máme s migranty spojeny a být schopni otevřeně vnímat skupinovou i individuální identitu lidí kolem nás. [6, s. 44]

Oddělení migrantů od společnosti a jejich nerovnost vůči hostitelské zemi vede k tomu, že se migranti nestávají opravdovou součástí společnosti, ale žijí vedle ní odděleně, což je dlouhodobě neudržitelné pro obě strany, jelikož to vyvolává společenské napětí. [6, s. 43]

U lidí, kteří přicházejí do cizích zemí, se může vyskytovat jiný systém v určování priorit než u obyvatel hostující země. Často mohou být tyto přichozí náchylnější na vznik onemocnění nežli domácí obyvatelstvo. U zahraničních imigrantů je prokázána častější úrazovost. Jsou také náchylnější k infekčním chorobám, ve zvýšené míře trpí depresemi a úzkostnými poruchami. Mají různá chronická onemocnění, např. diabetes. Jiná, odlišná kultura, chápání zdraví a nemoci, implikují k rozdílným životním návykům. Zasahuje to do oblasti životních a pracovních podmínek, ale také do výživy, kouření, konzumace alkoholu aj. [53, s. 7; 54, s. 22]

2.1.1 Xenofobie

Pojem xenofobie vychází z řeckého xénos = přichozí a fóbos = bázeň, úzkost. Je to strach z toho, kdo přichází z ciziny nebo z cizího prostředí. Xenofobie sílí zejména tehdy, ocitají-li se vlastní sociální útvary v ekonomické, politické či sociální krizi nebo v situaci velkých změn. Stává se podkladem pro nenávistné ideologie, jako například rasismus, nacionalismus, šovinismus, fašismus atp. Jedná se o nejníže položenou bázi problému menšin a jejich napětí vůči majoritním společnostem. Z xenofobie pramení pronásledování cizinců. [55]

Xenofobní postoj je pro člověka jakousi obranou „správného řádu“. Má to antropologické, psychologické a sociální důvody. V našem prostředí panují především dvě představy o cizincích: cizinec jako nepřítel a cizinec jako člověk vně české společnosti. Často je to obraz člověka, který u nás sice žije, ale je od naší (české) společnosti důsledně oddělen a platí pro něho hojná omezení – tak je to považováno za správné. Typickým příkladem oddělení cizinců může být historie Vietnamců v České republice. Oddělení migrantů od majoritní společnosti a přisuzování jim nerovnosti však vede k tomu, že se poté migranti nestávají skutečnou součástí celé skupiny osob, ale žijí a přežívají vedle ní, vyčleněni, a to je z dlouhodobého hlediska neudržitelné, jelikož to vyvolává značné společenské napětí. [6, s. 42, 43]

2.1.2 Rasismus a znevýhodnění

Z filozofického a sociálního hlediska lze rasismus charakterizovat jako ideologii, která představuje soubor koncepcí vycházejících ze strachu z něčeho cizího (má tedy jistou spojitost s xenofobií) a tvořících jeho idealistickou nadstavbu. Rasismus předpokládá fyzické i duševní nerovnosti mezi lidskými plemy (rasami) a rozhodující vlivy rasových odlišností na kulturu a dějiny lidstva. V ideologii panuje představa, že lidstvo je původně

rozděleno na vyšší a nižší rasy. Ty vyšší jsou určeny k vládnutí a jsou považovány jako tvůrčí nositelé pokroku a civilizace. Nižší rasy jsou naopak charakteristické svou neschopností kulturní tvořivosti a proto je potřeba je vést.

Rasismus rozdělujeme na měkký a tvrdý. Měkký rasismus není podporován veřejnými institucemi. Jde spíše o nevyhraněný, latentní společenský postoj neprojevující se jako promyšlená a veřejně hlásaná ideologie. Tento typ vhodně odpovídá současné situaci v České republice, kdy ho můžeme interpretovat jako důvodné výhrady ke způsobu života určitých skupin (Romové, Vietnamci, atd.). Takovýto postoj u nás není odpovědnými subjekty (justicí, státními orgány) chápán jako rasismus. Druhým typem je tvrdý rasismus, který je veřejností naopak proklamován za ideologii, jejíž podoba je značně agresivní. [56]

Jedním z projevů rasismu může být sociální diskriminace. V mezinárodním právu existuje zavedená zásada, podle níž nikdy nemůže být přímá diskriminace na základě rasy, etnického původu nebo náboženského vyznání odůvodněná či zákonná. Zákaz přímé diskriminace je natolik zásadní, že není diskriminace povolena ani v době výjimečného stavu státu. [57, s. 17]

Lidé sociokulturně znevýhodnění často podléhají různým formám sociální izolace a diskriminace (rasové, národnostní, politické, kulturní, vztahové a sociální) a mají proto tedy zvýšenou přirozenou tendenci setkávat se a komunikovat především mezi sebou a vytvářet tak minoritní subkultury. To jim sice přináší řadu výhod (eliminuje se tím jejich sociální deprivace a riziko naprosté vyloučenosti), ale také nevýhod (prohlubují se tak bariéry mezi minoritními a majoritními skupinami). Děti, které vyrůstají v sociokulturně znevýhodněném prostředí, se mohou často potýkat s frustrací základních potřeb, s deviací v hodnotovém systému a etice, s absencí životních jistot, cílů a sociálního zakotvení a v neposlední řadě mohou mít ztížené podmínky pro svou seberealizaci a sociální integraci. [64, s. 143]

2.1.3 Předsudky a stereotypy

S migrací a soužitím lidí různých kultur předsudky a stereotypy nepochybně souvisí. Migrace je může vyvolat, proměnit, ale také otupit a zahladit.

Předsudek je názor, který provází lidskou orientaci v tomto světě od počátku k dnešku. Vzniká u každého z nás ještě dříve, než stihneme o nějaké věci přemýšlet, nebo ji podrobit úvaze. Jedná se o názory a postoje, které máme všichni a které není potřeba popírat nebo je zatajovat. Je jen otázkou, nakolik si jejich přítomnost a vliv na své chování uvědomujeme a jestli jsme ochotni s nimi kriticky pracovat. Předsudky bývají často negativní a emocionálně zbarvené nebo dokonce velmi emočně vypjaté – tehdy mohou být nebezpečné, jelikož projevem může být agresivita nebo vyústění v další konflikty. [6, s. 53; 58, s. 20]

Stereotyp je postoj či ustálený názor, který většinou vzniká jako zobecnění zkušenosti (nebo také zastaralé informace či jen pouhé pověry) na celou skupinu lidí (př. na chudé, bohaté, světlolase atp.). Stereotypizace je svým způsobem přirozená – každý potřebujeme nějak rozřazovat a zjednodušovat informace o světě kolem sebe. Takovým zjednodušením, zaškatulkováním je právě stereotyp. Pomáhá nám například tím, že na základě jedné zkušenosti se podle ní chováme i ve zcela jiných situacích. Stereotyp může mít ale také negativní charakter, kdy si např. uděláme názor na všechny Vietnamce podle jednoho příslušníka tohoto národa, kterého jsme kdysi potkali a soudíme pak tedy stejně i ostatní. Dalším problémem může být strnulost stereotypů. Velmi obtížně se mění a překonávají. [6, s. 53, 54]

Ve chvílích, kdy v sobě předsudky nebo negativní stereotypy zvnitřníme, přestáváme jejich význam kriticky analyzovat a stávají se pro nás samozřejmostí, o které již nepřemýšlíme. Takto zvnitřnělé předsudky a stereotypy fungují rovněž jako „zpětné filtry“ pro naše oči a uši. Z mnohvrstevnaté a bohaté skutečnosti vidíme a slyšíme pouze to, co nám naše předchozí úsudky potvrzuje. Stáváme se slepí a hluší k tomu, co by potenciálně mohlo naše názory zpochybnit a své „kritické“ úvahy nevědomě směřujeme k tomu, aby potvrzovaly to, o čem jsme už přece dávno věděli. [59, s. 100]

V naší zemi se předsudky a stereotypy pojí zejména s migranty z Ukrajiny a Vietnamu. Stereotypně uvažujeme také o muslimech („*Jsou všichni teroristi?*“), o uprchlících („*Jsou všichni chudáci?*“), o lidech z rozvojových zemí („*Přicházejí jen za prací?*“) a podobně. [6, s. 54]

Potlačování předsudků a negativních stereotypů spadá do záměrů interkulturního vzdělávání. Nutno podotknout, že tento druh vzdělávání je i dnes v českém školském systému poměrně tabuizován. Školy by přitom měly v rámci sociální i osobnostní výchovy

děti tato témata otevírat a přispívat tak ke snižování napětí mezi společenskými skupinami. Klíčovým cílem je uvědomění si konkrétních předsudků a stereotypů, jejich původu a podoby a především jejich alternativ. [58, s. 21; 59, s. 100]

2.2 Integrace cizinců

Integrace cizinců je komplexní dynamický proces, zasahující do několika oblastí. Je důležitá pro zachování sociální soudržnosti a pro pozitivní ekonomický rozvoj země. Integrace je oboustranný proces, ve kterém vystupují jak cizinci, tak majoritní společnost. Tento průběh začleňování musí být založen na vzájemném přínosu pro obě strany, tedy jak pro cizince, tak i pro většinovou společnost. Pouze vzájemné porozumění a respekt s vědomím oboustranné užitečnosti a potřeby integrace může být prevencí vzniku či eskalaci problémů ve vzájemné spojitosti. Integrace cizinců přímo podmiňuje úspěch imigrace – nelze na ni tedy rezignovat.

Záměrem integrační politiky je podporovat začlenění legálně pobývajících cizích státních příslušníků do společnosti a zabezpečit nekonfliktní a oboustranně přínosné společné soužití mezi cizinci a většinovou společností, předcházet vytváření uzavřených komunit cizinců, jejich společenské izolaci nebo sociálnímu vyloučení. Smyslem integračních opatření je preventivní působení před vznikem ekonomicky, sociálně a kulturně rozdělené společnosti. Cílovou skupinou začleňování jsou občané legálně pobývající na území České republiky a také občané majoritní společnosti.

Mezi nástroje integrační politiky náleží realizace projektů nestátních neziskových organizací, spolupráce se sítí regionálních Center na podporu integrace cizinců, realizace projektů obcí na podporu integrace na lokální úrovni, monitoring postavení cizinců a podpora zapojení občanské společnosti a dalších účastníků.

Základním dokumentem integrační politiky vlády ČR je Koncepce integrace cizinců. První vstoupila v platnost v roce 2000 a vycházela ze Zásad koncepce integrace cizinců na území ČR (1999). Koncepce je aktualizována každých 5 let (2006, 2011, 2016). Koordinace realizace Koncepce byla svěřena Ministerstvu vnitra prostřednictvím vlády. Vláda ČR každoročně svým usnesením stanovuje konkrétní úkoly na následující rok. Koncepce je zaměřena na několik klíčových oblastí – znalost češtiny, ekonomická soběstačnost, vztahy cizinců s většinovou společností, orientace cizinců ve společnosti. Dále klade důraz na zvýšení informovanosti cizinců i veřejnosti, naplnění integrační

politiky na úrovni krajů a obcí a interkulturní vzdělávání pracovníků v kontaktu s cizinci. [60]

2.3 Menšiny v ČR

Na území České republiky pobývalo ke dni 31. 12. 2015 (v době tvorby této práce ještě nebyla Českým statistickým úřadem zveřejněna data z roku 2016) legálně, po dobu delší než 90 dnů, celkem 467 562 cizinců, což je o 3,5 % vyšší počet než na konci roku 2014. Lidé s cizí státní příslušností tvořili zhruba 4,4 % populace České republiky. V období 2009 – 2010 došlo na českém trhu práce důsledkem ekonomické krize a jejích dopadů na situaci k dílčímu poklesu celkového počtu cizinců legálně pobývajících na našem území. Od roku 2011 počet cizinců opět mírně narůstal. Prozatím k nejvyššímu nárůstu od r. 2011 došlo mezi lety 2014/2015. Největší zastoupení mezi cizinci žijícími v České republice měli státní příslušníci Ukrajiny (104 388 osob), Slovenska (96 222 osob) a Vietnamu (56 666 osob). Tato skutečnost se odráží i ve statistikách ekonomických aktivit cizinců na území České republiky, jelikož většina cizinců, kteří v Česku pobývají, je ekonomicky aktivní. „V roce 2015 tu pracovalo 407 tisíc cizinců, což je nejvíc v historii České republiky. Zaměstnaných občanů cizí státní příslušnosti tu bylo 323 tisíc, živnostníků pak 84 tisíc,“ uvedla předsedkyně ČSÚ Iva Ritschelová. Tři čtvrtiny cizinců, kteří byli v roce 2015 v České republice zaměstnání, pocházely ze zemí EU. Převládali Slováci, ale výrazně přibýlo i pracujících Rumunů a Bulharů. Mezi cizinci, kteří u nás podnikají jakožto živnostníci, dlouhodobě převažují Vietnamci a Ukrajinci. [61; 62, s. 3]

Vedle migrantů, kteří k nám přicházeli a přicházejí dobrovolně, je i řada těch, kteří přišli nuceně, tzv. uprchlíci. V roce 2015 bylo na území České republiky celkem odhaleno při nelegální migraci 8 563 osob, což je nárůst o 77,6% oproti roku 2014. Z uvedeného počtu bylo 240 osob odhaleno při nelegální migraci přes vnější schengenskou hranici a 8 323 osob při nelegálním pobytu. Při nelegální migraci přes vnější schengenskou hranici bylo zadrženo nejvíce státních příslušníků Ruska, uprchlíků dle Konvence 1951 a Ukrajiny. Při nelegálním pobytu bylo zjištěno nejvíce státních příslušníků Sýrie, státních příslušníků Ukrajiny a Kuvajtu. [6, s. 48; 62, s. 4]

Pobyt uprchlíků upravuje zákon o azylu. Tento zákon, který je implementací mezinárodní Ženevské konvence o uprchlících, dává každé osobě právo, aby v České republice požádala o mezinárodní ochranu a aby byla její žádost prověřena a bylo v její věci nějak rozhodnuto. Právo na ochranu (azyl), tedy ještě neznamená, že žádající osoba

azyl dostane, ale proběhne o něm řádné řízení a rozhodnutí. O udělení mezinárodní ochrany rozhoduje vždy Ministerstvo vnitra ČR. Toto rozhodnutí může trvat různě dlouhou dobu – od několika týdnů po několik let. V prvním roce řízení nesmí žadatelé o udělení mezinárodní ochrany v zemi pracovat, a tedy si vydělávat na živobytí, tudíž jsou často odkázáni na pobytová střediska. [6, s. 49, 50]

2.3.1 Zdravotní péče o cizince v ČR

Hospitalizovaných cizinců v českých nemocnicích bylo v roce 2015 celkem 37 351. Z tohoto počtu byly v nadpoloviční většině ženy. Nejčastějšími příčinami hospitalizace souhrnně u mužů i žen bylo: těhotenství, porod a šestinedělí (7 889), poranění, otravy a některé jiné následky vnějších příčin (3 237), nemoci oběhové soustavy (2982), nemoci močové a pohlavní soustavy (2949), nemoci trávicí soustavy (2944) a další.

Cizinců, kteří v roce 2015 čerpali v ČR zdravotní péči, bylo celkem 103 887. Nejčastěji to byli lidé ve věku 20 – 59 let (72 469 osob). Z tohoto počtu pocházelo 51 403 ošetřených cizinců ze zemí Evropské unie. Podle země původu se jednalo zejména o občany ze Slovenska (22 609), Arménie, Ázerbájdžánu, Běloruska, Gruzie, Kazachstánu, Kyrgyzstánu, Moldavska, Ruska, Tádžikistánu, Turkmenistánu, Uzbekistánu (dohromady 13 509), Ukrajiny (11 084), Německa (7 381), Vietnamu (6 137), Velké Británie (3 316), Polska (3 216) a občany z dalších zemí.

Celkové náklady na zdravotní péči cizinců byly v roce 2015 v hodnotě 2 133 128 tisíc Kč. Nejvíce využívaný způsob úhrady za ošetření z hodnotového hlediska byla platba hotově a využití zahraničního zdravotního pojištění. Pohledávky po lhůtě splatnosti za neuhrazenou zdravotní péči o cizince ke konci roku 2015 dosáhly 37 mil. Korun českých.

Nově hlášená onemocnění TBC v České republice byla v roce 2015 na hodnotě 518 případů. Je to značný pokles při porovnání s nově hlášenými případy z roku 2000, kdy se jejich hodnota vyšplhala na 1 442. Podíl onemocnění cizinců na celkovém počtu onemocnění TBC byl v roce 2000 9,9 %, v roce 2015 to bylo již 21,2 %. [74]

3 MULTIKULTURNÍ/TRANSKULTURNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

Multikulturní/transkulturní ošetřovatelství můžeme definovat jako praktický a teoretický obor zaměřující se na podobnosti a rozdíly v péči o lidi jiných kultur s jejich souborem hodnot, přesvědčení, zvyků, a to s cílem poskytovat účinnou, vhodnou, smysluplnou a individualizovanou podporu ve zdraví a v nemoci. [18, s. 121]

Chápeme jej jako právně uznávanou, nezastupitelnou a metodicky rozpracovanou disciplínu, jejímž smyslem je naplňování lidských potřeb takovým způsobem, aby pacient neměl sebemenší důvod odmítnout spolupráci nebo pociťovat nespokojenost [19, s. 93]

I když se může na první pohled zdát, že multikulturní i transkulturní přístup je souznačný, přeci jen mezi nimi jistá odchylka je. Multikultura vyjadřuje rozmanitost, mnohočetnost, početné seskupení kultur, které žijí vedle sebe, ale neovlivňují se. Transkultura pokládá do centra pozornosti nikoliv kulturu, ale vzájemnou interakci mezi většinovou společností a cizími minoritními skupinami. Prostý multikulturní přístup popisující okolnosti bez pochopení příčin a hranic odlišnosti je tedy nedostačující, proto je žádoucí využívat přístupu transkulturního, který hledá společné prvky mezi kulturami. [20, s. 122; 9, s. 38]

K faktorům ovlivňujícím multikulturní/transkulturní ošetřovatelství patří neustálý vzestup populační migrace, kulturní fluktuace a míšení, rozšíření elektronické komunikace a tím pádem i sblížení v prostoru světa, zvyšující se kulturní vědomí klientů a výskyt kulturních střetů. Na tuto oblast ošetřovatelství má rovněž vliv větší pohyb zdravotníků po celé planetě, zvyšující se zájem o lidská práva, rostoucí množství žalob směřovaných na adresu zdravotnických pracovníků a střetávání se kultury života s kulturou smrti. Bezpochyby také příklon k alternativní zdravotní péči a prohlubování rozdílů mezi kulturou chudých a bohatých. Nelze opomenout ani vliv sociálního útlaku a výskytu násilí, jakožto i širší povědomí populace o různosti kultur a o potřebě smysluplně se dorozumět. [21, s. 29,30]

Kulturní otázky související s péčí a s ochranou života se vynořují ve všech kulturách na celém světě. Je zapotřebí brát v úvahu, že každý člověk, tedy potenciální klient zdravotnického zařízení, má určitou kulturní hierarchii danou tradicí, výchovou, životní zkušeností, vzděláním apod. [18, s. 122]

Pojmy jako moc, pohlaví, náboženství a místní kultura v zemi mají velký vliv na aspekty ošetřovatelství a jsou pro zdravotníka nezbytné při rozhodovacích procesech pro jednání s pacientem. [22, s. 67]

K zajištění smysluplné a bezpečné péče jsou nezbytné adekvátní znalosti z transkulturního ošetřovatelství. Každá kultura má své hodnoty, zvyky, víru, ale také například způsoby léčby a péče, které je potřeba nejprve zjistit a pochopit a poté je můžeme v ošetřování lidí z jiného kulturního prostředí využívat. Tento styl ošetřovatelství vyžaduje také porozumění sobě samému, své kultuře, vlastnímu pronikání do jiných kultur a ochotu pomáhat druhým. [9, s. 38,39]

Zdravotníci, kteří realizují transkulturní ošetřovatelství, respektují lidská práva a jsou si vědomi toho, že se mohou dopustit neetického chování a právně nepřijatelných činností nebo nerespektovat kulturní tabu. [9, s. 39]

3.1 Historický vývoj transkulturního ošetřovatelství

Počátek transkulturního ošetřovatelství se klade do padesátých let 20. století. Zakladatelkou a vůdčí osobností oboru je Madeleine Leiningerová, původně dětská sestra, která si byla vědoma důležitosti vzdělávat v této oblasti nejen sebe, ale i ostatní sestry. [16, s. 49]

Leiningerová se ve svém životě zaměřila na komparativní humánní péči, na teorii a výzkum. Působila jako pedagožka na mnoha známých světových univerzitách a vydala 28 knih. Zabývala se také studiem západních i východních kultur. Lidskou bytost popisuje Leiningerová jako holistického jedince, který je nutně ovlivněn sociálním pozadím. [9, s. 40, 41]

„Pokud mají lidé přežít a žít ve zdravém, pokojném a smysluplném světě, pak musí sestry a další zdravotničtí pracovníci pochopit jejich různá kulturní přesvědčení, kulturní hodnoty a životní styl, aby byli schopni poskytovat kulturně uzpůsobenou prospěšnou zdravotní péči.“ Toto pravila Madeleine Leiningerová a její řeč se může stát vhodným mottem pro každého zdravotníka.

Obor transkulturního ošetřovatelství vznikl jako reakce na narůstající multikulturní společnost, na zvyšující se nároky kulturních menšin na adekvátní zdravotní péči a na potřebě majoritních společenství pochopit rozmanitost minoritních kultur. [17, s. 119]

Transkulturní ošetřovatelství dosáhlo v devadesátých letech statusu celosvětově uznávané odbornosti, která má otevřený přístup do klinické praxe, výuky a poradenské činnosti. Metody transkulturního přístupu a pojmy s ním spojené pozvolna implementují i do jiných zdravotnických oborů. [16, s. 50]

3.2 Ošetřovatelství jako kultura

Ke kulturním projevům společnosti patří také ošetřovatelství – péče o druhé ve zdraví i v nemoci. Kulturní projevy, přestože mohou být leckdy skryté, mají veliký význam, proto bychom se jim měli rozhodně věnovat. Musíme pochopit také specifické hodnoty, zvyky a způsoby tradiční péče, abychom je mohli využívat při poskytování péče lidem z jiného kulturního prostředí.

K pochopení problémů nemocných přispívá provedení kulturní diagnostiky. Tím se utváří spolupráce mezi nemocným a zdravotníkem založená na úctě a důvěře z obou stran. Kultura ovlivňuje několik aspektů zdraví, především zdraví duševní. Variabilitu podmíněnou kulturou je potřeba mít neustále na zřeteli. [9, s. 52. 53. 54] Průcha popisuje kulturní identitu jako pocit, který je utvářen pomocí příslušnosti jedince k určitému společenství. Každý lidský jedinec potřebuje někam patřit. Může to být například rodina, národ, etnická skupina nebo náboženská příslušnost. [9, s. 55]

3.2.1 Filosofie holismu a důstojnost člověka

Holismus, z řeckého slova holos, tj. celek, je filozofický směr nejvíce spojovaný s ošetřovatelstvím. Tento směr dává najevo, že se v člověku propojují bio-psycho-socio-spirituální složky. Jedná se o vnímání člověka jako celostní lidské bytosti, jejíž souhrn částí nabývá vyšších vlastností nezávislých na jeho částech.

Při ošetřování klientů bychom se měli snažit vnímat je jako holistické bytosti se všemi výše uvedenými složkami a snažit se zamezit tzv. redukcionismu, tj. opuštění od některé složky. V dnešní době již asi nikdo nepolemizuje o propojení psychické a fyzické složky člověka. Stres, osamění, smutek a obavy se výrazným způsobem podílejí na zhoršování fyzického stavu a na vnímání bolesti. Proto musí všichni zdravotníci pečovat nejen o fyzické potřeby svých klientů, ale také o jejich duševní pohodu.

Dalším filozofickým směrem, který se projektuje do ošetrovatelství, je existencialismus. Filozofický směr, který je orientovaný antropocentricky, tj. na problémy člověka. Klade důraz na individualitu člověka. Právě individualita je jedním ze základních principů ošetrovatelství v podobě respektu k lidské jedinečnosti. Dalším pilířem existencialismu je tvrzení, že lidé jsou schopni poznat skutečný smysl své existence ve stavu existenciální krize. Je nazýván existenciálním prožitkem v krajních situacích.

Pokud budou zdravotníci vnímat své klienty jako celistvé bytosti hodné respektu, budou mít šanci si uvědomit rozdílnosti v reakcích a možnostech každého pacienta a podle toho poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči. [23, s. 24]

U ošetrujícího personálu je důležitá nejen úcta ke druhým lidem, ale také k sobě samému. Tou ukazuje, nakolik si sám sebe cení. Respektováním druhých zase naznačuje, jakou hodnotu v nich spatřuje. To, jak personál s nemocnými zachází, se zrcadlí v jejich vnímání sebe samých, v jejich sebehodnocení a sebeúctě. Umět tento přístup uplatňovat v praxi může být velmi složité. Každý jedinec si zaslouží úctu, proto bychom měli brát na zřetel jeho zájmy a přání. [26, s. 99]

Důstojnost osobní identity každého člověka by neměla být nikdy z naší strany přehlížena. Také proto, že základní skutečností lidské existence je právě lidská osobnost. Každá osobnost je jedinečná, odlišená od ostatních tím, jak se chová, jaké má vlastnosti nebo jak dokáže vnímat sama sebe a svět a uvažovat o tom. [24, s. 64]

3.3 Interkulturní setkání

Přesunování lidí po světě, mezi městy, státy, regiony nebo kontinenty, je realitou. I nyní jsou v pohybu milióny lidí všemi směry, kteří způsobují a umožňují mísení barev pleti, kultur, názorů, způsobů vnímání světa a mnoha jiných odlišností.

Obyvatel České republiky se to dotýká stejně jako kohokoliv jiného. I Češi dnes odcházejí za prací, studiem, novými rodinami nebo i jen ze zvědavosti do zemí celého světa. Do Čech vždy přicházely, přicházejí a budou přicházet, statisíce lidí z odlišných zemí. Přinášejí si s sebou svůj způsob myšlení, kulturu, víru a obohacují tak nejen sebe, ale i nás. Česká kultura vznikla a mění se mísením lidí a kultur východu i západu, s příměsí severu a jihu, tak jak to odpovídá umístění České republiky v centru Evropy. [25]

Tedy i ten, kdo dnes nemá s multikulturou mnoho zkušeností, může se jednou ocitnout v postavení sociokulturně znevýhodněného jedince. Například při delším pobytu

v zahraničí – zvláště tehdy, pokud se jedná o prostředí výrazně kulturně odlišné a jehož jazyk člověk dostatečně neovládá. Z toho vyplývá, že potřeba naučit se toleranci, porozumění a přijetí nejrůznějších odlišností u druhých lidí se týká každého z nás. [64, s. 143]

3.3.1 Efektivita setkání

Abychom dokázali redukovat stereotypy, musíme se snažit o poznání druhého. Při interkulturních setkáních je velmi důležitá právě jejich efektivita, která je podmíněna tím, že se lidé musí o jiné kultury zajímat, musí být dostatečně senzitivní, aby zaregistrovali kulturní rozdíly a musí být též ochotni modifikovat své chování tak, aby tím projevili respekt lidem odlišných kultur. Ona ochota pozměnit něco ze svých návyků, ze svého chování, je dána chutí přiblížit se k druhému.

Čím více roste potenciální úspěšnost v interkulturních vztazích, tím je komplexnější a sofistikovanější zkušenost interkulturního rozdílu. Abychom si zjednodušili interkulturní setkání, měli bychom se naučit přistupovat ke svému okolí bez předsudků. Dále bychom se měli snažit být empatictí, flexibilní, iniciativní, zvědaví a emočně stabilní. [15, s. 131,132, 141]

J. Holčík a kol. (2007, s. 64) definuje efektivní péči ve zdravotnictví následovně: „Efektivita v systémovém pojetí značí vztah mezi vstupními náklady a cílovým výstupem. Cílem však není ušetřit, nýbrž uspokojit zdravotní potřeby při co nejlepším využití vzácných zdrojů“. [27, s. 64]

Sémantický obsah efektivity v ošetřovatelství je možno vyjádřit jako účinnost ošetřovatelských činností zaměřených na jednotlivce, rodiny, skupiny, které jim pomáhají k tomu, aby byli schopni sami pečovat o své zdraví a pohodu. [28, s. 13]

3.3.2 Koncept strachů a potřeb

Psycholog Maslow (1943) uvádí, že nenaplněním potřeb vznikají obavy a pocity ohrožení. Dále podotýká, že potřeby jsou univerzální, jen kultura nám poskytuje konkrétní informace o tom, jak jejich naplňování vypadá.

Reakce, které jsou motivované obavami, mohou vyvolat útok, útek nebo strnutí a u druhého vedou spět ke strachu, obavám z odmítnutí, k manipulaci a podobně. Pokud budou účastníci interakce reagovat na základě svého strachu, dojde pravděpodobně k postupné eskalaci konfliktu, nebo k tomu, že ve vzájemném vztahu nevznikne skutečný

kontakt. Střetnutí obou bude formální a nedojde tak ke skutečnému setkání s druhým, s člověkem, který mi může leďacos nabídnout. Toto minútí se v kontaktu působí jistou újmou oběma zúčastněným stranám. Člověk, který se ocitá v jiné kultuře v roli pacienta, může snadno pociťovat strach z manipulace a z toho, že nerozumí, co se děje. Pokud pacient ví, co potřebuje a umí to sdělit svému protějšku (zdravotníkům), může se také snáze bavit o tom, jakým způsobem danou potřebu nejlépe naplnit. [15, s. 84,85]

3.3.3 Interkulturní citlivost

Interkulturní citlivost si můžeme představit pod ochotou připustit, že náš pohled na svět je jen jedním z mnoha a přitom není tím určujícím. Měli bychom si umět připustit, že pohled člověka z jiné kultury, jeho systém hodnot, zvyky, rituály a představa o tom, co je a co není normální, se může zásadně lišit od pohledu našeho a že tato rozdílnost je legitimní. [29]

Tzv. cultural awareness (kulturní uvědomění nebo vnímavost) je výhodou pro každého, pro člověka pomáhajícího druhým obzvláště. Kulturní uvědomění spočívá ve zmapování předsudků, stereotypů, odlišností a očekávání jak našich vlastních, tak i ostatních. Můžeme si uvědomit náš názor na svět, naše premisy a pojetí, které prostupují celý náš život... Můžeme tak objevit přirozenou realitu života. V situaci, kdy se tento proces neuskuteční, hrozí tendence k vnucování hodnot, vzorců chování a víry ostatním. Kulturní uvědomění pomáhá v různých případech identifikovat, čí zájmy jsou vhodné k prezentaci a čí jsou nepřijatelné. [36, s. 36]

Pokud jsou zdravotníci interkulturně senzitivní, umějí a učí se brát v úvahu odlišné pohledy na zdraví, nemoc a způsob léčení určitých onemocnění. Měli by se o tyto pohledy menšin zajímat a citlivě je zjišťovat.

Interkulturní senzitivita je předzvěstí úspěšného setkání mezi zdravotníky a pacienty a stává se také prediktorem interkulturní kompetence.[30, s. 452]

3.3.4 Interakce a nedorozumění

Každý člověk, ať už pochází odkudkoli, jedinečným způsobem naplňuje kulturu, do které vyrostl. Tato kultura se naplňuje v běžných interakcích. Naše snaha připravit se na interkulturní setkání je jistě velmi ceněna, ale může se stát, a je to i pravděpodobné, že v konkrétní interakci budeme konfrontováni ještě se zcela jiným typem situace. Vše může probíhat ještě úplně jinak, jelikož nemůžeme dopředu vědět, jak náš protějšek svoji kulturu

vnímá. Jediným nástrojem je v danou chvíli naše vnímání. Pokud se nám podaří vnímat i drobné rozdíly a vlastní nejistotu, můžeme v dané situaci sdělit, co požadujeme, eventuálně se pokusit dopátrat potřeby druhého. Poté můžeme nalézt vzájemné porozumění či vyjednat podmínky, které nejsou destruktivní pro vztah [15, s. 98, 99]

Spoluúčast, pozorování a rozvaha jsou nedílnou součástí přístupu v interakci s klienty z odlišného kulturního prostředí, jimž má být ošetrovatelská péče poskytnuta. Je nutné znát a chápat styly verbální i neverbální komunikace, aby bylo možné dosáhnout očekávaných výsledků v péči. [9, s. 119]

3.4 Kulturně shodná péče

Aplikování kulturně shodné péče pomáhá klientům adaptovat se na nové kulturní způsoby péče. Zdravotníci asistují klientům při jejich přizpůsobování se novým životním rolím, nejčastěji roli pacientů. Hospitalizace může být pro klienty z jiných kultur problematická. Nemohou vykonávat obvyklé náboženské rituály, mají omezený kontakt se svými příbuznými, strava podávaná v nemocnici neodpovídá jejich kultuře a podobně. Úlohou sestry v takových případech je dohodnout se s klienty na takových aktivitách a na takové péči, která bude respektovat jejich potřeby, ale také požadavky nemocničního systému. [9, s. 47]

Ve 21. století je kulturně kompetentní péče pro zdravotníky více než nutností, jelikož každý člověk má právo očekávat, že se s ním bude zacházet kulturně kompetentním způsobem. Tato péče je pro sestry právním i morálním požadavkem. [28, s. 9]

Přestože se transkulturnímu ošetrovatelství věnuje především vysoce specializovaný ošetrovatelský personál, je vhodné, aby poznatky z tohoto oboru uplatňovaly všechny sestry bez ohledu na vzdělání a množství zkušeností. Od všech sester se očekává, že vynaloží úsilí nabízet všestrannou kulturně způsobilou pomoc oproštěnou od zbytečných předsudků plynoucích z rasového původu, vyznání či pohlaví. [68, s. 70]

Pro každého zdravotníka je podstatné, aby uznal, že znalosti kulturních souvislostí jsou nutné k tomu, aby ošetrovatelská péče o klienty rozmanitých kultur světa byla legitimní a účinná. Kulturně shodná ošetrovatelská péče je významným faktorem podpory, zachování a navrácení zdraví. Je důležité si uvědomit, že k tomu, aby se zdravotníci naučili znát a respektovat potřeby pacientů různých etnik, musí mít sami zájem se s touto problematikou seznámit. [70, s. 4]

3.4.1 Kulturní kompetence v ošetrovatelství

Definice kulturní kompetence najdeme v domácí i zahraniční literatuře spoustu. Jedna z definic D. K. Deardorffa z roku 2006 uvádí kulturní kompetenci jako: „schopnost efektivně a vhodně komunikovat v interkulturní situaci, která je založená na interkulturních znalostech, dovednostech a postojích.“ [34, s. 19]

Kulturní kompetence můžeme popsat jako soubor znalostí, dovedností, a postupů, které umožňují zdravotníkům poskytovat takovou ošetrovatelskou péči, která je pro minoritní a etnické skupiny kulturně přijatelná a žádoucí. [33, s. 245]

Za zmínku stojí také popis kulturní kompetence jako probíhajícího procesu, jehož cílem je dosažení efektivní schopnosti pracovat s lidmi z různých kulturních prostředí a navíc pečovat o tyto individuality s ohledem na diversitu na podkladě správných znalostí a dovedností v oblasti transkulturního ošetrovatelství a zejména s profesionálním a hlubokým respektem k různým kulturám. [70, s. 8, 9]

Autorka modelu „kulturně kompetentní péče“ formuluje kulturní kompetence jako proces, nikoli jako finální bod, v němž se zdravotník snaží neustále znovu a znovu pochopit kulturní odkaz klientů a jejich rodin. [35]

Ústředním faktorem transkulturní kompetence v ošetrovatelství není odlišná kultura, nýbrž sama interakce zúčastněných (zdravotník – pacient). Pro ošetrovatelskou praxi je nejdůležitější sensibilita pro existující situaci, v níž se nemocný i zdravotník nachází a otevřená komunikace o odlišnostech vnímání téhož z různých pohledů zúčastněných. [68, s. 67]

Při vykonávání praxe rozvíjíme a používáme kulturně obecné kompetence, které jsou aplikovatelné napříč kulturními skupinami. Mezi tyto obecné kompetence můžeme zařadit například zprostředkovávání zdraví pomocí kulturní identity nebo hlubší chápání společenských a organizačních struktur, které podporují kulturně kompetentní péči, nebo jsou jí naopak na překážku. Pomáhají nám v osvojování si kulturně specifických kompetencí, které jsou vymezeny pro konkrétní kulturní skupiny. Za pomoci „sběru“ těchto kompetencí si můžeme nashromáždit relevantní kulturně specifické informace potřebné pro péči o klienty z odlišných kultur. [32, s. 70, 71]

Protipólem kulturní kompetence je kulturní destrukce. Znamená to, že nadřazenost kultury je natolik veliká, že ostatní kultury zanikají. Kulturní neschopnost je neuznávání

žádných kulturních kompetencí a neschopnost zdravotníků poskytnout lidem pocházejícím z jiných kultur vhodnou a odpovídající péči. Obecně panuje předpoklad, že by se menšina v majoritní společnosti měla přizpůsobit. Pojem kulturní slepota vyobrazuje stav, kdy člověk (zdravotník) nedokáže zřetelně vnímat, že jeho vlastní jednání je kulturně předpojaté a poskytuje stejnou péči všem bez rozdílu. Kulturní před-kompetencí je uznání potřeby odlišností v péči. Schopnost tuto péči realizovat je již kulturní kompetencí. Dále můžeme hovořit o kulturní zběhlosti, tzn. o stavu, kdy již zdravotníci odpovídající péči poskytují a snaží se o sebezdokonalování a hledání nových cest a praktik pro dosažení efektivní, kulturně kompetentní péče. [7, s. 34; 16, s. 34]

3.4.2 Etnokulturní hodnocení v ošetřovatelství a ošetřovatelské modely

Aby zdravotníci mohli plně uspokojovat potřeby svých klientů, musí od nich umět získávat hodnotné informace. V procesu posuzování tkví význam etnokulturního hodnocení v identifikaci rozdílů mezi kulturními parametry s cílem docílit slučitelnosti systému zdravotnické péče a systému klienta. Stejně jako je důležité poznání klientovy etnické příslušnosti, je klíčové identifikování klientova rodného jazyka. A to i v případě, že klient mluví relativně dobře řečí, která je v dané oblasti považována za vlastní, jelikož se může vlivem stresu, onemocnění a jiných faktorů vracet ke svému rodnému jazyku. Pro zdravotníka je proto povinností usilovat o zpětnou reakci v podobě ujištění, že klient požadovanému porozuměl. [31, s. 40; 13, s. 18]

Nástroje pro klinické využití kulturního zhodnocení pacientů se nazývají ošetřovatelské modely. Tyto koncepční rámce jsou pro zdravotnické pracovníky velmi důležité, neboť formulují cíl, účel, hranice a rozsah ošetřovatelské profese. Poukazují na různé možnosti řešení dílčích předmětů zkoumání v ošetřovatelství (Farkašová, 2005).

a) Model Madeleine Leiningerové

Jedná se o koncepční holistický rámec pro výzkum a vzdělávání charakteristický pro multikulturní ošetřovatelství. Sama autorka ho nazvala „Model vycházejícího slunce“. Znázorňuje kulturní rozmanitost a univerzalitu ošetřovatelské péče.

Zdraví je v modelu chápáno jako kulturně podmíněný stav pohody, který vyjadřuje způsobilost jednotlivců i skupin vykonávat běžné denní činnosti kulturně vhodným způsobem. [36, s. 19,23]

b) Model Joyce Newman Gigerové a Ruth Elaine Davidhizarové

Model transkulturního hodnocení amerických autorek je nazván „Model kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče“. Je inspirován multikulturním ošetrovatelstvím Madeleine Leiningerové, jejíž model byl kritizován za poměrně obtížnou použitelnost v každodenní péči. Model byl vytvořen k usnadnění poskytování a hodnocení péče pacientům odlišného etnika kultury. K základním myšlenkám patří respektování kulturní svébytnosti jedince, kulturně ohleduplná péče a např. podpora zdraví prospěšného chování běžného pro danou kulturu. [36, s. 28,30]

c) Model Josephy Campinhy-Bacote

Navazuje na transkulturní ošetrovatelství Madeleine Leiningerové. Josephy Campinhy-Bacote ho nazvala „Model rozvíjení kulturní způsobilosti.“ Říká, že „tento model je užitečný při péči o všechny lidi, protože ve skutečnosti my všichni patříme ke stejné rase – lidské rase se stejnými potřebami“. Je ale nutné pamatovat si, že tyto potřeby mohou být vyjádřeny odlišně a že kvalita služeb poskytované zdravotní péče může pro každého klienta znamenat něco jiného.

Základ modelu tvoří 5 kulturních kompetencí – kulturní zručnost, kulturní uvědomění, kulturní vědomosti, kulturní setkání a kulturní přání. Sama autorka doporučuje zdravotníkům (sestrám), aby si při zabezpečování kulturně odpovídající péče zvažili následující otázky:

Uvědomění: „Jsem si vědoma svých vlastních předsudků a předpojatosti ke kulturním skupinám odlišným od mých?“ **Zručnost:** „Mám zručnost vést kulturní odhad a vykonávat na kultuře založené fyzikální posouzení citlivým způsobem?“ **Vědomosti:** „Mám vědomosti o pacientových názorech na svět a na poli biokulturní ekologie?“ **Setkání:** „Kolik setkání jsem již měla s pacienty z rozličných kulturních prostředí?“ **Přání:** „Jaké je moje skutečné přání chtít být kulturně kompetentní?“ [37, s. 18]

d) Blochův průvodce etnicko-kulturním posuzováním

Velmi se přibližuje modelu Gigerové-Davidhizarové. Průvodce posuzuje nemocného jednotlivce společně s jeho rodinou, také v rámci ambulantní péče či během hospitalizace. Etnicko-kulturní charakteristiky se dělí do čtyř skupin – kulturní, psychologické, biologicko-fyziologické a sociologické. [38, s. 87]

e) Model multikulturní kompetence dle Larry D. Purnella

K vykonávání kulturního hodnocení na všech úrovních péče může být využit i model získávání kulturních kompetencí dle Purnella, který je zobrazen kružnicí s lemy, které představují společnost, rodinu, komunitu a jedince. Vnitřní kružnice se skládá z 12 domén. Mezi jednotlivé domény znázorňující kulturní oblasti patří komunikace, rodina – role a organizace, problematika zaměstnanosti, vysoce rizikové chování, výživa, biokulturní ekologie, spiritualita, těhotenství, rodičovská praxe, rituály spojené se smrtí, zdravotnické praktiky a poskytovatelé zdravotnické péče. [39, s. 79; 9, s. 125]

3.5 Výuka multikulturního/transkulturního ošetřovatelství

Multikulturně kompetentním se člověk nerodí a ani tato schopnost nepřichází jaksi sama. Multikulturní kompetenci si každý osvojujeme v procesu učení se. Neexistují žádné normy ani pravidla, kterými bychom se u nás museli v multikulturní výuce řídit. Výhodou pro vyučujícího je, že má téměř volné pole působnosti. Nevýhodou z toho plynoucí může být riziko značné bezbřehosti a nevyjasněných mantinelů. [34, s. 94]

Multikulturní výchova představuje hybnou sílu pro rozvoj kulturní kompetence. Lze ji charakterizovat jako dosahování zvýšeného povědomí o subjektivním kulturním kontextu, počítaje v to i svůj vlastní, a rozvíjení schopnosti kompetentně a citlivě interagovat napříč kulturními kontexty. Subjektivní kulturní kontext je jedinečný pohled každého jedince na dané jevy, styl organizace komunikace a způsob uchopení kategorií dobra a zla. Multikulturní učení je teleoklinní proces osvojování si znalostí, schopností a dovedností a formování multikulturního vědomí ve vztahu k prostředí. [69, s. 101, 102]

Ve vzdělávání je významná prosociální výchova, která může již v zásadním období, jakým je dětství a dospívání, zmírnit egoistické, materialistické a další negativní činitele při vytváření individuální struktury hodnot člověka. [64, s. 144]

Problematika soužití odlišných skupin v rámci občanské společnosti se dostala v zemích západní Evropy do centra odborného zájmu již krátce po druhé světové válce. Cílem interkulturního vzdělávání je podpora a upevňování vzájemných vztahů mezi sociokulturními skupinami, zvláště mezi majoritou a minoritami. K možnosti neplnit tento cíl si musí příslušníci všech sociokulturních skupin (nikoliv pouze majoritních) splnit následující nároky: uvědomit si, že různorodost a rozmanitost je založena na

bezpodmínečné rovnosti všech lidí, snažit se rozpoznat odlišné kulturní identity a respektovat je jako rovnocenné a naučit se řešit případné rozpory pokojnou cestou. Cílem je také připravovat studenty na život v kulturně pluralitní společnosti. K tomu je potřeba, aby si dokázali osvojit následující interkulturní kompetence. Nejprve aby získali znalosti o různých etnických a kulturních skupinách žijících v české a evropské společnosti. Dále aby se zvládali orientovat v kulturně pluralitním světě a využívali interkulturní kontakty a dialog k obohacení sebe i druhých. V neposlední řadě aby zaujali postoj respektu, tolerance a otevřenosti k odlišným skupinám a životním podobám, včetně vědomí potřebnosti osobní angažovanosti.

Interkulturní vzdělávání vede studenty k respektování neustále se zvyšující kulturní rozmanitosti a otevírá jim cestu k různým způsobům života, myšlení a chápání světa. [59, s. 11, 13, 14]

3.6 Interkulturní komunikace

Mezilidská komunikace je rozsáhlým procesem, který je závislý na inteligenci, na individuálních a sociálních zkušenostech a také na psychice jedince. Je součástí základního biosociálního vybavení člověka, ale individuálně se u různých jedinců liší. [46, s. 13,14]

V dnešním globalizovaném světě by se mohlo zdát, že rozdíly mezi jednotlivými národy, kulturami a způsobem jejich komunikace se stírají a že komunikace s cizinci je považována za naprostou samozřejmost. Pokud jde ale o přesné rozlišování jednotlivých slov, slovních spojení a jejich významů i signálů nonverbální komunikace, je podstatné si uvědomit, že cizinci mohou vysílat i přijímat signály jinak, než bychom my očekávali. Z toho důvodu představuje znalost interkulturních charakteristik komunikace jednotlivých kultur a národů důležitou součást komunikačních kompetencí ve všech sociálních oblastech, tedy i ve zdravotnictví. [45, s. 94]

Komunikace je významným aspektem profesionality a kvality v ošetrovatelské péči. V mnoha studiích bylo zjištěno, že špatná komunikace je nejdůležitějším zdrojem nespokojenosti hospitalizovaných lidí. V této souvislosti platí tvrzení, že efektivní komunikace zvyšuje kvalitu ošetrovatelské péče. Komunikace s klienty vlastní kultury je v mnohém snazší než komunikace s klienty cizích kultur a národností. [47, s. 517]

Při změně monokulturní společnosti na multikulturní je významné pochopit verbální a neverbální projevy člověka. V budoucnu se od každého z nás očekává, že budeme používat ve zvýšené míře cizí jazyky a zároveň že budeme umět dešifrovat multikulturní neverbální projevy lidí z jiných kultur a etnik.

Nyní by mělo být záměrem multikulturní komunikace jednak jazykové dorozumění se, respektování zvyků, životních hodnot a náboženského přesvědčení, ale i vědomostí o biologických odlišnostech. Učit se, v čem jsme od druhých odlišní, a proč takoví jsme, je prospěšné nejen z pohledu multikulturní komunikace, ale také z pohledu běžného člověka cestujícího do zahraničí nebo setkávajícího se s cizinci ve své domovině. Ohleduplná ošetrovatelská péče respektuje kulturní specifika jednotlivce i rodiny, názory, tradice. Výsledkem je tzv. kulturně senzitivní ošetrovatelská péče. [49, s. 33]

3.6.1 Komunikační specifika kultur

Populace klientů, s nimiž se naši zdravotníci doma, tj. v České republice setkávají a budou setkávat, se stává heterogennější. S volnějším pohybem osob přibývá také specifických skupin osob, které vyhledávají zdravotnickou péči. Jde o přistěhovalce, uprchlíky, o cizince s přechodným pobytem, krátce – o příslušníky jiných kultur, etnických menšin, lidi různých náboženství a náboženských sekt. Ti všichni občas potřebují zdravotní péči, a proto se s nimi naši zdravotníci musí nějak dorozumět.

Ze zkušeností je zřejmé, že příslušníci takových menšin se liší od „standardních klientů“ nejen svým jazykem, ale také názory na nemoc a reakcemi na nabízenou péči. Tehdy může nastat problém, jak s takovými klienty adekvátně jednat. Při neúspěchu zdravotníků navázat s takovými klienty kontakt je jednak ohrožena vzájemná spolupráce a jednak může častěji u klientů docházet k neporozumění navržené terapii, a tak i k její neakceptaci a nedodržování rad zdravotníků. Důsledkem může být v některých případech až ohrožení zdraví klientů, konflikty, stížnosti na personál i zdravotnické zařízení.

Výzkumy potvrzují, že charakteristika, která je ústřední pro úspěšnou interkulturní komunikaci, je kulturní kompetentnost osoby poskytující péči. Každý zdravotník nebo i zdravotnické zařízení se touto charakteristikou vyznačují v rozdílné míře. [33, s. 331, 337]

Je dobré si uvědomit, že komunikací projevujeme člověku respekt a že jejím prostřednictvím vyjadřujeme úctu lidské důstojnosti. Tato důstojnost může být narušována absencí společenské zdvořilosti. Nejen v multikulturní péči by mělo být samozřejmostí vyjádření pozdravu a oslovení člověka a také společenské obraty jako např. prosím, děkuji. [48, s. 10]

3.6.2 Verbální a neverbální komunikace

Součástí dorozumívání se je jazyk, který je prostředkem sociálního života. Slouží ke sdělování myšlenek, předávání zpráv, hodnot. Vlastní jazyk užívá asi 3 000 – 6 000 žijících národností, etnik či kmenů. V Evropě je to asi padesát jazyků včetně řady různých nářečí a přízvuků. [50, s. 24]

Jazyk je předáván řečí, se kterou souvisí hlas s paralingvistickými znaky. Týká se to souborů vokálních a hlasových projevů na hranici mezi neverbálními prostředky a mluvenou řečí. Paralingvistickým projevem je melodie, barva hlasu, přízvuk, intonace, plynulost řeči a síla hlasu. Například Italové díky svému temperamentu bohatě využívají paralingvistických projevů v řeči. Naopak jiné kultury, např. Vietnamci a Dánové, v konverzaci tyto projevy téměř vůbec nevyužívají. Uvádí se, že v Evropě existuje jakýsi princip, kdy čím severněji je etnikum, tím jsou jeho komunikační projevy tlumenější. Čím sídlí jižněji, tak se etnikum projevuje větší temperamentností. [17, s. 24; 50, s. 27]

Příkladem interkulturních rozdílů ve verbální komunikaci může být to, že v některých kulturách jsou určitá témata tabu, ale v jiných se o nich i na veřejnosti směle diskutuje. Američané a obyvatelé především ze západní Evropy se často řídí heslem „řekni, co si myslíš, a mysl si, co říkáš.“ Naproti tomu Asiaté komunikují nepřímou, veřejné vytknutí nedostatků nepovažují za upřímnost, nýbrž za neslušnost. Důraz na zdvořilost a udržování pozitivní sebe prezentace je pro ně důležitější než absolutní pravdivost. To může mít ale negativní důsledky zvláště ve zdravotnictví, protože i když klienti neporozumí, tak se nezeptají, aby neznevažili mluvčího. Úcta k druhému je pro ně více podstatnější než vlastní obtíže. [45, s. 97]

Mezi verbální a neverbální komunikací existuje jeden zásadní rozdíl. U verbální komunikace se můžeme rozhodnout, že komunikovat nebudeme – tedy mlčíme – kdežto u komunikace neverbální takovou svobodu nemáme. Vyjadřujeme skrze ni vždy a jen malou část z toho co nebo jak neverbálně sdělujeme, můžeme ovlivnit. [51, s. 254]

Neverbální vzorce komunikace se učíme od narození a přejímáme je ze svého okolí. Z tohoto důvodu je neverbální komunikace silně ovlivněna prostředím a kulturou, z které jedinec pochází. Pokud je zvyklý, že se v jeho okolí silně gestikuluje a je obvyklý fyzický kontakt při komunikaci, přejímá tyto vzorce stejně. Obdobně je tomu při opačném chování.

Vědci Ekman a kol. (1978) zjistili, že existuje několik univerzálních výrazů tváře – je to štěstí, strach, smutek, zlost, překvapení, odpor a hnus. Univerzální znamená, že jsou tyto výrazy obličejů srozumitelné pro každého napříč jednotlivými skupinami.

Samovar (2013, s. 105, 106) tvrdí, že „komunikace je kultura a kultura je komunikace“ a vnímá neverbální složku komunikace jako klíčovou. [15, s. 105, 106]

Příkladem interkulturních rozdílů v neverbální komunikaci může být například neudržování očního kontaktu u některých Afričanů při rozhovorech s osobami výše postavenými, kdežto v Evropě a Americe to může být signálem ostychu nebo lhaní. Často používané kývání a vrtění hlavou je v Bulharsku nebo Řecku chápáno přesně opačně než jak mu rozumíme my. U Vietnamců je za neslušné považováno smrkání na veřejnosti, naopak mlaskání a říhání u jídla je největší pochvalou pro hostitele. Hlazení po vlasech a ostatní doteky na hlavě jsou pro Vietnamce sociálně nepřijatelné a také děti je vnímají jako symbol neúcty. Dále vždy nemusí úsměv vyjadřovat humor, ale může též symbolizovat nepříjemnost, nesnáze nebo omluvu za to, že dotyčný neporozuměl. [45, s. 95]

Pro efektivní multikulturní komunikaci při péči o zdraví existují možná doporučení. Na příklad bychom měli používat jednoduchá slova a slovní spojení, kterým příslušníci jiné kultury porozumí a dokáží je použít. Měli bychom hovořit pomalu, zřetelně artikulovat, informace několikrát opakovat a také příslušníky jiných kultur požádat o zopakování sdělené informace. Je vhodné se také naučit slova základní komunikace v jazyce příslušníků odlišných kultur. Ponechme příslušníkům jiných kultur dostatek času, aby mohli v klidu vyjádřit své potřeby. Používejme úsměv, mimiku, gesta a obrázky pro lepší pochopení vzájemné komunikace. Snažme se klienty podporovat, povzbuzovat a pomáhat jim ve vyjadřování pocitů, myšlenek, názorů a potřeb. Když je potřeba, zajistíme komunikaci pomocí cizojazyčných slovníků nebo tlumočníka. Buďme trpěliví, ohleduplní a tolerantní ke všem projevům příslušníků jiných kultur. [49]

3.7 Kulturní šok

Lidé často přicházejí do zemí, které jsou jim docela cizí. Nové jsou pro ně nejen klimatické podmínky, jazyk a místní stravovací podmínky, ale také zvyky, rituály a mentalita hostitelského obyvatelstva. Při pobytu lidí v pro ně cizí zemi dochází k přímému kontaktu s neznámou kulturou a nutně u nich nastává prožitek obtížného, až traumatického procesu adaptace na změnu. Ta se v takových případech nazývá kulturní šok.

Pojem „kulturní šok“ je antropology užíván k interpretaci pocitů stresu a dezorientace, které zažívají lidé vstupující do neznámého kulturního prostředí. Šok je popisován jako rychlá a prudká reakce. Postihuje každého, kdo se ocitne v novém neznámém prostředí. Trvá týdny až měsíce – dle toho, jak je jedinec schopen přijímat změny. [9, s. 73,74]

Determinantami kulturního šoku, které ovlivňují jeho vznik, intenzitu a délku, mohou například být: délka odloučení a vzdálenost od domova, velikost kulturních rozdílů, hodnotový systém jedince a společnosti, jazykové rozdíly, účel cesty, status návštěvníka v hostitelské zemi či typ osobnosti jedince. [41, s. 13]

Je důležité se s kulturním šokem umět účinně vyrovnávat, jelikož s sebou může nést hluboké a dlouhodobé následky.

3.7.1 Fáze kulturního šoku

Fáze kulturního šoku, včetně jeho důsledného popisu, vytvořil v roce 1954 antropolog. Kalervo Oberg. Jedná se o čtyři fáze emocionálních reakcí spojených s pobytem člověka v jiné kulturní společnosti.

I. Fáze „medových týdnů“ (honeymoon) nebo také „turistická fáze“:

Důraz na počáteční reakce – nadšení, euforie, okouzlení, fascinace. Do tohoto období je zahrnuta naděje a touha o uskutečnění „něčeho“, co v životě doposud chybělo.

II. Fáze krize (crisis):

Náhlý obrat charakterizovaný pocitem frustrace, nepřiměřenosti, hněvu a úzkosti. Vzrůstá dezorientace, postrádání smyslu věcí a narůstá bezmocnost. Vznikají depresivní

nálady důsledkem ztráty blízkých lidí, mateřské kultury, ale také důsledkem snahy sžít se s cizí kulturou, najít přátele a začlenit se. Tato fáze je označována jako těžká etapa.

III. Fáze zotavení (recovery):

Zahrnuje odhodlanost a kulturní učení. Rovněž může dojít k izolaci jedince a ke zvýšené kritičnosti k hostitelské kultuře. Může se objevit stýskání, plačtivost, lítost. To se může odrazit na fyzické stránce jedince a projevit např. jako nevolnost, bolesti hlavy, alkoholismus, vředová choroba aj.

IV. Fáze přizpůsobení (adjustment):

Přichází vyrovnání a entusiasmus a potěšení z fungujících schopností. Jedinec se cítí lépe a novou kulturu přijímá za svůj nový „domov“.

Průběh přizpůsobení se podmínkám hostitelské země je popisován křivkou ve tvaru písmene „U“. Při popisu prožitku po návratu domů je používáno dvojité U. Tato křivka v podstatě vyjadřuje výše uvedené fáze. Pro představu je uvedena v příloze. [40, s. 94, 95; PŘÍLOHA 2]

3.7.2 Prevence a zvládání kulturního šoku

Kulturní šok může nastat nejen při pobytu jedince v cizí zemi, ale může se dostavit také v souvislosti s hospitalizací ve zdravotnickém zařízení. Klient se najednou ocitá v prostředí mu zcela neznámém, je obklopen specifickou subkulturou (systémem zdravotní péče), která má svá pravidla, zvyky i jazyk. Obzvláště jazyk, žargon, je pro klienty i jejich rodiny často nesrozumitelný, z čehož mohou vyplývat další nedorozumění a komplikace. [42, s. 101; 13, s. 54]

Zdravotníci, kteří jsou seznámeni s touto problematikou, mohou být klientům nápomocni v adaptaci na nastalou situaci. Kulturní znalost napomůže při tvorbě ošetřovatelských cílů, které budou plynout z potřeb klienta. Ale i z potřeb jeho rodiny, jelikož ta je zpravidla nejdůležitější sociální jednotkou člověka a v jejím rámci se odehrává nemoc i léčba, podpora i udržování zdraví. Pokud zdravotníci rozpoznají a využijí potenciál rodiny, vede to k posílení zdraví a to má také významný etický význam. Zdravotníci by měli znát klientův životní styl, jeho hodnoty, přesvědčení a postoje ke zdraví a nemoci. [43]

Většina těch, kteří pobývají v cizí zemi, má schopnost pozitivně vzdorovat překážkám nového života. Několik způsobů jak bojovat s rozvojem kulturního šoku uvádí Carmen Guanipa. Doporučuje například budovat trpělivost, věnovat se koníčkům, vyhýbat se nepříznivému prostředí, relaxovat, učit se novému jazyku, udržovat kontakt s novou kulturou, ale nezapomínat ani na udržování styku se svou etnickou skupinou a v případě potřeby vyhledat odbornou pomoc. [44; 9, s. 85]

3.8 Legislativa související s transkulturním ošetřovatelstvím

Ve dnech 28 – 30. března 1994 schválila Evropská porada Světové zdravotnické organizace o Právech pacientů dokument Principy práv pacientů v Evropě: Všeobecný rámec. Jedná se o souhrn zásad na podporu a uplatnění práv pacientů v evropských členských státech EU. Podmínky se pro jednotlivé země odlišují, jsou závislé na legislativě, systému zdravotní péče a na kulturních a mravních hodnotách daného státu. Opakovaně je v dokumentu upozorňováno na nutnost respektovat kulturu pacienta při péči o něj i jeho rodinu. V dokumentu se také píše: *„Každý má právo, aby byly respektovány jeho morální a kulturní hodnoty, náboženské a filozofické přesvědčení.“* V oddíle o informovanosti se uvádí: *„Informace se pacientovi musí podávat způsobem vhodným pro jeho možnost pochopit ji, je nutné omezit na minimum technickou terminologii. Když pacient neovládá jazyk, v němž se s ním komunikuje, je třeba zajisti vhodnou interpretaci.“* [18, s. 122]

Pod vhodnou interpretací, o níž jsme nyní hovořili, si lze představit například využití elektronického překladače, piktogramů nebo služeb překladatele, který může i nemusí být ve smluvním vztahu s daným zdravotnickým zařízením. Za zmínku stojí i specifikum poskytování zdravotnické péče hluchoněmým a neslyšícím klientům, kteří potřebují překlad do znakového jazyka. Takovým klientům zatím zdravotnická zařízení překladatele automaticky neposkytují (jelikož jich je nedostatek), proto je takto postiženým lidem doporučováno, je-li to možné, objednat si tlumočení samostatně a předem

ICN zastává princip transkulturního ošetřovatelství prosazovaného v etickém kodexu sester. Mezinárodní rada sester konkrétně deklaruje, že pro ošetřovatelství je významný respekt vůči lidským právům včetně práva na život a na důstojnost. Poskytování péče musí být vždy rovnocenné a plnohodnotné pro každého bez ohledu na pohlaví, věk, barvu pleti, kulturu, politické přesvědčení, národnost nebo sociální postavení. [66, s. 1]

§ 3 zákona č. 273/2001 Sb. o právech příslušníků národnostních menšin uvádí, že příslušníkům národnostních menšin se zaručuje jednotlivě nebo společně s jinými příslušníky národnostní menšiny výkon jejich práv stanovených tímto zákonem, zvláštními právními předpisy či mezinárodními smlouvami o lidských právech a základních svobodách, kterými je Česká republika vázána. Výkon práv příslušníků národnostních menšin nesmí být omezován nebo znemožňován. [65]

Z výše uvedeného vyplývá, že Česká republika je povinna řídit se různými smlouvami o lidských právech a základních svobodách. Nejvyšší normou právní závaznosti je Listina základních práv a svobod. Ta u nás vstoupila v platnost dne 16. 12. 1992 a je součástí ústavního pořádku ČR. Z jejího znění jsou pro zdravotníky pečující o lidi jiných kultur důležité zejména tyto články: 1, 2, 5, 6, 7, 10, 15, 31.

Dalším výrazným konceptem, který měl za cíl v celosvětovém měřítku podporovat spravedlnost a rovnost ve zdravotní péči byl evropský dokument Světové zdravotnické organizace Zdraví pro všechny pro 21. století. Tento koncept byl návazností na předcházející hlavní dokument WHO s názvem Zdraví pro všechny do roku 2000. Základním posláním programu bylo dosáhnout plného zdravotního potenciálu pro všechny lidi. Z toho vyplývaly dva hlavní cíle. Prvním bylo posilování a ochrana zdraví lidí během celého jejich života. Druhým bylo snížení incidence hlavních nemocí a omezení strádání, které tyto nemoci lidem přinášejí. Základ programu byl postaven na těchto etických hodnotách: zdraví je vnímáno jako základní lidské právo; je důležitá spravedlnost ve zdraví mezi jednotlivými zeměmi i uvnitř jednotlivých zemí; je důležitá vlastní účast a odpovědnost jednotlivých osob, společenství, organizací, apod. Na stejných etických hodnotách je postaven i nový program WHO, který je pro současnost nejaktuálnější. Program se nazývá Zdraví 2020 - Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí a byl schválen 62. zasedáním Regionálního výboru WHO pro Evropu v září roku 2012. Záměrem Národní strategie je zejména stabilizace systému prevence nemocí a ochrany a podpory zdraví a nastartování účinných a dlouhodobě udržitelných mechanismů ke zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva. Vizi systému veřejného zdraví rozpracovává jako dynamické síť zainteresovaných subjektů na všech úrovních společnosti a je určena nejen institucím veřejné správy, ale také ostatním složkám – jedincům, komunitám, soukromému a neziskovému sektoru, vzdělávacím, vědeckým a dalším institucím. Má za cíl přispět k řešení složitých problémů týkajících se zdraví ve

21. století, které jsou spojeny s ekonomickým, sociálním a demografickým vývojem.
[13, s. 102, 103; 71]

Komplexní úpravu právního postavení cizinců během pobytu na území ČR obsahuje zákon č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky a o změně některých zákonů.

V souvislosti s poskytováním zdravotní péče cizincům je rovněž důležitý zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) a zákon č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o pojišťovnictví), neboť přinášejí praktické informace.

4 FORMULACE PROBLÉMU

Transkulturní ošetřovatelství je pojmem, který stále není mezi lidmi, především mezi laickou veřejností, nijak velice rozšířen. To může být ale v dnešní době dosti problematické. Migrace celosvětové společnosti je stále častějším jevem. Cestování je díky otevřenějším hranicím a sílící jazykové vzdělanosti světové populace snazší a zajímavější. Díky těmto jevům se i v našich zdravotnických zařízeních můžeme setkávat s lidmi odlišných kultur a hodnot...

Pečovat o pacienta, který používá jiný jazyk, zaujímá jiné pojetí ke zdraví i nemoci, má odlišné potřeby a mnoho a mnoho dalšího, čímž se může odlišovat od majoritní, cizí společnosti, není jednoduché. Návštěva lékaře a zvláště hospitalizace se tak lehce stane těžkým obdobím jak pro samotného nemocného a jeho rodinu tak mnohdy také pro ošetřující personál, který si může být nejistý správností přístupu k danému pacientovi.

Hlavní problematikou, kterou se v práci zabýváme, je zájem o zjišťování povědomí a přijímání rozmanitosti, různorodosti u zdravotníků v souvislosti s poskytováním transkulturních přístupů v ošetřovatelské péči.

4.1 Cíle práce

Hlavním cílem práce je:

- Zmapovat povědomí a přijetí diverzity v souvislosti s poskytováním transkulturní péče u zdravotníků.

Prvním dílčím cílem je:

- Komparace úrovně přijetí diverzity českých a německých zdravotníků o transkulturním ošetřovatelství.

Druhým dílčím cílem je:

- Zmapovat zkušenosti českých a německých všeobecných sester s poskytováním péče pacientům odlišných etnik a kultur, přičemž klíčové je:
 - Zjistit, jaké pocity sestry prožívají při kontaktu s pacienty jiné kultury

- Zjistit postoj sester ke vzdělávání zdravotníků v transkulturním ošetrovatelství

Třetím dílčím cílem je:

- Vytvořit edukační materiál – webové stránky – pro odbornou, popřípadě i laickou populaci.

4.1.1 Operacionalizace pojmů

Diverzita = kulturní rozmanitost, různorodost, která vede ke vzájemné toleranci, ke zlepšování mezilidských vztahů a ke snižování xenofobie a rasismu.

4.2 Hypotézy

Pro kvantitativní část výzkumu byly stanoveny následující hypotézy:

1H₀ – Čeští zdravotníci mají nižší míru potíží s komunikací s pacienty cizinci než němečtí zdravotníci na hladině významnosti $\alpha = 5\%$.

1H_A – Čeští zdravotníci mají vyšší míru potíží s komunikací s pacienty cizinci než němečtí zdravotníci na hladině významnosti $\alpha = 5\%$.

2H₀ – Němečtí zdravotníci mají nižší míru tolerance k ošetrování cizinců než čeští zdravotníci na hladině významnosti $\alpha = 5\%$.

2H_A – Němečtí zdravotníci mají vyšší míru tolerance k ošetrování cizinců než čeští zdravotníci na hladině významnosti $\alpha = 5\%$.

3H₀ – Čeští zdravotníci neupřednostňují spolupráci s kolegy stejného původu více než němečtí zdravotníci na hladině významnosti $\alpha = 5\%$.

3H_A – Čeští zdravotníci více upřednostňují spolupráci s kolegy stejného původu než němečtí zdravotníci na hladině významnosti $\alpha = 5\%$.

4H₀ – Čeští zdravotníci projevují nižší zájem o získávání nových informací z problematiky transkulturního ošetrovatelství než němečtí kolegové na hladině významnosti $\alpha = 5\%$.

4H_A – Čeští zdravotníci projevují vyšší zájem o získávání nových informací z problematiky transkulturního ošetrovatelství než němečtí kolegové na hladině významnosti $\alpha = 5\%$.

4.3 Výzkumné otázky

Pro kvalitativní část výzkumu byly stanoveny následující výzkumné otázky:

1. Jaké zkušenosti mají české všeobecné sestry s poskytováním péče pacientům odlišných etnik a kultur?
2. Jaké zkušenosti mají německé všeobecné sestry s poskytováním péče pacientům odlišných etnik a kultur?
3. Jaké pocity prožívají všeobecné sestry při kontaktu s pacienty jiné kultury?
4. Jaký postoj mají všeobecné sestry ke vzdělávání zdravotníků v transkulturním ošetřovatelství?

5 METODIKA

Výzkumná část diplomové práce se skládá ze dvou částí. První část je věnována dotazníkovému šetření a ve druhé části jsou analyzovány rozhovory se všeobecnými sestrami.

5.1 Použité metody a techniky

Šetření probíhalo metodologií smíšeného výzkumu. Bylo využito simultánní kombinování – QUAN-Qual Model – kvantitativní výzkum, který využívá kvalitativní metody ve stejném časovém okamžiku pro doplnění informací. Jedna z užitých metod je zpravidla metodou podřazenou, jejímž účelem je potvrdit správnost výstupu výzkumu. To v našem případě bylo provedení rozhovorů se všeobecnými sestrami.

Pro empirickou část diplomové práce jsme zvolili členění do dvou stěžejních částí:

- **Kvantitativní část výzkumu:**

Kvantitativně orientovaný výzkum předpokládá, že fenomény světa jsou svým způsobem měřitelné, tříditelné a uspořadatelné. Data se získávají v co nejvíce formálně porovnatelné podobě a poté se analyzují statistickými metodami s cílem ověřit platnost našich představ. [72, s. 40]

Před samotným výzkumným šetřením byla provedena pilotáž. Byla spuštěna koncem měsíce října 2016 a byla rozeslána v on-line podobě mým bývalým spolužačkám, které již pracují jako všeobecné sestry na různých odděleních. Zúčastnit se předvýzkumu měly respondentky možnost během 14-ti dní. Těmto respondentkám byla předložena první oficiální verze dotazníku (viz dále). Důraz byl kladen na srozumitelnost a vhodnou formulaci otázek v dotazníku, přičemž všem bylo umožněno uvést jakékoli připomínky v souvislosti s neporozuměním či zachycením chyb. Na základě této pilotáže nebyly v dotazníku provedeny žádné úpravy. Respondentky, které se pilotáže zúčastnily, již nebyly zařazené do dalšího šetření.

Jak již bylo zmíněno, byla v první části aplikována explorační metoda výzkumu zvaná dotazník. Byl využit standardizovaný dotazník s názvem: The Assessment of Awareness and Acceptance of Diversity in Healthcare Institutions (Posouzení povědomí a přijetí diverzity ve zdravotnických zařízeních). Původem je ze Švédska, vytvořen profesorkou Azitou Emami a docentem Jalalem Safipourem v roce 2013. I přes opakované

kontaktování obou autorů se nám nepodařilo získat svolení k použití dotazníku. Nicméně autoři v článku o zhodnocení tohoto nástroje sami doporučují, aby byl dotazník pro mezinárodní využití odpovídajícím způsobem kontextově ohodnocen.

Dotazník byl volně přeložen do češtiny. Byl navržen v několika fázích, aby byla zajištěna jeho platnost a spolehlivost. Důležitými oblastmi, na které se dotazník soustředí, jsou: etnická diskriminace na pracovišti; interakce mezi zaměstnanci; stereotypní postoje při práci s lidmi; postoje k pacientům z různého prostředí; komunikační problémy a interakce mezi pacientem a personálem.

Původní švédská verze obsahovala po všech revizích 26 otázek (včetně demografických údajů, bez nich 24 položek). Naše upravená verze, kterou jsme využili pro zjišťování dat pro všeobecné sestry pracující v České republice, obsahovala 21 položek bez demografických údajů. Verze, kterou jsme využili pro zjišťování dat pro všeobecné sestry pracující ve Spolkové republice Německo, obsahovala 22 položek bez demografických údajů. Všechny otázky v původním znění ze švédského dotazníku jsme nevyužili, neboť nevyhovovaly našemu prostředí a místní lokalizaci.

Náš finální dotazník se skládal ze dvou částí. První část zjišťovala převážně demografické údaje. Část druhá se zaměřovala na již výše uvedené oblasti a použita u ní byla technika Likertovy škály. Respondenti měli za úkol na základě stanovených výroků vyjádřit svou míru souhlasu nebo nesouhlasu – od položky „naprosto souhlasím“ po postoj „naprosto nesouhlasím“.

- **Kvalitativní část výzkumu:**

Abychom přiblížili tento druh výzkumu, uvádíme, jak ho popisuje metodolog Hendl: jedná se o proces hledání pochopení, který je založen na metodologických tradicích zkoumání určitého sociálního či lidského problému. Badatel vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různorodé texty, informuje o postojích účastníků výzkumu a činí zkoumání v přirozených podmínkách. [73, s. 50]

Ve druhé části šetření byla aplikována technika polostukturovaného rozhovoru. Otázky v rozhovoru byly vlastní a zvláště se zaměřovaly na oblast komunikace s cizinci, na postoj ke vzdělávání zdravotníků v multikulturním ošetřovatelství a celkově na pracovní zkušenost s cizinci ve zdravotnictví.

Ze dvou provedených rozhovorů byl pořízen jeden záznam na diktafon, který byl později přepsán do elektronické formy a zpracován. Druhý rozhovor byl veden elektronickou cestou a následně rovněž zpracován.

5.2 Charakteristika výzkumného souboru

- **Kvantitativní část výzkumu:**

Respondenty k dotazníkovému šetření byli čeští a němečtí nelékařští zdravotníci, konkrétně všeobecné zdravotní sestry, které svou profesi vykonávají bez odborného dohledu.

Pro výběr respondentů jsme si zvolili podmínku, že bude dotazník rozdán všem zdravotníkům, a to bez rozdílu věku, pohlaví, rasy a formy vzdělání. Jediným kritériem byla praxe u lůžka delší než jeden rok s tím, že respondent musel v úvodu potvrdit, že se ve svém zaměstnání setkává s cizinci.

Jelikož je jedním z našich cílů komparace, rozhodli jsme se porovnávat české a německé zdravotní sestry, jelikož usuzujeme, že rozdílnost našich kultur není nikterak význačná a drobné odlišnosti a nuance byly předmětem našeho zájmu.

Do kvantitativního šetření v České republice byla zapojena Fakultní nemocnice Plzeň. Jednalo se o Chirurgickou kliniku, Centrální příjem Lochotín, Interní kliniku, Gynekologicko-porodnickou kliniku, Kliniku ortopedie a traumatologie.

Pro šetření ve Spolkové republice Německo byla v létě roku 2016 osobně oslovena ke spolupráci jedna klinika, ale souhlas nebyl získán. Proto jsme následně pomocí e-mailů oslovili dalších 8 klinik se žádostí o distribuci dotazníků. Tyto žádosti byly adresovány hlavním sestrám, náměstkyním/náměstkům pro ošetrovatelskou péči na vybraných klinikách, v německy mluvících zemích tuto funkci zastává Pflegedirektor/in. Na oplátku bylo adresátům nabídnuto poskytnutí vyhodnocení výsledků výzkumného šetření, které by nemocnice mohly použít pro své vlastní účely. Ani jedna z oslovených klinik se šetřením nesouhlasila. Z pěti klinik nikdo na email nereagoval, i když u všech přišlo potvrzení o přečtení. Ze zbylých tří klinik přišly omluvné odpovědi. Jako důvod byla běžně uváděna časová vytíženost, dostatek svých interních výzkumů nebo velké množství právě již probíhajících výzkumů. Jelikož jsme se i tímto způsobem setkali se záporným výsledkem,

rozhodli jsme se vytvořit online dotazník. Ten byl poté sdílen na sociálních sítích a rozeslán emailem. Zaslali jsme také 21 emailů dalším náměstkyním/náměstkům pro ošetrovatelskou péči na německých klinikách s prosbou o přeposlání on-line dotazníků zaměstnancům.

Tištěnou verzi dotazníku vyplňovali zaměstnanci FN Plzeň od prosince roku 2016 do ledna 2017. Před zadáním dotazníku byly všeobecné sestry obeznámeny s účelem našeho šetření a s dobrovolnou účastí při jejich vyplňování. Distribuce dotazníků i jejich sběr probíhaly osobně. Online dotazník v německém jazyce měli respondenti pro SRN možnost vyplňovat od září roku 2016 do února roku 2017.

Výzkumné šetření proběhlo se souhlasem vedení vybrané nemocnice a se souhlasem všech testovaných zdravotnických pracovníků. Souhlas s provedením výzkumu od manažerky pro vzdělávání a výuku nelékařských zdravotnických pracovníků pro FN Plzeň uvádíme v příloze. [PŘÍLOHA 3]

- **Kvalitativní část výzkumu**

Rozhovory byly provedeny dva. K prvnímu jsme vyzvali všeobecnou sestru pracující v ČR v nemocnici krajského typu. Ke druhému byla pozvána zdravotní sestra pracující v nemocnici krajského typu v SRN. Komunikace s touto sestrou probíhala v německém jazyce.

Pro výběr respondentů jsme si zvolili podmínku, že se musí jednat o jednu všeobecnou sestru původem z ČR a v České republice pracující a jednu všeobecnou sestru původem ze SRN a v Německu pracující. Dalším kritériem byla praxe u lůžka delší než jeden rok s tím, že respondent musel v úvodu potvrdit, že se ve svém zaměstnání setkává s cizinci. Výběr respondentů nebyl závislý na věku, pohlaví, rase, ani formě vzdělání.

Výzkumné šetření proběhlo v měsíci únoru roku 2017 se souhlasem obou respondentek, jejichž totožnost zůstává skryta. Obě respondentky byly upozorněny na dobrovolnost účasti v šetření a byla jim nabídnuta možnost spolupráci kdykoliv ukončit. Souhlas s provedením rozhovoru nalezneme v příloze. [PŘÍLOHA 4]

5.2.1 Popis výzkumného prostředí

- **Kvalitativní část výzkumu**

Na téma transkulturní problematiky jsme provedli dva rozhovory.

Jak již bylo zmíněno, jeden byl veden s všeobecnou sestrou s českou národností pracující v České republice. Tento rozhovor probíhal na klidném místě, kde jsme nebyli nikým rušeni. Celý dialog se odehrával v přátelské atmosféře.

Druhý rozhovor s všeobecnou sestrou ze SRN probíhal přes počítač elektronickou formou prostřednictvím aplikace Skype a v německém jazyce, rovněž za klidných podmínek.

6 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

- **Kvantitativní část výzkumu**

Z celkového počtu dotazníků rozdaných ve FN Plzeň 272 dotazníků se vrátilo 119 dotazníků, pro neúplnost či neakceptovatelnost údajů byly 3 vyřazeny. Pracovali jsme tedy se 116 dotazníky. Návratnost činila 43,75 procent.

Online verzi dotazníku pro všeobecné sestry pracující v SRN vyplnilo 62 osob, žádný ze zodpovězených nebyl ze šetření vyřazen.

První část dotazníku jsme nazvali úvodní. Respondentů v ní byly položeny převážně otevřené otázky s možností volné odpovědi. Ve druhé části dotazníku byla využita Likertova stupnice a dotazovaní byli vyzváni, aby zakroužkovali či jinak označili svůj postoj.

Oba dotazníky, pro české i německé respondenty, uvádíme k nahlédnutí v příloze. [PŘÍLOHA 7, 8]

- **Kvalitativní část výzkumu**

Oba rozhovory byly rozděleny do tří kategorií a byla provedena jejich analýza a následné porovnání pohledů obou respondentek. Tuto interpretaci uvádíme v kapitole 6.2.

6.1 Vyhodnocení dotazníkového šetření

V následující části uvádíme data získaná prostřednictvím dotazníků. Pro interpretaci získaných dat byla nejdříve využita popisná statistika pomocí grafů v programu Microsoft Excel – výsledek je tedy nejprve znázorněn graficky – pro lepší orientaci jsou data od českých i německých sester umístěna paralelně – a poté je výsledek znázorněn v tabulce a zhodnocen písemně.

Získaná data uvádíme v procentech, jelikož se počet odpovědí získaných z obou zemí různil. Nebylo by tedy objektivní uvádět počet osob na jednotlivé odpovědi. V případě zájmu ale i tato data poskytneme. V části dotazníku s Likertovou škálou je v tabulce uváděna i tato absolutní četnost.

Níže uvádíme často popis „českých respondentů/sester“, jedná se o označení zdravotníků, kteří se dobrovolně zúčastnili výzkumného šetření a kteří pracovali v nemocnici nacházející se v České republice. Jejich etnická či národní příslušnost mohla být různá. Totéž platí u popisu „německých respondentů/sester“. Tito respondenti pracovali ve zdravotnických zařízeních na území Spolkové republiky Německo.

Vyhodnocení – část úvodní, otázky s volnou odpovědí:

První otázka: Setkáváte se na svém pracovišti s lidmi jiného než českého/německého původu (personál, pacienti)?

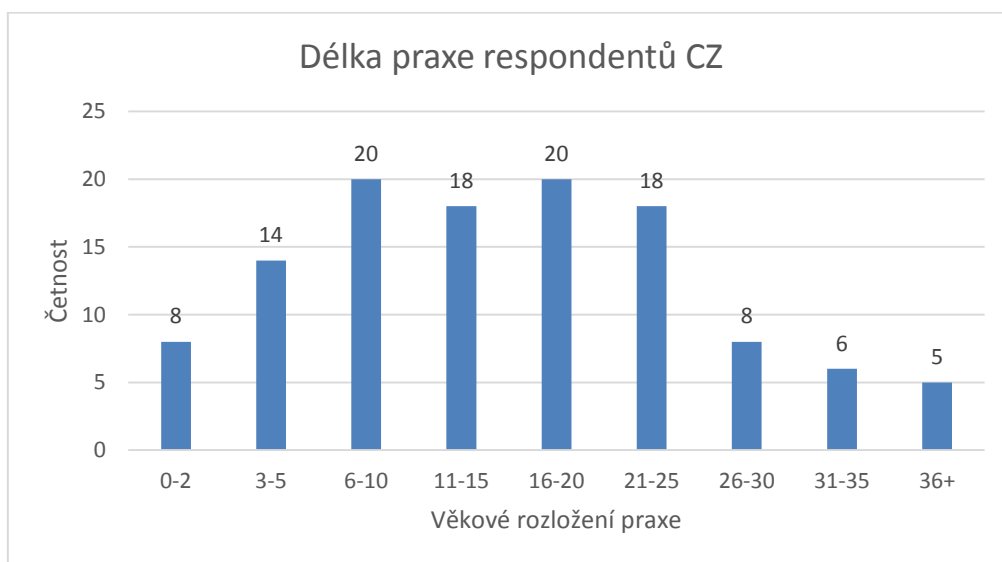
Všichni respondenti, 100%, tedy 116 českých i 62 německých respondentů, kteří dotazník vyplňovali, zaškrtnuli volbu ANO. Tím souhlasili, že se na svém pracovišti setkávají s lidmi jiného etnického, národnostního původu a byli vyzváni, aby pokračovali ve vyplňování celého dotazníku.

U českých respondentů, kteří dotazník vyplňovali v papírové podobě, se ve dvou případech stalo, že dotazovaní zaškrtnuli u první otázky volbu NE. Tímto počínáním byli vyzváni, aby ve vyplňování dále nepokračovali a odevzdali formulář své staniční sestře. Ta je následně předala nám coby zadavatelům.

Druhá otázka: **Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?**

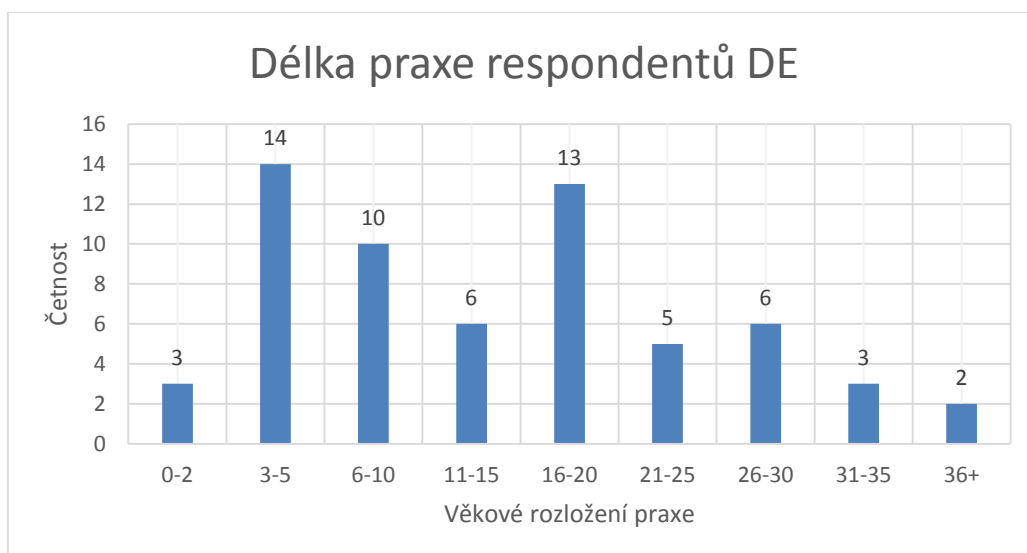
V otázce byli respondenti vyzváni, aby uvedli, jak dlouho již pracují ve zdravotnictví. Původně jsme si stanovili podmínku, že budeme akceptovat pouze odpovědi sester, které pracují již více než jeden rok. Vrácené dotazníky, které toto kritérium nesplňovaly, byly ze šetření vyřazeny. Na následujících histogramech můžeme porovnat výsledky.

Histogram 1 – Délka praxe respondentů z ČR



Mezi všeobecnými sestrami pracujícími v České republice se nejčastěji objevovaly sestry, které uvedly věk 6 – 25 let. Tak tomu bylo u 64,96% osob. Vyskytly se ale i sestry, které zaznamenaly, že ve zdravotnictví pracují již více než 36 let, bylo to 4,3% z dotázaných. Průměrný věk českých respondentů ohledně doby práce ve zdravotnictví činil 16 let.

Histogram 2 – Délka praxe respondentů ze SRN

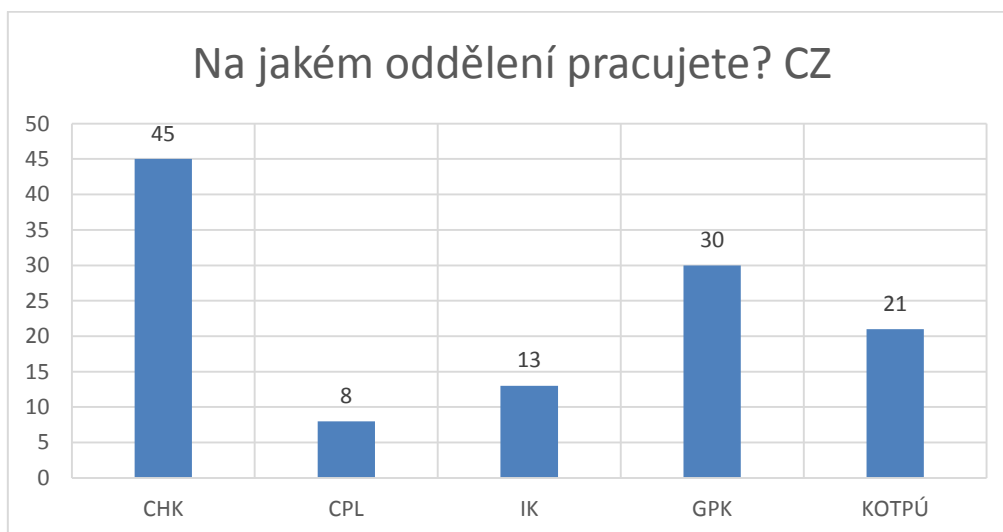


U respondentů pracujících v Německu byla délka praxe ve zdravotnictví následující. Do kategorie praxe trvající méně než 2 roky (ale více než jeden rok), se zařadilo 4,8% dotázaných, do kategorie 3 – 5 let se napsalo 22,6% dotázaných, období 6 – 10 let uvedlo 16,1% dotázaných a období 16 – 20 let uvedlo 21% respondentů. Více než 36 let pracovalo ve zdravotnictví 3,2% respondentů. Průměrná doba práce ve zdravotnictví činila u respondentů z Německa 15 let a stala se tedy téměř srovnatelnou s dobou práce u českých respondentů.

Třetí otázka: Na jakém oddělení pracujete?

Otázka zabývající se místem výkonu povolání.

Graf úvodní 1



Pro českou část výzkumného šetření ve Fakultní nemocnici Plzeň byla pro spolupráci oslovena následující oddělení: Chirurgická klinika, Centrální příjem Lochotín, II. interní klinika, Gynekologicko-porodnická klinika a Klinika ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí. Z celkového počtu 117 respondentů jich 38,5% pracovalo pro CHK, 6,8% pro CPL, 11,1% pro IK, 25,6% pro GPK a 17,9% pro KOTPÚ. Výběr oddělení byl záměrný, jelikož právě na těchto pracovištích jsou cizinci hospitalizováni nejčastěji (viz kapitola 2.3.1.; [74]).

Graf úvodní 2



Pro německou část šetření nebyla z důvodu online zprostředkování předvybrána žádná oddělení. Výsledné odpovědi tedy byly autentické a nepředvídatelné. Z analýzy grafu můžeme vidět, že 35,5% respondentů ze SRN pracovalo na chirurgických odděleních, mezi nimiž bylo blíže specifikováno: ORL, urologie, všeobecná chirurgie, úrazová chirurgie a obličejová chirurgie. 8% zdravotníků pracovalo na interních odd., mezi něž řadíme i nefrologii. 4,8% zdravotníků uvedlo jako své pracoviště ambulanci (př. kardiologickou). 6,5% respondentů pracovalo na onkologii, 8% na psychiatrii, 3,2% na hematologii a 14,5% na JIP/OP (zahrnuje jednotky intenzivní péče, intermediální pokoje a IMP pro transplantaci kostní dřeně). 1,6% uvedlo jako své pracoviště intervenční radiologii. 3,2% uvedlo geriatrii (zahrnuje pečovatelskou službu a geriatrickou rehabilitaci). Další 6,5% uvedlo centrální příjem, 3,2% ortopedii, 1,6% paliativní odd., 3,2% gynekologické oddělení.

Čtvrtá otázka – německé šetření: **Jaké je Vaše povolání?**

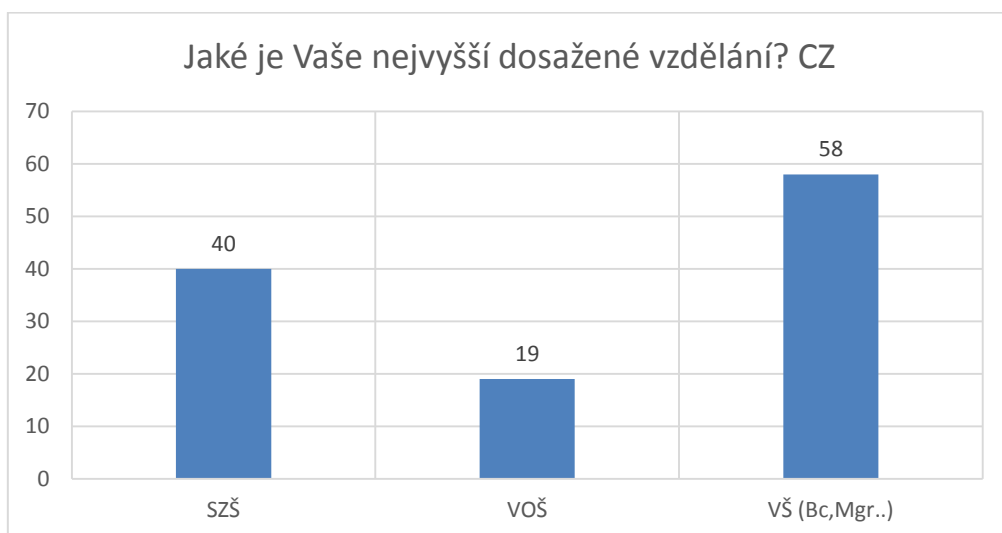
Otázka týkající se profese respondentů. V německém šetření byla zařazena na třetí místo, tedy ještě před otázkou zjišťující domovské oddělení respondentů. Byla do dotazníku umístěna z důvodu, protože jsme si chtěli ověřit, že vyplňující respondent je z našeho pohledu kompetentní k realizaci šetření. Jinými slovy, že splňuje naši podmínku o účasti pouze všeobecných sester pracujících bez odborného dohledu. I přes to, že jsme tuto podmínku uvedli do textu seznamujícího účastníky se šetřením, přišlo nám vhodné si verifikovat, kdo se skutečně na šetření podílí.

Odpovědi na tuto otázku nám přinesli zajímavý poznatek. Zjistili jsme, že 82,3% respondentů, které náš dotazník oslovil, byly ženy a 17,7% byly muži. Toto procento mužů, kteří zastávají pozici všeobecné sestry, považujeme za poměrně vysoké. Ostatně v Německu nejsou muži v ošetrovatelství výjimkou a postupně se i u nás v České republice začíná vytrácet mýtus, že muži coby všeobecní ošetrovatelé, jsou raritou.

Čtvrtá otázka – české šetření: **Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

Otázka na nejvyšší dosažené vzdělání byla položena pouze respondentům v ČR, jelikož systém vzdělávání zdravotníků u nás a v Německu je odlišný. V Německu sestry obvykle navštěvují tříleté zdravotnické školy, které často bývají úzce spjaty se zdravotnickými zařízeními, a jsou ukončeny státní zkouškou. V případě potřeby mohou absolvovat další specializované vzdělání.

Graf úvodní 3

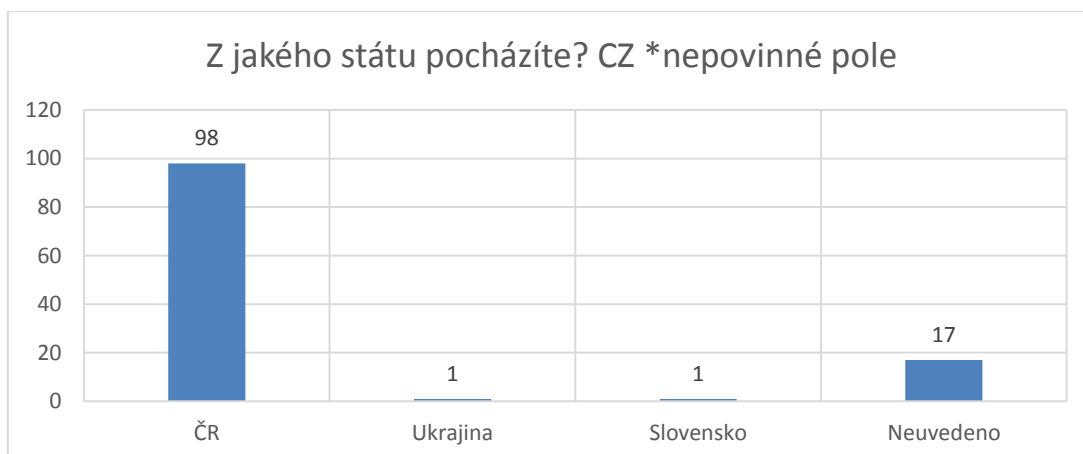


Z výše uvedeného můžeme zjistit, že 34,2% sester uvedlo, že má středoškolské vzdělání. 16,2% sester udalo, že absolvovalo vyšší odbornou školu. Nejvíce oslovených sester uvedlo, že vystudovaly vysokou školu – 49,6%. Z tohoto čísla bylo 50% sester bakalářek, 13,8% sester magister a 36,2% sester nspecifikovalo stupeň vysokoškolského vzdělání.

Pátá otázka: **Z jakého státu pocházíte?** *nepovinné pole

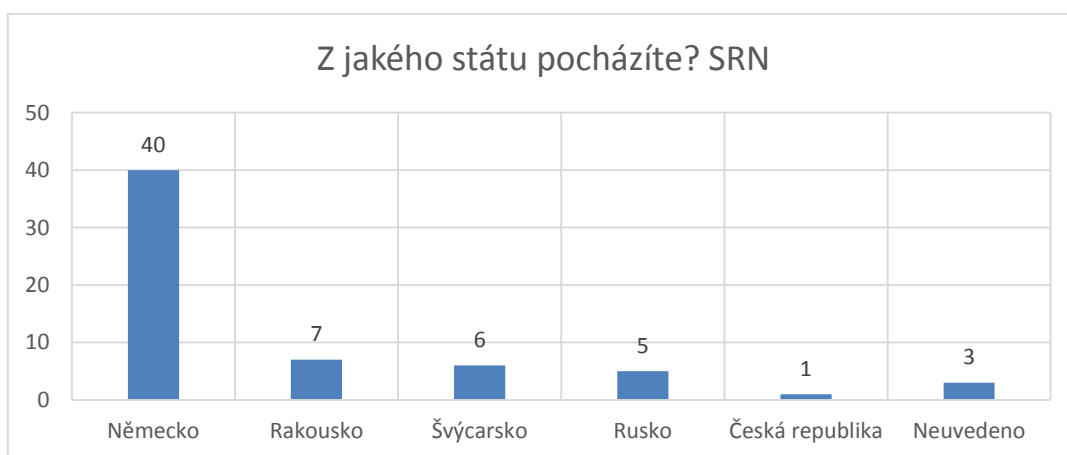
Na tento dotaz, na původní státní příslušnost respondentů, jsme se inspirovali švédským dotazníkem a rovněž jsme zanechaly možnost svobodné volby odpovědět na tuto otázku, jelikož jsme si byly vědomy citlivosti jejího obsahu.

Graf úvodní 4



Ze sester, které jsme oslovily ve FN Plzeň, se 83,8% přihlásilo k České republice jako ke státu, ve kterém se narodily. Jedna sestra (0,85%) uvedla Ukrajinu a jedna sestra (0,85%) uvedla, že pochází ze Slovenska. 14,5% sester pracujících v české nemocnici stát, z kterého pocházejí, neuvedlo.

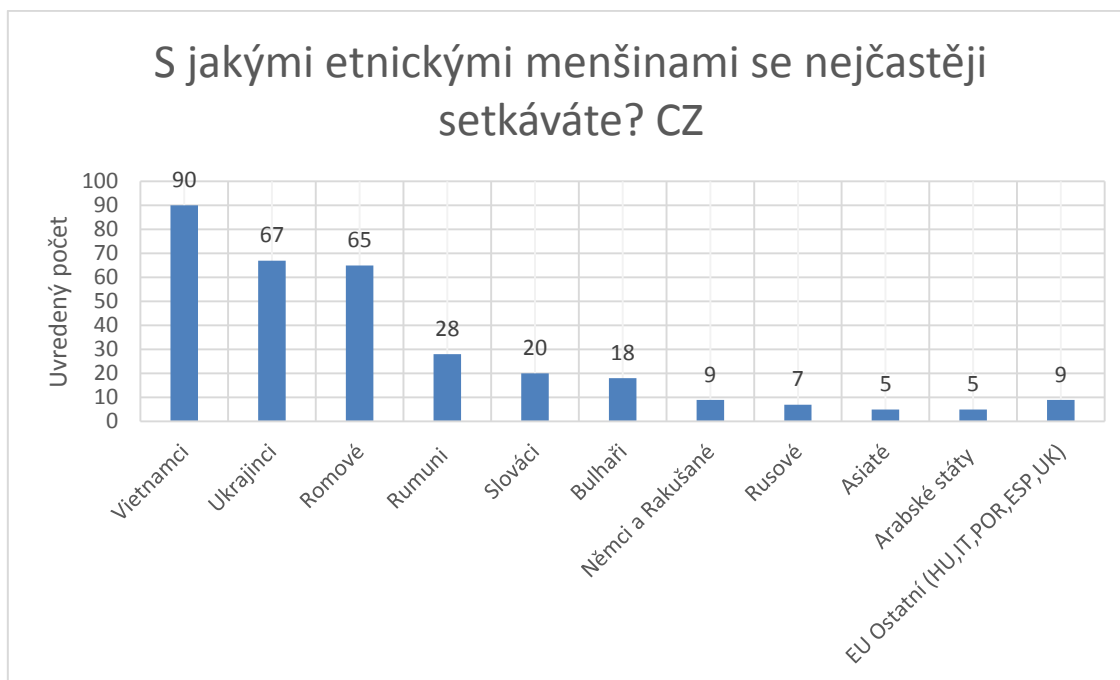
Graf úvodní 5



Z respondentů pracujících v Německu uvedlo 64,5% jako svou rodnou zemi Německo. Rakousko napsalo 11,3%, Švýcarsko 9,7%, Rusko 8,1% a Českou republiku 1,6%. Na otázku neodpovědělo 4,8% respondentů.

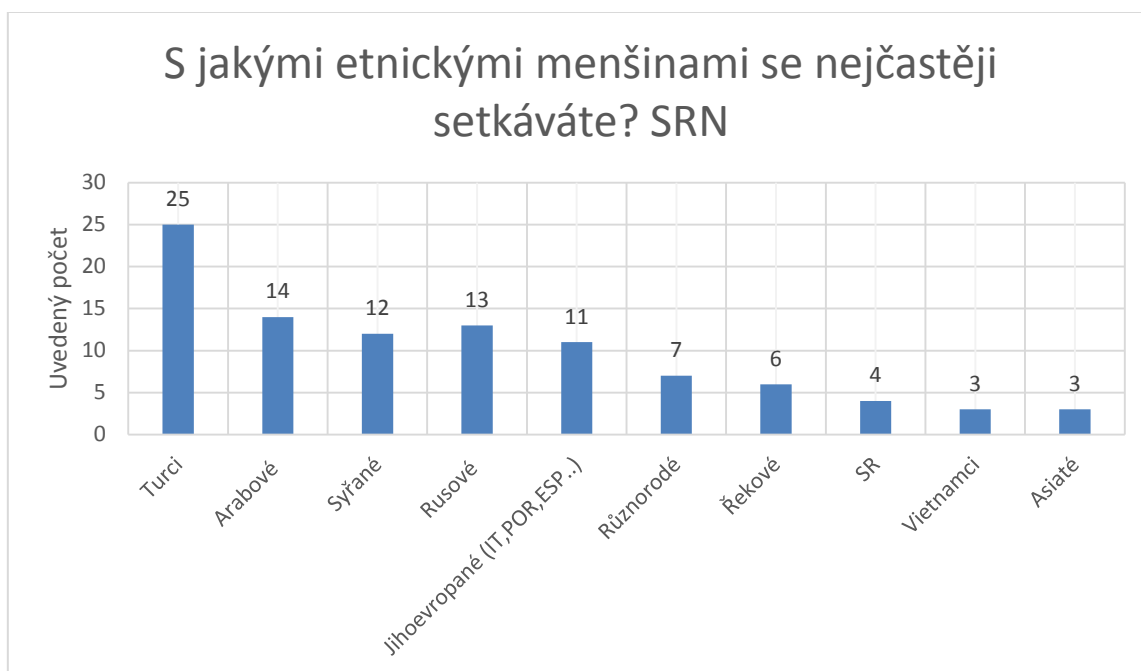
Šestá otázka: S jakými etnickými menšinami se nejčastěji setkáváte?

Graf úvodní 6



Z výše uvedeného grafu můžeme zjistit, že čeští respondenti na otázku nejvíce uváděli Vietnamce – 76,9%, Ukrajince – 57,3% a Romskou menšinu – 55,6%. Dále byli taktéž poměrně početně zastoupeni Rumuni – 23,9%, Slováci – 17,1% a Bulhaři – 15,4%. Kromě toho byly také zmiňovány německy hovořící státy, obyvatelé z Ruska, obecně Asiaté, státy arabského světa a ostatní státy v Evropě. Předkládané hodnoty jsou více než 100%, jelikož respondenti měli možnost zvolit tolik menšin, kolik chtěli.

Graf úvodní 7



Respondenti z Německa uváděli na otázku nejčastěji odpověď, že se setkávají s etnickou skupinou Turků (včetně Kurdů) – bylo tomu tak u 40,3% dotázaných. 22,6% respondentů uvedlo jako nejčastější menšinu, o kterou pečují, Arabů. 19,4% respondentů uvedlo Syřany (též ze země arabského světa). Rusy označilo 21% respondentů. Jihoevropany (Italy, Španěly, Portugalce, Řeky, Chorvaty aj.) uvedlo 17,7%. Dále byli uvedeni Slováci, Řekové, Poláci. Vietnamce a obecně Asiaty uvedlo pouze 9,7%. Romskou menšinu uvedlo pouze 1,6% respondentů. Předkládané hodnoty jsou více než 100%, jelikož respondenti měli možnost zvolit tolik menšin, kolik chtěli.

Sedmá otázka: V čem shledáváte největší problém při ošetřování pacientů z jiných kultur?

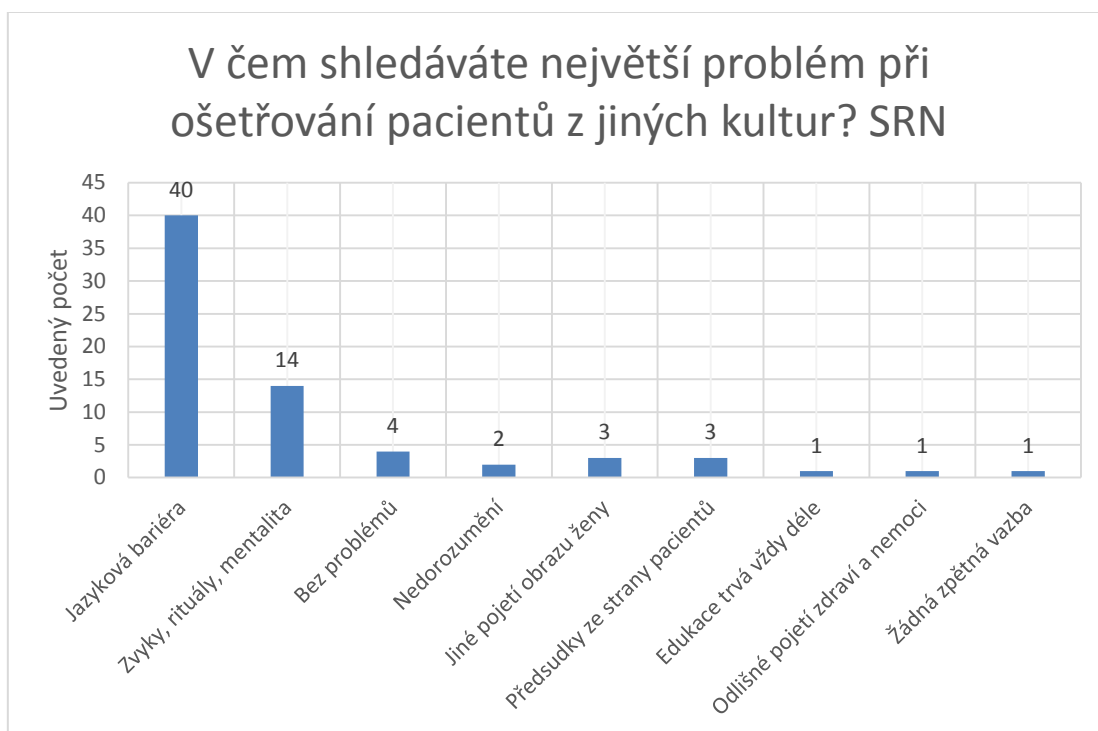
Tato otázka byla zaměřena na odlišnosti, které zdravotníkům brání, aby i pacientům z jiných kultur mohli poskytovat komplexní péči. V čem tedy oni sami shledávali největší problém při ošetřování?

Graf úvodní 8



Čeští respondenti uvedli v dotazníku jako nejčastější problém jazykovou bariéru – bylo tomu tak v neuvěřitelných 94%. Mezi tuto položku jsme také zařadily odpovědi typu: pacienti neumí česky, anglický ani německý jazyk; neochota trvale žijících lidí v ČR učit se česky; jazyková bariéra ze strany pacienta; obtížná domluva a komunikace a neznalost jazyků. Dalších 8,5% dotazovaných označilo za problém odlišné zvyky a mentalitu pacientů, mezi něž jsme zahrnuly také odlišné nároky na stravu, jinakost náboženství, pohled na transfúze a odlišnost v odívání, hygienických zvyklostech a chování. 3,4% respondentů odpovědělo, že problematická jim přijde kulturní bariéra. Po 1,7% odpověděli respondenti: žebříček hodnot; agresivní chování pacientů a sociální bariéra. Po 0,9% odpověděli respondenti: jiný práh bolesti; neznalost naší kultury; nízký stupeň inteligence, nedostatečná prenatální péče; neschopnost zajistit takové prostředí, aby vyhovovalo danému etniku či vyznání; nemám problém; výchova.

Graf úvodní 9



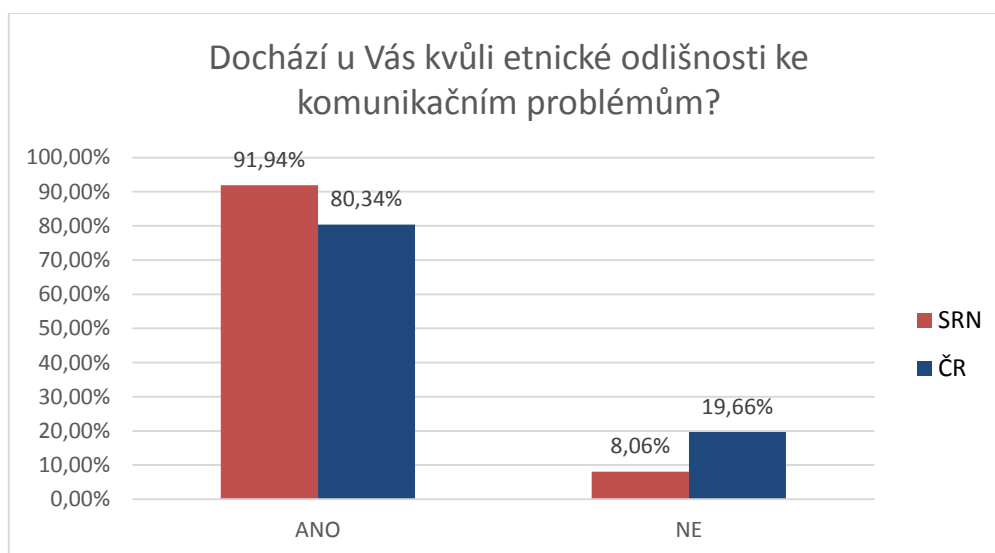
Němečtí respondenti odpověděli ve většině případů obdobně jako čeští respondenti. 64,5% z nich uvedlo jako největší problém při ošetřování pacientů rovněž jazykovou bariéru. Mezi tuto položku jsme také zařadily odpovědi typu: pacienti neumí německy, anglicky; problémy s porozuměním; obtížné reagování na bolest a nepohodlí; požadavky a dotazy na základě prvotního nepochopení; zvýšená potřeba neverbální komunikace; častější nedorozumění na základě jazykového nedorozumění; povrchní a zběžná komunikace; problémy s mluvením a porozuměním; problémy s akceptací; obtížná komunikace. Dalšíh 22,6% odpovědí, které se zařadily na druhou příčku, obsahovaly problém odlišných zvyků, rituálů a odlišné mentality. Tady uváděli dotazovaní také odlišnou kulturu a jiné kulturní hranice. Třetí příčku v četnosti odpovědí zaujal postoj, že dotazovaní nemají s cizími pacienty vůbec žádný problém – uvedlo to 6,5%. Častější nedorozumění uvedlo 3,2% dotazovaných. Jako problematickou oblast pojetí muže a ženy spatřovalo 4,8% dotazovaných. Mezi důvody byla například neakceptace žen či méněcennost žen v očích pacientů. Dalšími problémy, které němečtí zdravotníci uváděli, byly předsudky ze strany pacientů; prodloužená doba edukace; odlišné pojetí zdraví a nemoci a žádná zpětná vazba (odpověď, že zdravotník neví, zda uspokojil potřeby pacientů správně).

Osmá otázka: Dochází u Vás kvůli etnické odlišnosti ke komunikačním problémům?

Pokud ano, jak často a v jakých situacích?

Další volná otázka, u které měli respondenti za úkol zaznamenat, zda u nich dochází při ošetřování pacientů jiných etnik ke komunikačním problémům právě na základě zmíněné odlišnosti.

Graf úvodní 10



Z analýzy uvedeného grafu můžeme vidět, že 80,3% českých a 91,9% německých respondentů napsalo, že u nich ke komunikačním problémům dochází.

Čeští respondenti například uvedli, že nejčastěji k problémům dochází při poskytování ošetrovatelské péče – v 23,9% případů, dále při edukaci pacientů – v 12,8% a také v situacích, kdy pacienti nerozumí jazyku/jazykům – v 12,8%. 9,4 procenta dotázaných uvedlo, že k problémům dochází často a ve všech situacích (při každém kontaktu s pacientem). 8,5% dotázaných napsalo, že zažívá komunikační problémy především při příjmu pacientů. Dále byly v menší míře sebrány tyto odpovědi: při spolupráci; při vzájemné snaze se lze domluvit; minimálně; při vedení porodu; obtížná zpětná vazba; při hygienické péči; v oblasti stravy a víry; že pacienti nerozumí léčebnému režimu a že záleží na IQ a sociálním prostředí, z kterého pacient pochází, jinak prý lze téměř vše vysvětlit...

Němečtí respondenti nejvíce použili odpověď, že ke komunikačním problémům dochází často – 33,9% případů. Uvedli, že se tak děje zvláště v akutních stavech; skoro

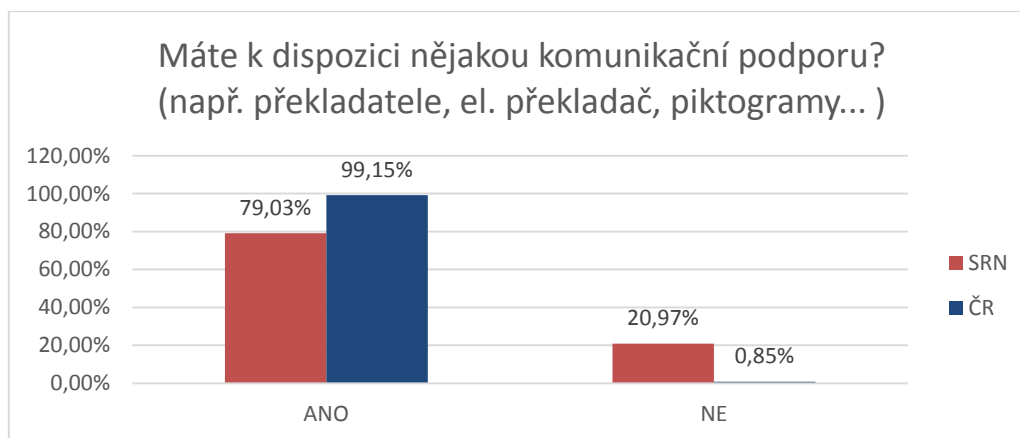
vždy ve všech situacích; při jakémkoli rozhovoru, pravidelně, a že možná je pouze domluva „rukama a nohama“. 22,6% respondentů uvedlo, že k problémům dochází při poskytování ošetrovatelské péče. Problémy při edukaci napsalo 14,5% dotázaných. 12,9% uvedlo, že k nim dochází v situacích, kdy pacienti nerozumí jazyku/jazykům. 4,8% uvedlo odpověď, že k nim dochází při příjmu. Stejný počet, tedy 4,8%, zaznamenal, že problematika se týká vztahu muž x žena. V této oblasti uváděli respondenti: posměšky muslimských mužů vůči zdravotním sestřím (denní praxe); zahalené ženy nechtějí být vyšetřeny mužem lékařem; muži v ošetrovatelství jsou často považováni za lékaře; rozpor mužský lékař x islámská pacientka. Mezi další problematikou, kterou němečtí respondenti uváděli, bylo: při dohodě na terapii; při kontaktu s lékaři i pacienty při předávání služby od kolegů, kteří mají jinou mateřštinu než němčinu; ignorování zdravotníků; nedodržování plánu léčby a harmonogramu oddělení a také problematika odlišně situované péče (doslovná citace: „často vzniká problém proto, že je zdravotní péče situovaná jinak než např. v Sýrii. Často jdou pacienti jednoduše domů bez propuštění, protože už nevidí důvod pro pobyt v nemocnici“).

Na otázku, zda ke komunikačním problémům dochází, odpovědělo 19,6% českých a 8,1% německých respondentů, že ne.

Devátá otázka: Máte k dispozici nějakou komunikační podporu? (např. překladatele, el. překladač, piktogramy...)

Otázka na všeobecné sestry, zda mají možnost při setkávání se s pacienty cizinci možnost používat nějaký prostředek, který by jim komunikaci zprostředkoval či usnadnil.

Graf úvodní 11



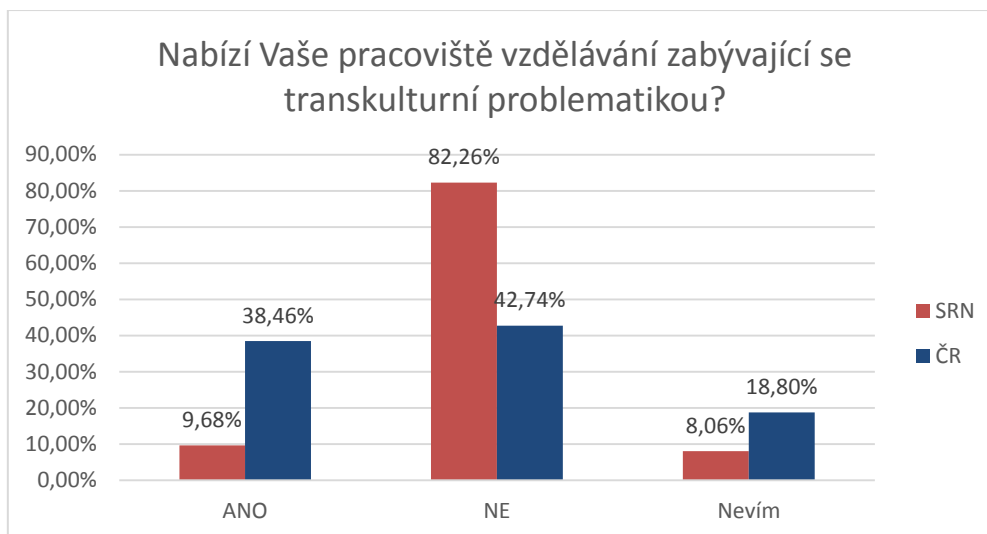
Z analýzy grafu můžeme vyčíst, že 97,4% českých a 79% německých respondentů v dotazníku uvedlo, že nějakou formu komunikační podpory na svých pracovištích mají.

Čeští respondenti uvedli ve 32,5%, že využívají služeb překladatele. Ve 30,8% odpověděli, že na svém oddělení používají ke komunikaci s cizinci piktogramy. Komunikační karty uvedlo 19,7% respondentů. Překladač, a to překladač na tabletu, vlastním telefonem nebo Google překladač, napsalo 17,9% dotazovaných. Po 0,9% získaly odpovědi: letáky; knihy s obrázky a textem; rodina.

U německých respondentů se pod volbou ano nejčastěji vyskytovaly služby překladatele – v 33,9%. Uvedli například, že překladatele mají přímo v nemocnici; na telefonu; nebo se s nimi mohou spojit prostřednictvím tabletu či iPadu (využití ale jen v nouzových situacích, protože je drahé). Na druhém místě co do četnosti odpovědí uvedli používání piktogramů – 24,2%. Mezi nimiž byla i odpověď, že využívají speciální obrázky pro diagnostiku (CT, RTG). 19,4% respondentů svoji odpověď ano blíže nespecifikovalo. 16,1% uvedlo překladač – vlastní mobilní telefon, Google překladač a tablet – vyskytla se ale i poznámka, že po použití se následně objevuje problém s výslovností. Překladačových služeb svých kolegů, kteří mluví různými jazyky, ať už se jedná o lékaře, NLZP či studenty, využívalo 14,5% respondentů. Po 1,6% získaly odpovědi: komunikační karty; rodina.

Desátá otázka: Nabízí Vaše pracoviště vzdělávání zabývající se transkulturní problematikou?

Graf úvodní 12



Respondenti pracující v České republice uvedli v 36,8%, že jejich pracoviště nabízí vzdělávání v transkulturní problematice. Některé sestry blíže specifikovaly, že je jedná o semináře z nabídky oddělení dalšího vzdělávání při FN v Plzni. Oproti tomuto výsledku uvedlo pouze 9,7% respondentů pracujících v Německu, že je jim tato možnost nabízena. Poznámali, že se jedná jen o vzdělání částečné; o vzdělání, které je pouze součástí kurzů dalšího vzdělávání; někdo poznamenal, že byl zaškolen pro kontakt s muslimským pacientem včetně péče o zemřelého.

Odpověď ne uvedlo 42,7% českých a 82,3% německých respondentů. Ti němečtí to komentovali slovy: „nedostatečně, bohužel ne“.

Odpověď nevím zaznamenalo 20,5% českých a 8,1% německých respondentů. České sestry svou nevědomost hájily postojem: „nezajímám se o to“.

Jedenáctá otázka: Máte nějaké návrhy, které by přispěly ke zkvalitnění ošetrovatelské péče o pacienta cizince?

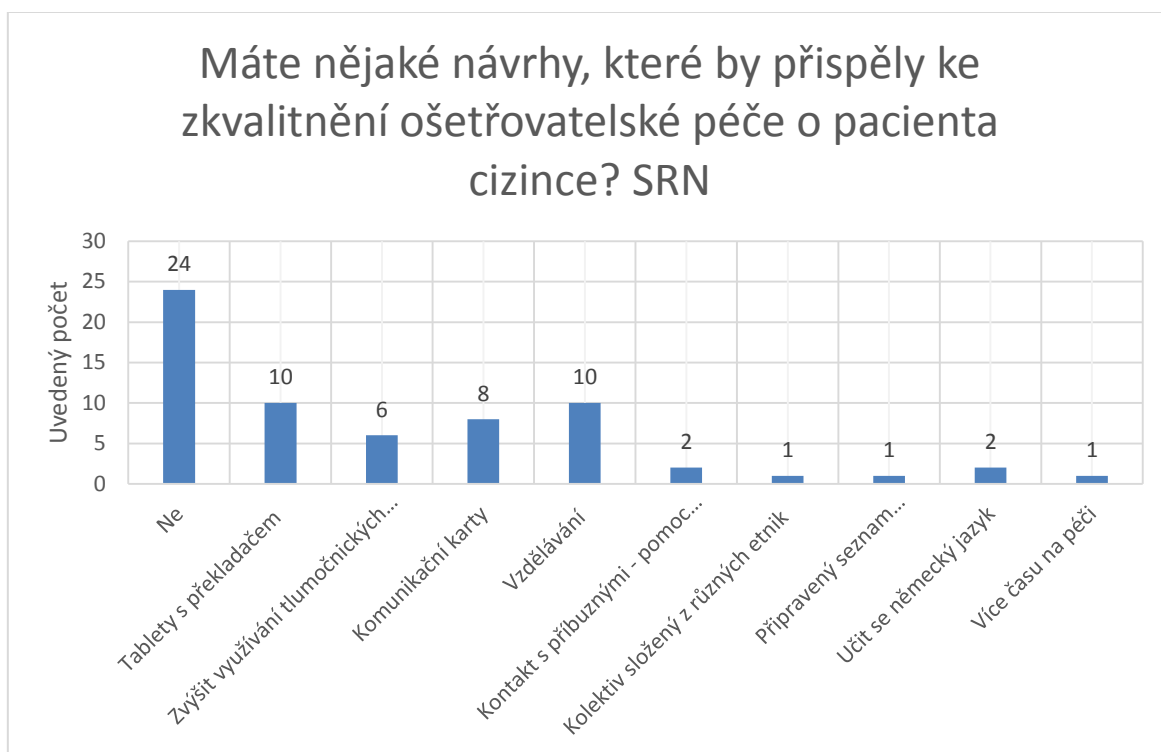
Zde byla nabídnuta možnost na volné vyjádření návrhů, které by pomohly ke zkvalitnění ošetrovatelské péče o pacienty cizince.

Graf úvodní 13



73,5% českých respondentů nevedlo žádný návrh. 4,3% respondentů napsalo, že by uvítalo zlepšení služeb překladatelů. Byli by vděční za 24 hodinovou možnost služby, za kontakty na překladatele, nebo za to, kdyby si pacienti sami zajistili jejich doprovod. Dalších 17,7% respondentů by bylo rádo, kdyby se pacienti cizinci pobývající na našem území učili český jazyk. 2,6% by přivítalo, kdyby jim byly nabídnuty proplacené kurzy cizích jazyků. 1,7% navrhlo repatriaci. Další odpovědi zněly: mít elektronický překladač na oddělení; spíše ilustrační brožury než textové; dostatek personálu; internetový překladač součástí intranetu; přeložené edukační karty; komunikační podpora přímo pro dané situace - zjištění základních informací; zajištění řádné prenatální péče; hospitalizace s doprovodem, který rozumí; dávat k sobě na pokoj pacienty stejného etnika; více jednolůžkových pokojů.

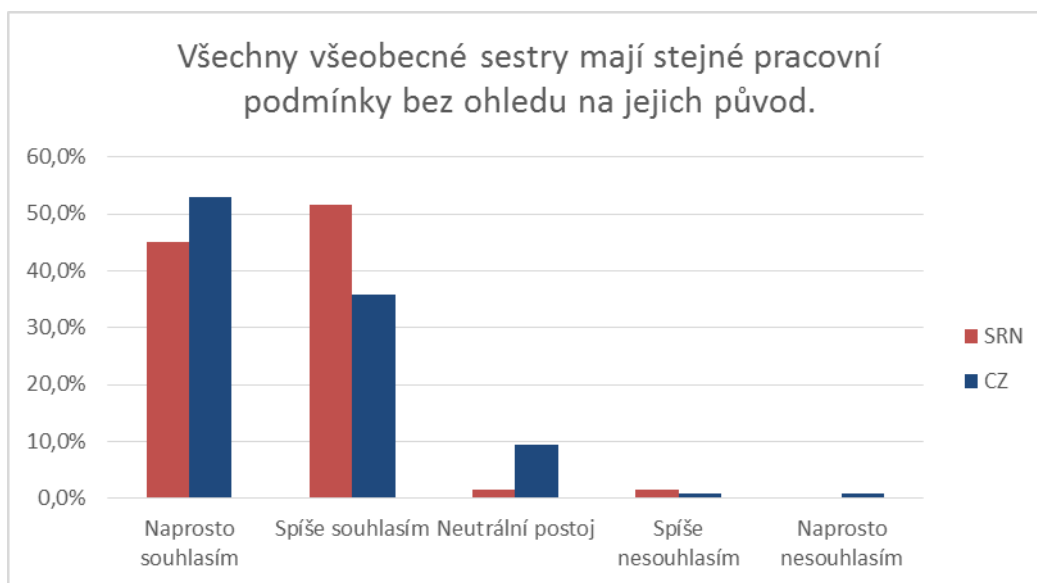
Graf úvodní14



U německých respondentů na tuto otázku odpovědělo zamítavě 38,7%. Nejčastějšími návrhy – v 16,1% – používat tablety s překladačem a také vzdělávat se v transkulturním ošetrovatelství. K položce vzdělávání připsali respondenti, že je nutné k překonávání předsudků, že by zdravotníci měli vědět co, proč a jak dělat, kladli důraz na uspokojování kulturních potřeb a obecně na znalost kultury pacientů. Také zdůraznili, že by uvítali kurzy nebo instrukce od kolegů jiných etnik. Důraz na transkulturní výchovu a více kurzů by prý měl být již při vzdělávání. Dalších 12,9% uvedlo, že by bylo vhodné při péči využívat komunikační karty. Ty by měly být zalaminované pro lepší použití. Podle jiné odpovědi by měli být přeloženy do angličtiny, turečtiny a syrské arabštiny. Jiní by pojali jako užitečné informační listy o chodu a procesech v nemocnicích. O zvýšení tlumočnických služeb (včetně zaměstnanců a rodinných příslušníků; i po telefonu) by stálo 9,7% respondentů. Další odpovědi zněly: kontakt s příbuznými – pomoc v péči; připravený seznam potenciálních překladatelů (pro snadnější a rychlejší použití); učení se němčině; kolektiv složený z různých etnik; více času na péči (chápeme jako dostatek personálu).

Vyhodnocení – část s Likertovou škálou:

Graf 1 – otázka č. 1

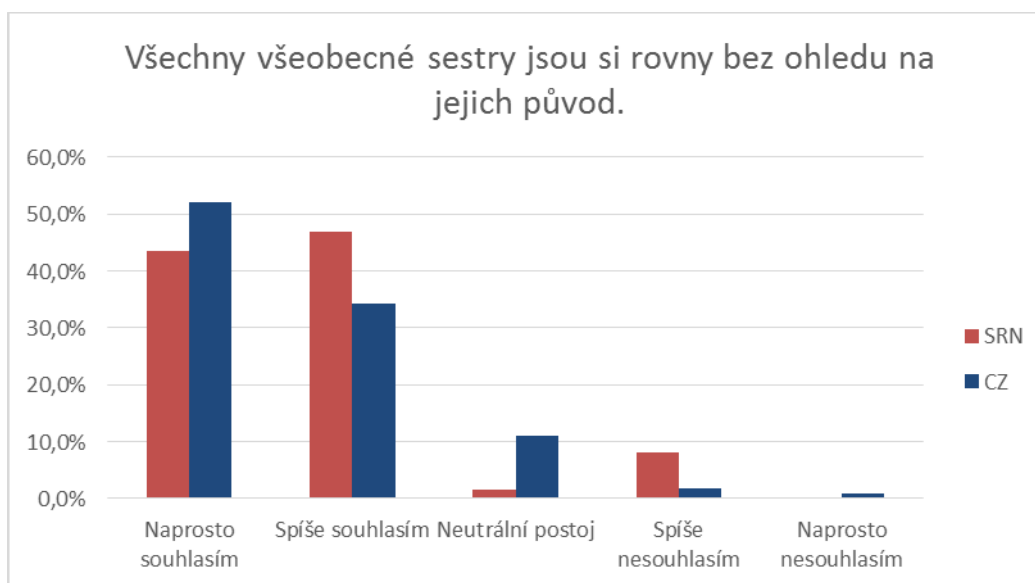


Tabulka 1

Všechny všeobecné sestry mají stejné pracovní podmínky bez ohledu na jejich původ.							
		Naprosto souhlasím	Spíše souhlasím	Neutrální postoj	Spíše nesouhlasím	Naprosto nesouhlasím	Celkově
Absolutní četnost	CZ	62	42	11	1	1	117
	SRN	28	32	1	1	0	62
Relativní četnost	CZ	53,0%	35,9%	9,4%	0,9%	0,9%	100,0%
	SRN	45,2%	51,6%	1,6%	1,6%	0,0%	100,0%

Na otázku vztahující se na subjektivní názor respondentů, zda mají všechny všeobecné sestry na pracovišti stejné pracovní podmínky bez ohledu na jejich původ, odpovědělo 53 % českých sester, že s tvrzením naprosto souhlasí. Stejný názor zastávalo 45,2% sester z Německa. Ty uvedly nejčastěji postoj „spíše souhlasím“ v 51,6 %. Neutrální postoj zaujímalo 9,4 % českých a 1,6 % německých sester. Postoje „spíše nesouhlasím“ a „naprosto nesouhlasím“ si vybralo minimum respondentů.

Graf 2 – otázka č. 2

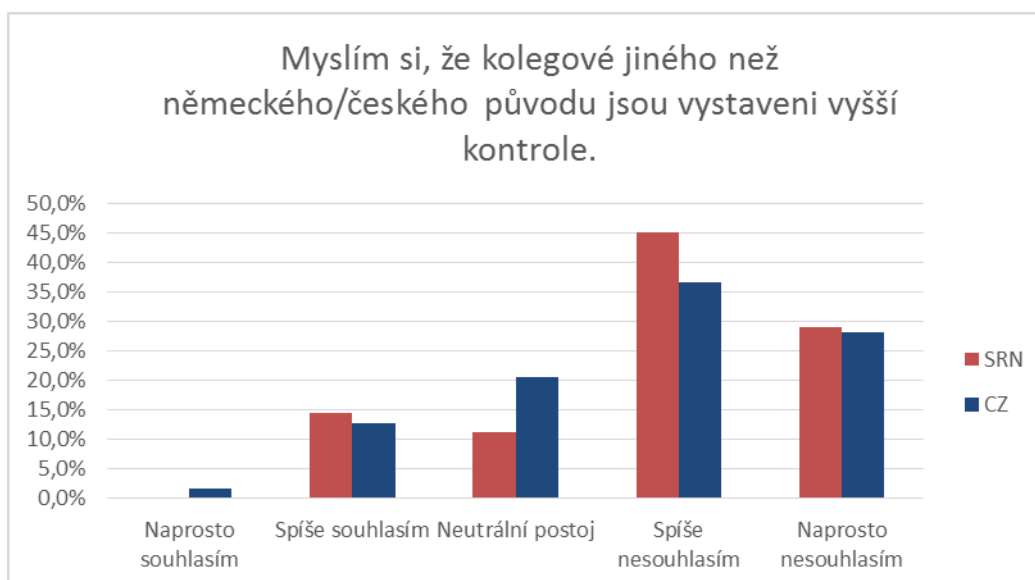


Tabulka 2

Všechny všeobecné sestry jsou si rovny bez ohledu na jejich původ.							
		Naprosto souhlasím	Spíše souhlasím	Neutrální postoj	Spíše nesouhlasím	Naprosto nesouhlasím	Celkově
Absolutní četnost	CZ	61	40	13	2	1	117
	SRN	27	29	1	5	0	62
Relativní četnost	CZ	52,1%	34,2%	11,1%	1,7%	0,9%	100,0%
	SRN	43,5%	46,8%	1,6%	8,1%	0,0%	100,0%

U otázky s číslem 2 hodnotící rovnost všeobecných sester bez ohledu na jejich původ byla pro české sestry nejčastější odpověď „naprosto souhlasím“ se stejnoměrnou rovností, uvedlo ji 52,1 % dotázaných. Německých sester tak odpovědělo 43,5 %. Na postoj „spíše souhlasím“ odpovědělo 34,2 % českých a 46,8 % německých sester. Neutrální postoj zaujalo 11,1 % českých a 1,6 % německých sester. K postoji „spíše nesouhlasím“ se přihlásilo 1,7 % českých a 8,1 % německých sester. Pouze jedna česká sestra, tj. 0,9%, zakroužkovala postoj „naprosto nesouhlasím“.

Graf 3 – otázka č. 3

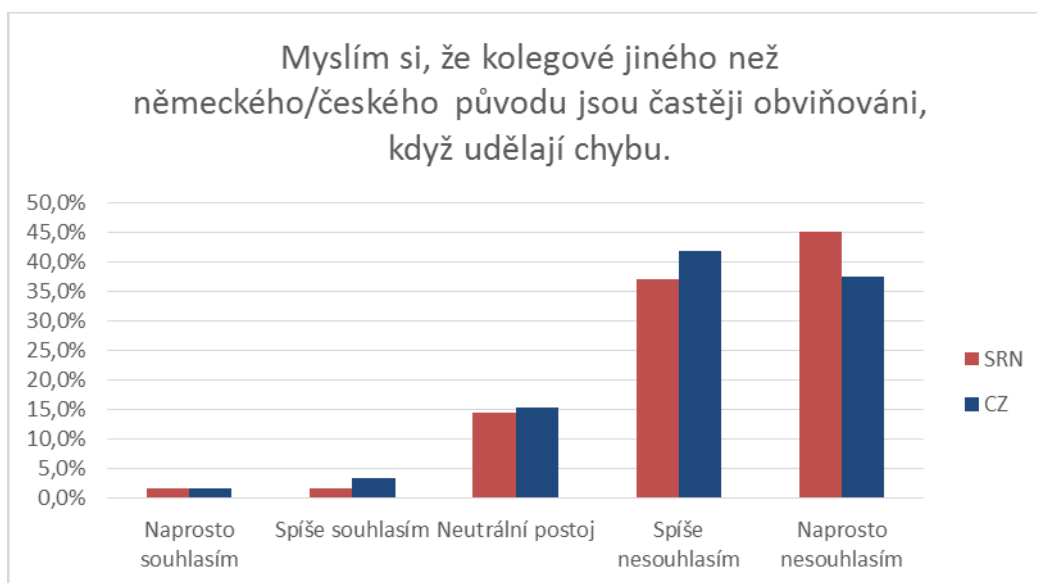


Tabulka 3

Myslím si, že kolegové jiného než českého/německého původu jsou vystaveni vyšší kontrole.							
		Naprosto souhlasím	Spíše souhlasím	Neutrální postoj	Spíše nesouhlasím	Naprosto nesouhlasím	Celkově
Absolutní četnost	CZ	2	15	24	43	33	117
	SRN	0	9	7	28	18	62
Relativní četnost	CZ	1,7%	12,8%	20,5%	36,8%	28,2%	100,0%
	SRN	0,0%	14,5%	11,3%	45,2%	29,0%	100,0%

Graf nám znázorňuje, zda si všeobecné sestry myslí, že kolegové jiného původu jsou vystavováni zvýšené kontrole. O tom, že tomu tak je, bylo naprosto přesvědčeno 1,7% českých sester. S výrokem spíše souhlasilo 12,8 % českých a 14,5% německých respondentů. 20,5 % českých a 11,3% německých sester zaujalo k otázce negativní postoj. Největší počet českých respondentů, tj. 36,8% a největší počet německých respondentů, tj. 45,2%, uvedl postoj „spíše nesouhlasím“. „Naprosto nesouhlasím“ vyjádřilo 28,2% českých a 29% německých všeobecných sester.

Graf 4 – otázka č. 4

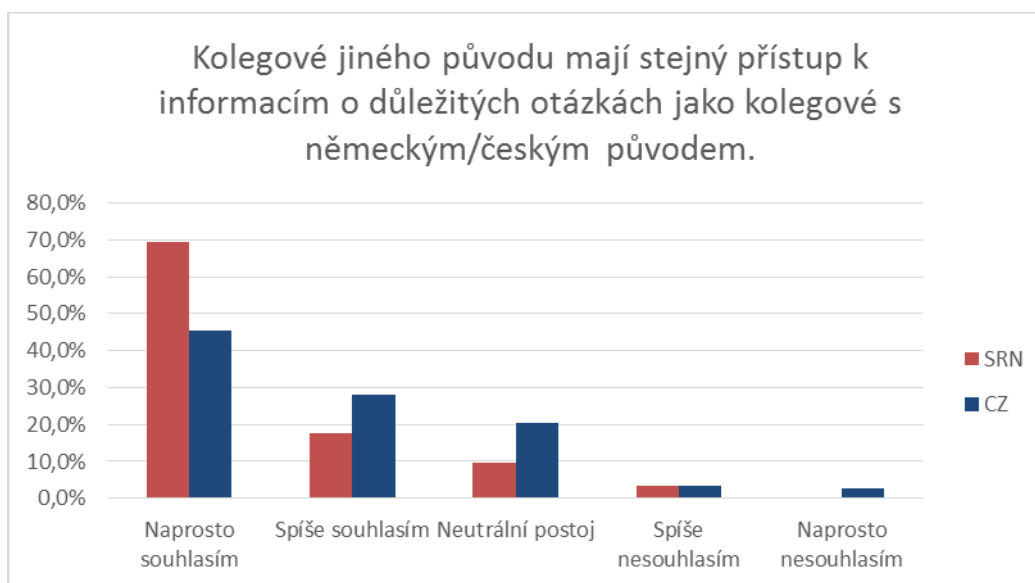


Tabulka 4

Myslím si, že kolegové jiného než českého/německého původu jsou častěji obviňováni, když udělají chybu.							
		Naprosto souhlasím	Spíše souhlasím	Neutrální postoj	Spíše nesouhlasím	Naprosto nesouhlasím	Celkově
Absolutní četnost	CZ	2	4	18	49	44	117
	SRN	1	1	9	23	28	62
Relativní četnost	CZ	1,7%	3,4%	15,4%	41,9%	37,6%	100,0%
	SRN	1,6%	1,6%	14,5%	37,1%	45,2%	100,0%

Na otázku, zda si myslí, že kolegové jiného původu jsou častěji obviňováni, když udělají nějakou chybu, uvedlo postoj „naprosto souhlasím“ přesně 1,7% českých a 1,6 % německých zdravotníků. S tvrzením spíše souhlasilo 3,4% českých a 1,6% německých respondentů. Neutrální postoj panoval u 15,4% českých a 14,5% německých zdravotníků. 41,9% českých a 37,1% německých respondentů zvolilo postoj „spíše nesouhlasím“. „Naprosto nesouhlasím“ si vybralo 37,6% českých a 45,2% německých respondentů.

Graf 5 – otázka č. 5

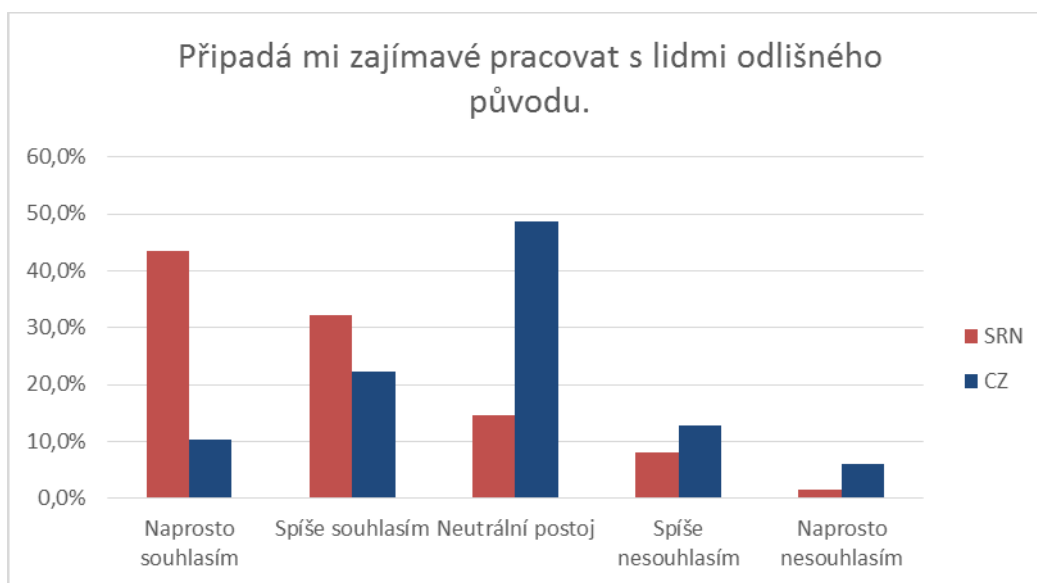


Tabulka 5

Kolegové jiného původu mají stejný přístup k informacím o důležitých otázkách jako kolegové s německým/českým původem.							
		Naprosto souhlasím	Spíše souhlasím	Neutrální postoj	Spíše nesouhlasím	Naprosto nesouhlasím	Celkově
Absolutní četnost	CZ	53	33	24	4	3	117
	SRN	43	11	6	2	0	62
Relativní četnost	CZ	45,3%	28,2%	20,5%	3,4%	2,6%	100,0%
	SRN	69,4%	17,7%	9,7%	3,2%	0,0%	100,0%

Na otázku zabývající se rovným přístupem k důležitým informacím bez ohledu na původ uvedlo 45,3% českých sester a 69,4% německých sester, že jsou na tom všichni stejně. „Spíše souhlasím“ zvolilo 28,2% českých a 17,7% německých sester. Neutrální postoj mělo 20,5% českých a 9,7% německých respondentů. Spíše nesouhlasilo 3,4% českých a 3,2% německých respondentů. Pouze 2,6% českých sester zvolilo možnost „naprosto nesouhlasím“.

Graf 6 – otázka č. 6



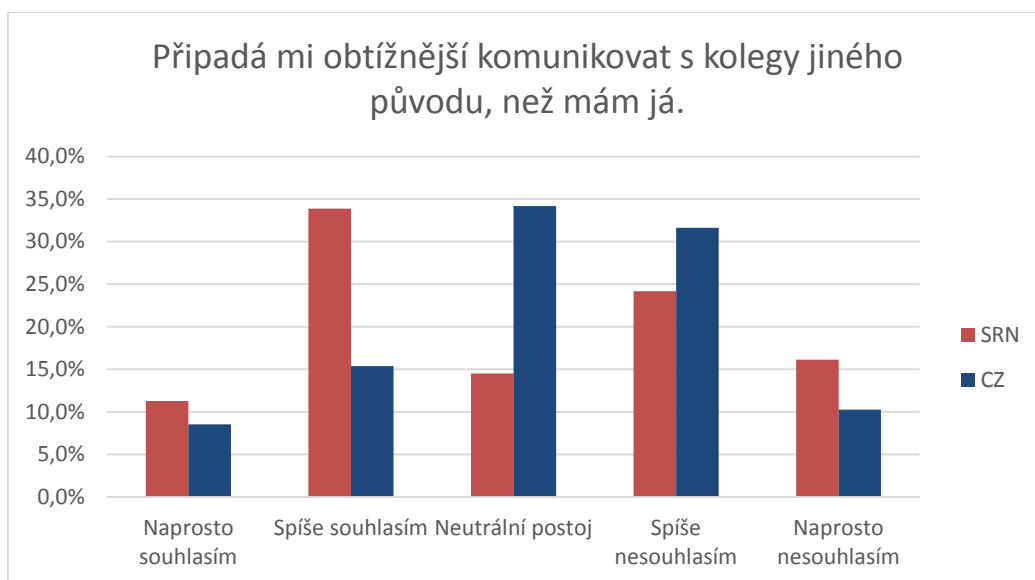
Tabulka 6

Připadá mi zajímavé pracovat s lidmi odlišného původu.							
		Naprosto souhlasím	Spíše souhlasím	Neutrální postoj	Spíše nesouhlasím	Naprosto nesouhlasím	Celkově
Absolutní četnost	CZ	12	26	57	15	7	117
	SRN	27	20	9	5	1	62
Relativní četnost	CZ	10,3%	22,2%	48,7%	12,8%	6,0%	100,0%
	SRN	43,5%	32,3%	14,5%	8,1%	1,6%	100,0%

Z analýzy grafu je patrné, že 43,5% německých sester, tedy nejvíce z dotazovaných, považuje za zajímavé pracovat s lidmi s odlišným původem. Oproti tomu stejný názor zastává pouze 10,3% českých sester. Tento výsledek pokládáme za poměrně překvapivý.

Postoj „spíše souhlasím“ uvedlo 22,2% českých a 32,3% německých respondentů. Neutrální postoj zaujalo 48,7% českých sester a 14,5% německých sester. Stanovisko „spíše nesouhlasím“ zvolilo 12,8% českých a 8,1% německých sester. Naprosto nezajímavé to připadalo 6% českých a 1,6% německých respondentů.

Graf 7 – otázka č. 7

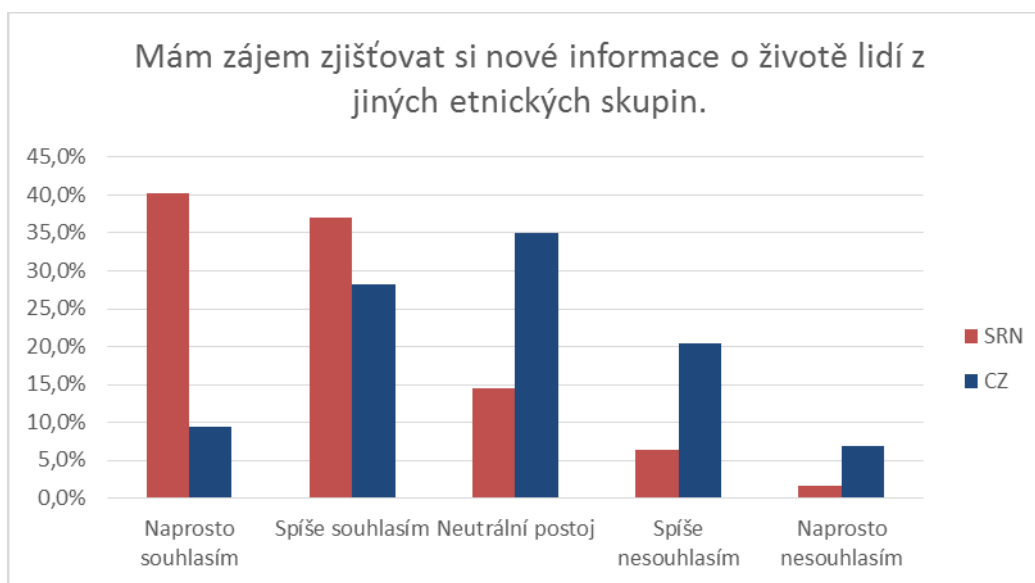


Tabulka 7

Připadá mi obtížnější komunikovat s kolegy jiného původu, než mám já.							
		Naprosto souhlasím	Spíše souhlasím	Neutrální postoj	Spíše nesouhlasím	Naprosto nesouhlasím	Celkově
Absolutní četnost	CZ	10	18	40	37	12	117
	SRN	7	21	9	15	10	62
Relativní četnost	CZ	8,5%	15,4%	34,2%	31,6%	10,3%	100,0%
	SRN	11,3%	33,9%	14,5%	24,2%	16,1%	100,0%

Vidíme znázorněný úsudek respondentů, zda jim připadá obtížnější komunikovat s kolegy jiného původu, než mají oni sami. Postoj „naprosto souhlasím“ zastávalo 8,5% českých a 11,3% německých respondentů. Spíše souhlasilo 15,4% českých a 33,9% německých respondentů. Neutrální postoj k této problematice uvedlo 34,2% českých a 14,5% německých zdravotníků. 31,6% českých a 24,2% německých zdravotníků zvolilo možnost „spíše nesouhlasím“. S tvrzením naprosto nesouhlasilo 10,3% českých a 16,1% německých respondentů.

Graf 8 – otázka č. 8

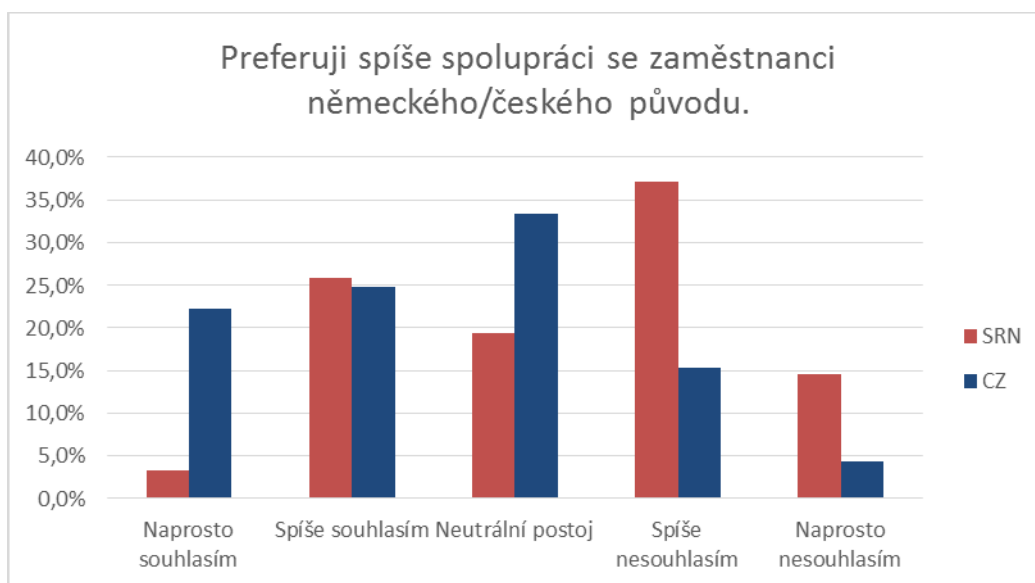


Tabulka 8

Mám zájem zjišťovat si nové informace o životě lidí z jiných etnických skupin.							
		Naprosto souhlasím	Spíše souhlasím	Neutrální postoj	Spíše nesouhlasím	Naprosto nesouhlasím	Celkově
Absolutní četnost	CZ	11	33	41	24	8	117
	SRN	25	23	9	4	1	62
Relativní četnost	CZ	9,4%	28,2%	35,0%	20,5%	6,8%	100,0%
	SRN	40,3%	37,1%	14,5%	6,5%	1,6%	100,0%

Z analýzy grafu je patrné, že s tím, že má zájem zjišťovat si nové informace o životě lidí z jiných etnických skupin se ztotožnilo 9,4% sester pracujících v ČR a také 40,3% sester pracujících v SRN. „Spíše souhlasím“ uvedlo 28,2% českých 37,1% německých sester. Neutrální postoj zaujalo 35% českých respondentů. Stejný postoj vzalo za vlastní 14,5% německých respondentů. O tom, že spíše nesouhlasí, bylo přesvědčeno 20,5% českých a také 6,5% německých sester. Naprosto nesouhlasilo 6,8% českých a 1,6% německých všeobecných sester.

Graf 9 – otázka č. 9

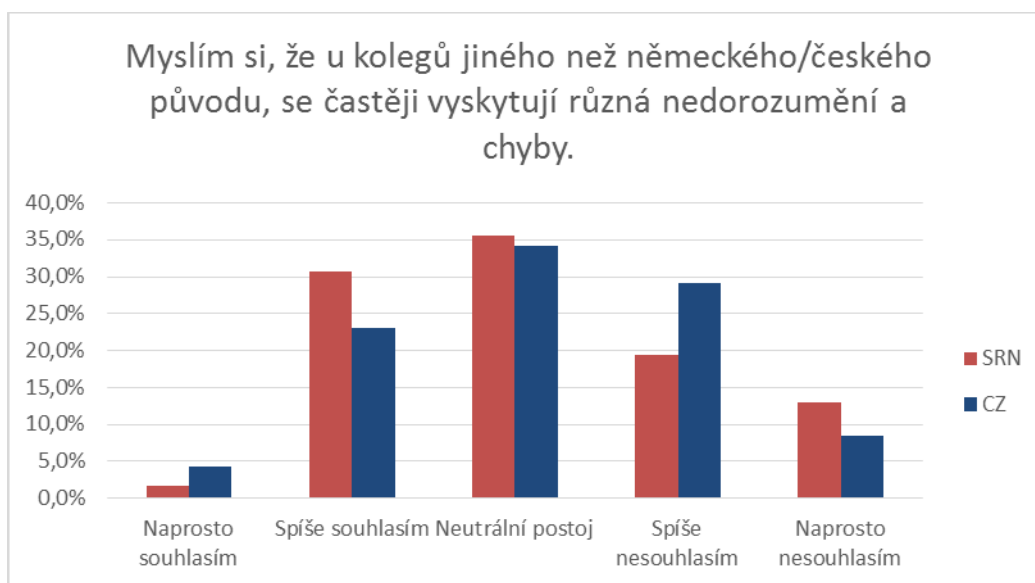


Tabulka 9

Preferuji spíše spolupráci se zaměstnanci německého/českého původu.							
		Naprosto souhlasím	Spíše souhlasím	Neutrální postoj	Spíše nesouhlasím	Naprosto nesouhlasím	Celkově
Absolutní četnost	CZ	26	29	39	18	5	117
	SRN	2	16	12	23	9	62
Relativní četnost	CZ	22,2%	24,8%	33,3%	15,4%	4,3%	100,0%
	SRN	3,2%	25,8%	19,4%	37,1%	14,5%	100,0%

Na otázku zabývající se preferencí spolupracovníků se stejným původem uvedlo 22,2% českých zdravotníků a 3,2% německých zdravotníků, že naprosto upřednostňují spolupráci s kolegy českého/německého původu. Spíše souhlasilo 24,8% českých a 25,8% německých zdravotníků. Neutrální postoj uvedlo přesně 33,3% českých a 19,4% německých zdravotníků. Spíše nesouhlasilo 15,4% českých a 37,1% německých respondentů. Postoj naprostého nesouhlasu vyjádřilo 4,3% českých a 14,5% německých respondentů.

Graf 10 – otázka č. 10

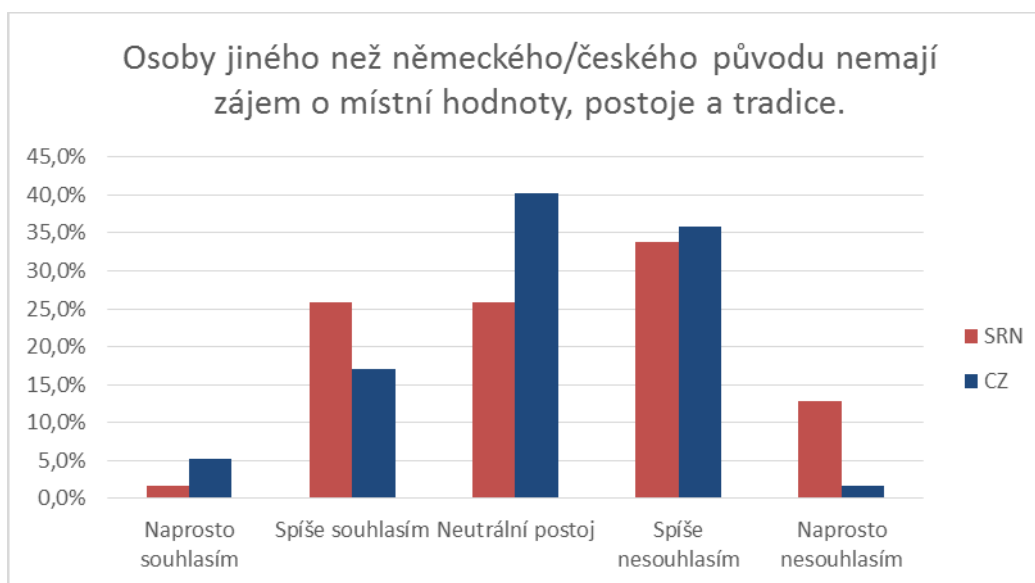


Tabulka 10

Myslím si, že u kolegů jiného než českého původu, se častěji vyskytují různá nedorozumění a chyby.							
		Naprostou souhlasím	Spíše souhlasím	Neutrální postoj	Spíše nesouhlasím	Naprostou nesouhlasím	Celkově
Absolutní četnost	CZ	5	27	40	34	10	116
	SRN	1	19	22	12	8	62
Relativní četnost	CZ	4,3%	23,1%	34,2%	29,1%	8,5%	99,1%
	SRN	1,6%	30,6%	35,5%	19,4%	12,9%	100,0%

Z analýzy grafu je patrné, že 4,3% českých a 1,6% německých respondentů uvedlo, že naprostou souhlasí s tím, že si myslí, že u kolegů jiného než českého/německého původu, se častěji vyskytují různá nedorozumění a chyby. Postoj „spíše souhlasím“ zastávalo v době šetření 23,1% českých a 30,6% německých sester. Nejvíce všeobecných sester se přiklonilo k názoru, že nemají na předložený výrok vyhraněný názor. Učinilo tak 34,2% českých a 35,5% německých sester. Postoj „spíše nesouhlasím“ sdělilo 29,1% českých a 19,4% německých sester. S tvrzením naprostou nesouhlasilo 8,5% českých a 12,9% německých respondentů.

Graf 11 – otázka č. 11

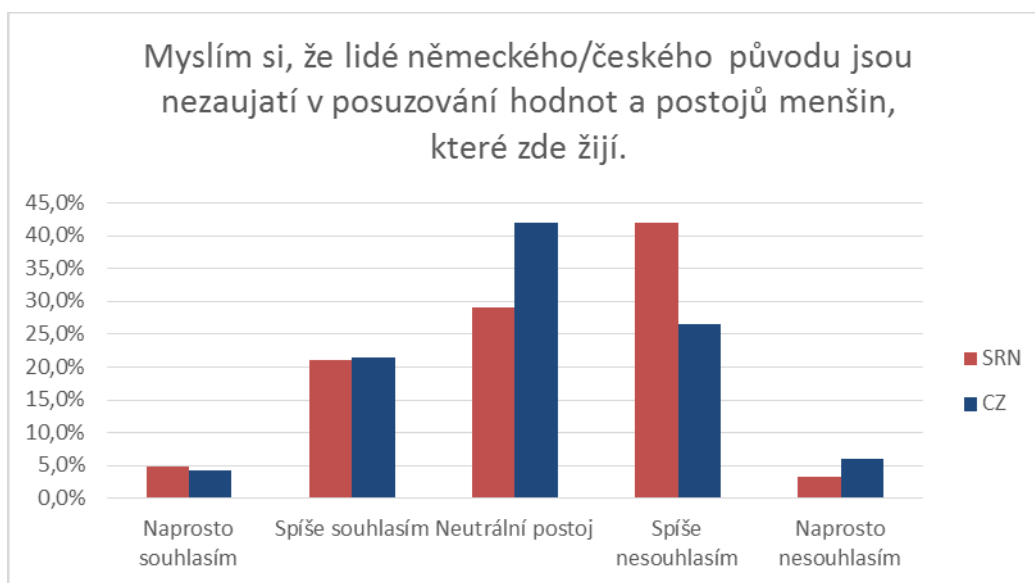


Tabulka 11

Osoby jiného než německého/českého původu nemají zájem o místní hodnoty, postoje a tradice.							
		Naprosto souhlasím	Spíše souhlasím	Neutrální postoj	Spíše nesouhlasím	Naprosto nesouhlasím	Celkově
Absolutní četnost	CZ	6	20	47	42	2	117
	SRN	1	16	16	21	8	62
Relativní četnost	CZ	5,1%	17,1%	40,2%	35,9%	1,7%	100,0%
	SRN	1,6%	25,8%	25,8%	33,9%	12,9%	100,0%

U otázky zaměřené na hodnoty a postoje uvedlo 5,1% českých a 1,6% německých respondentů, že naprosto souhlasí s předloženým výrokiem, který zněl: Osoby jiného než českého/německého původu nemají zájem o místní hodnoty, postoje a tradice. S touto problematikou spíše souhlasilo 17,1% českých a 25,8% německých respondentů. 40,2% českých a 25,8% německých sester uvedlo negativní postoj. Stanovisko „spíše nesouhlasím“ zvolilo 35,9% českých a 33,9% německých sester. Naprosto nesouhlasilo 1,7% českých a 12,9% německých sester.

Graf 12 – otázka č. 12

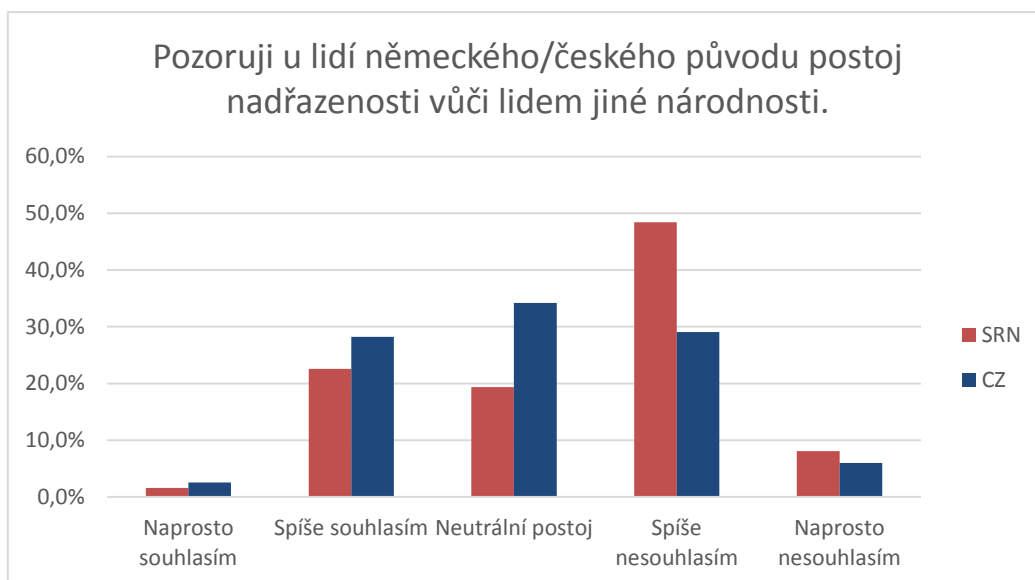


Tabulka 12

Myslím si, že lidé německého/českého původu jsou nezaujatí v posuzování hodnot a postojů menšin, které zde žijí.							
		Naprosto souhlasím	Spíše souhlasím	Neutrální postoj	Spíše nesouhlasím	Naprosto nesouhlasím	Celkově
Absolutní četnost	CZ	5	25	49	31	7	117
	SRN	3	13	18	26	2	62
Relativní četnost	CZ	4,3%	21,4%	41,9%	26,5%	6,0%	100,0%
	SRN	4,8%	21,0%	29,0%	41,9%	3,2%	100,0%

Graf nám znázorňuje, zda si všeobecné sestry myslí, že lidé českého/německého původu jsou nezaujatí v posuzování hodnot a postojů menšin, které v daném státě žijí. Stanovisko, že naprosto souhlasí s nezaujatostí lidí v této oblasti, uvedlo 4,3% českých a 4,8% německých respondentů. Spíše souhlasilo 21,4% českých a 21% německých respondentů. 41,9% českých a 29% německých respondentů zastávalo neutrální postoj. Spíše nesouhlasilo 26,5% a 41,9% německých sester. Postoj „naprosto nesouhlasím“ uvedlo 6% českých a 3,2% německých sester.

Graf 13 – otázka č. 13

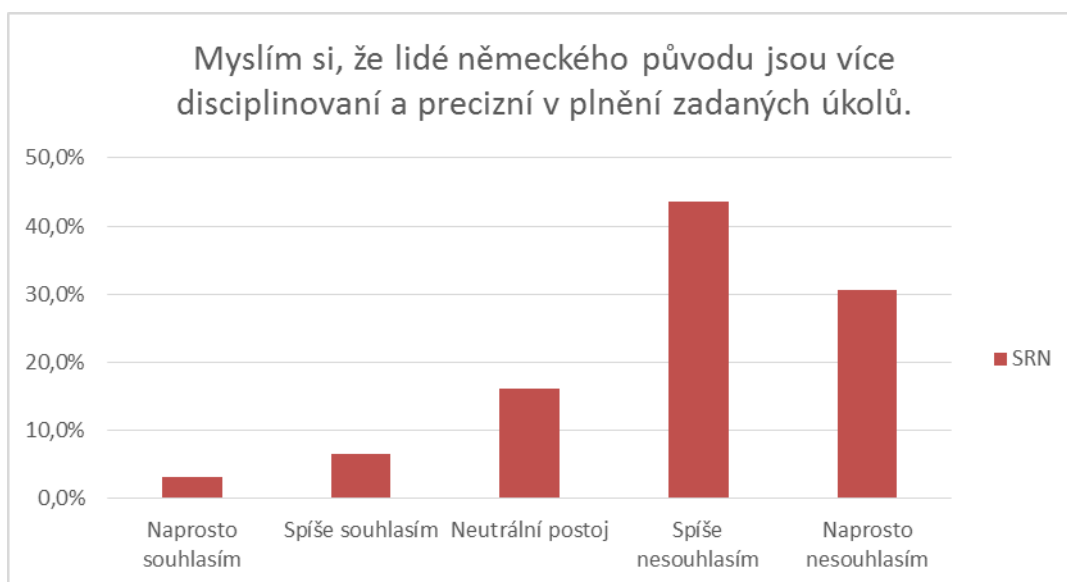


Tabulka 13

Pozorují u lidí českého původu postoj nadřazenosti vůči lidem jiné národnosti.							
		Naprostou souhlasím	Spíše souhlasím	Neutrální postoj	Spíše nesouhlasím	Naprostou nesouhlasím	Celkově
Absolutní četnost	CZ	3	33	40	34	7	117
	SRN	1	14	12	30	5	62
Relativní četnost	CZ	2,6%	28,2%	34,2%	29,1%	6,0%	100,0%
	SRN	1,6%	22,6%	19,4%	48,4%	8,1%	100,0%

O tom, zda respondenti pozorují u lidí českého/německého původu postoj nadřazenosti vůči lidem jiné národnosti uvedli dotazovaní: 2,6% českých a 1,6% německých sester zaujalo stanovisko „naprostou souhlasím“. 28,2 českých a 22,6% německých sester se přiklonilo k postoji „spíše souhlasím“. Neutrální postoj zaujalo 34,2% českých sester a 19,4% německých sester. „Spíše nesouhlasím“ zvolilo 29,1 českých a 48,4% německých respondentů. S tvrzením naprostou nesouhlasilo 6% českých respondentů a 8,1% německých respondentů.

Graf 14 – otázka č. 14 – pouze pro německé respondenty

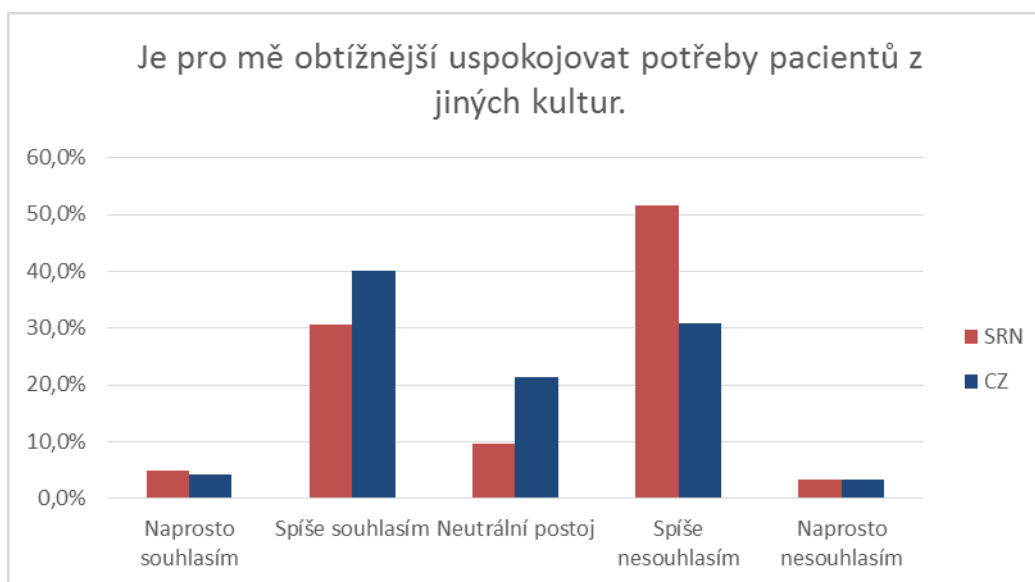


Tabulka 14

Myslím si, že lidé německého původu jsou více disciplinovaní a precizní v plnění zadaných úkolů.							
		Naprosto souhlasím	Spíše souhlasím	Neutrální postoj	Spíše nesouhlasím	Naprosto nesouhlasím	Celkově
Absolutní četnost	SRN	2	4	10	27	19	62
Relativní četnost	SRN	3,2%	6,5%	16,1%	43,5%	30,6%	100,0%

Otázka o disciplinovanosti a preciznosti německého národa byla položena pouze respondentům pracujícím v SRN. Z uvedeného grafu je patrné, že s tvrzením naprosto souhlasilo 3,2% německých sester. Spíše souhlasilo 6,5% a neutrální postoj zaujalo 16,1% dotazovaných. Nejvíce respondentů uvedlo postoj „spíše nesouhlasím“, přesně 43,5%. Naprosto nesouhlasilo 30,6% sester.

Graf 15 – otázka č. 15

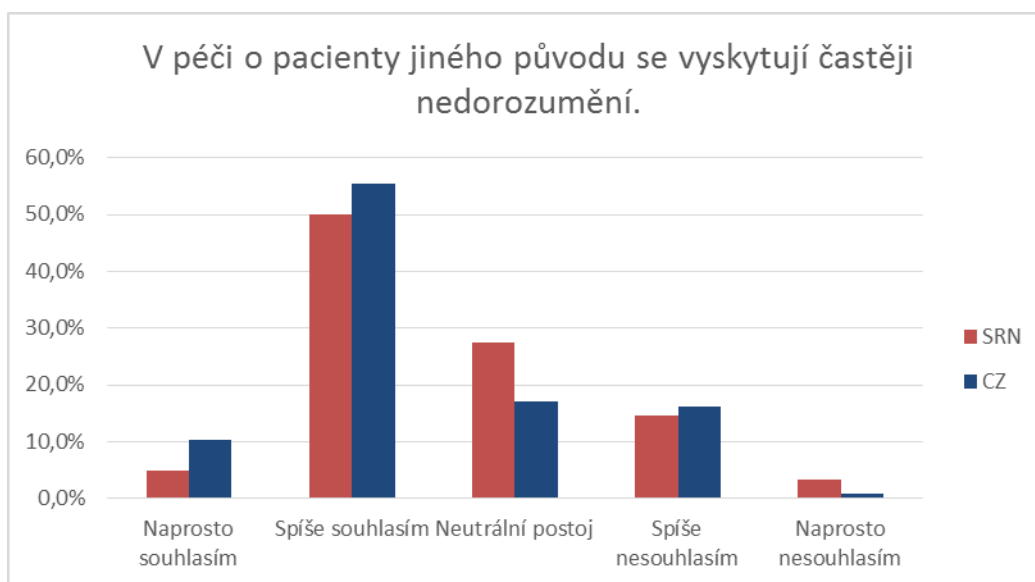


Tabulka 15

Je pro mě obtížnější uspokojovat potřeby pacientů z jiných kultur.							
		Naprosto souhlasím	Spíše souhlasím	Neutrální postoj	Spíše nesouhlasím	Naprosto nesouhlasím	Celkově
Absolutní četnost	CZ	5	47	25	36	4	117
	SRN	3	19	6	32	2	62
Relativní četnost	CZ	4,3%	40,2%	21,4%	30,8%	3,4%	100,0%
	SRN	4,8%	30,6%	9,7%	51,6%	3,2%	100,0%

Z uvedeného grafu je patrné, 4,3% českých a 4,8% německých všeobecných sester uvedlo, že naprosto souhlasí s uvedeným výrokem, že považují za obtížnější uspokojovat potřeby pacientů z jiných kultur. Postoj „spíše souhlasím“ zvolilo 40,2% českých sester. Stejně usuzovalo také 30,6% německých sester. 21,4% českých a 35,5% německých respondentů zaujalo neutrální postoj. „Spíše nesouhlasím“ uvedlo 30,8 českých a 51,6% německých respondentů. Naprosto nesouhlasilo 3,4% respondentů z ČR a 3,2% respondentů ze SRN.

Graf 16 – otázka č. 16

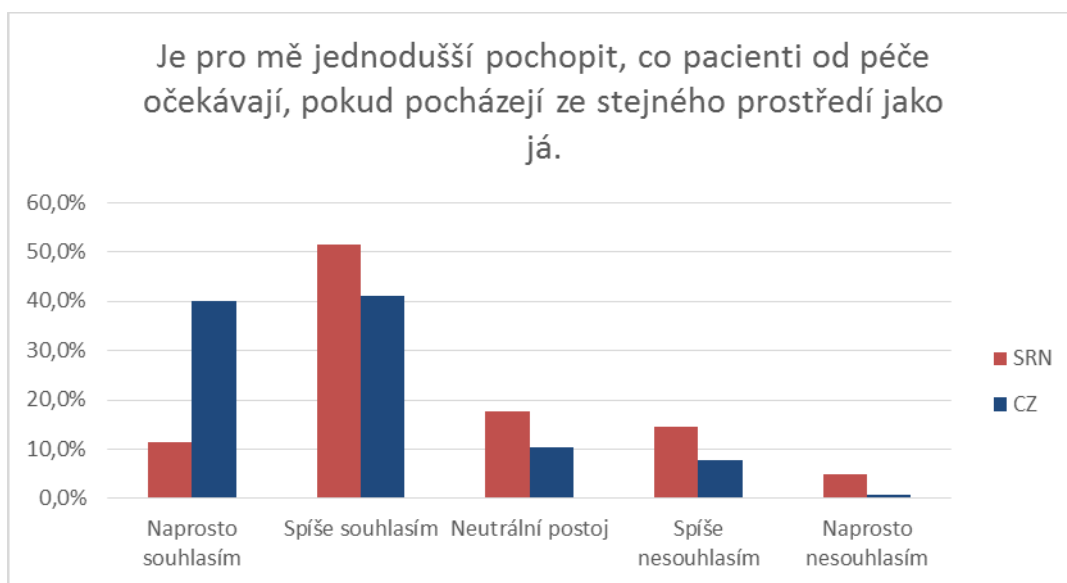


Tabulka 16

V péči o pacienty jiného původu se vyskytují častěji nedorozumění.							
		Naprosto souhlasím	Spíše souhlasím	Neutrální postoj	Spíše nesouhlasím	Naprosto nesouhlasím	Celkově
Absolutní četnost	CZ	12	65	20	19	1	117
	SRN	3	31	17	9	2	62
Relativní četnost	CZ	10,3%	55,6%	17,1%	16,2%	0,9%	100,0%
	SRN	4,8%	50,0%	27,4%	14,5%	3,2%	100,0%

Na otázku týkající se zvýšené míry výskytu nedorozumění v péči o pacienty jiného původu odpovědělo 10,3% českých a 4,8% německých sester, že s výrokem naprosto souhlasí. Četné bylo zastoupení odpovědí „spíše souhlasím“, kde panovala i shoda mezi respondenty. Uvedlo tak 55,6% českých a 50% německých respondentů. Neutrální postoj označilo 17,1 % českých a 27,4% německých všeobecných sester. „Spíše nesouhlasím“ zvolilo 16,2% českých a 14,5% německých sester. Naprosto s výrokem nesouhlasilo pouhých 0,9% českých a 3,2% německých sester.

Graf 17 – otázka č. 17

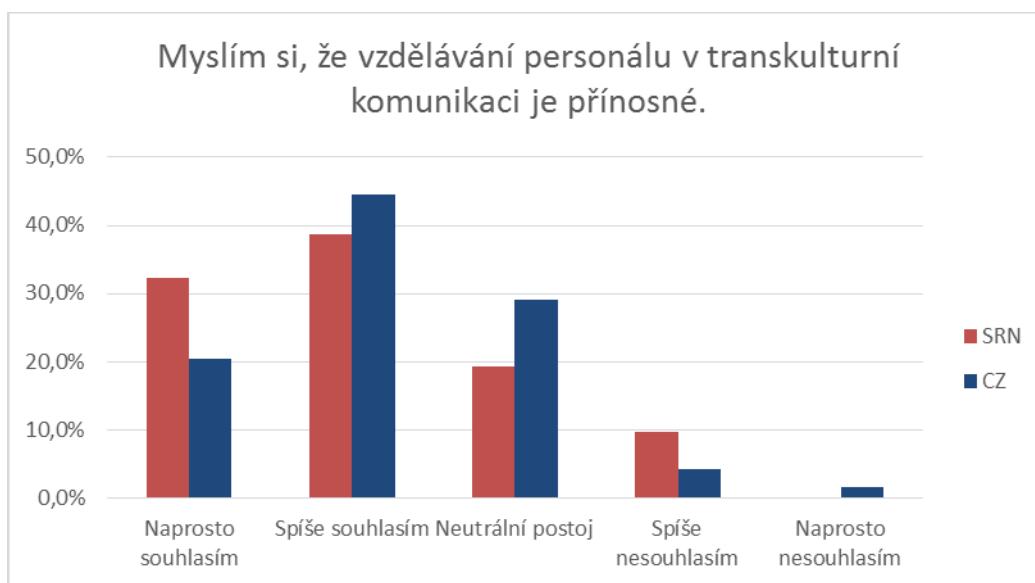


Tabulka 17

Je pro mě jednodušší pochopit, co pacienti od péče očekávají, pokud pocházejí ze stejného prostředí jako já.							
		Naprosto souhlasím	Spíše souhlasím	Neutrální postoj	Spíše nesouhlasím	Naprosto nesouhlasím	Celkově
Absolutní četnost	CZ	47	48	12	9	1	117
	SRN	7	32	11	9	3	62
Relativní četnost	CZ	40,2%	41,0%	10,3%	7,7%	0,9%	100,0%
	SRN	11,3%	51,6%	17,7%	14,5%	4,8%	100,0%

Graf nám znázorňuje úsudek respondentů, zda je pro ně jednodušší pochopit, co pacienti od péče očekávají, pokud pocházejí ze stejného prostředí jako oni. „Naprosto souhlasím“ označilo 40,2% českých a 11,3% německých zdravotníků. Postoj „spíše souhlasím“ zaujalo 41% českých a 51,6% německých zdravotníků. Neutrální postoj sdělilo 10,3% českých a 17,7% německých respondentů. S tvrzením spíše nesouhlasilo 7,7% českých a 14,5% německých respondentů a naprosto s ním nesouhlasilo 0,9% českých respondentů.

Graf 18 – otázka č. 18

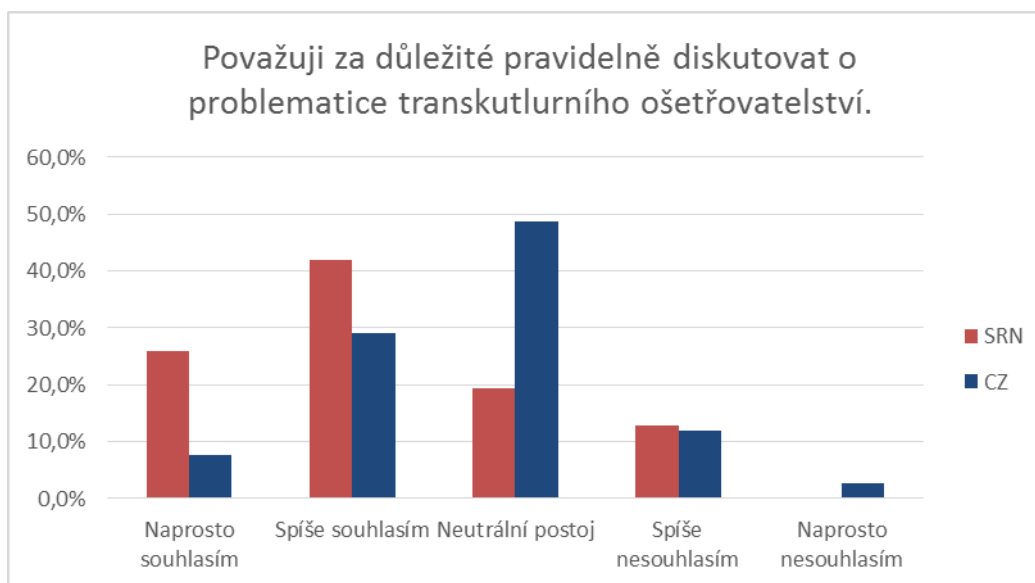


Tabulka 18

Myslím si, že vzdělávání personálu v transkulturní komunikaci je přínosné.							
		Naprosto souhlasím	Spíše souhlasím	Neutrální postoj	Spíše nesouhlasím	Naprosto nesouhlasím	Celkově
Absolutní četnost	CZ	24	52	34	5	2	117
	SRN	20	24	12	6	0	62
Relativní četnost	CZ	20,5%	44,4%	29,1%	4,3%	1,7%	100,0%
	SRN	32,3%	38,7%	19,4%	9,7%	0,0%	100,0%

Graf nám znázorňuje úsudek respondentů, zda si myslí, že vzdělávání personálu v transkulturní komunikaci je přínosné. 20,5% českých a 32,3% německých respondentů naprosto souhlasilo s přínosem tohoto vzdělávání. 44,4% českých a 38,7% dotázaných zastávalo postoj „spíše souhlasím“. Neutrální postoj zaujímalo 29,1% českých a 19,4% německých respondentů. „Spíše nesouhlasím“ uvedlo 4,3% českých a 9,7% německých respondentů. Postoj „naprosto nesouhlasím“ zaujímalo pouze 1,7% dotazovaných.

Graf 19 – otázka č. 19

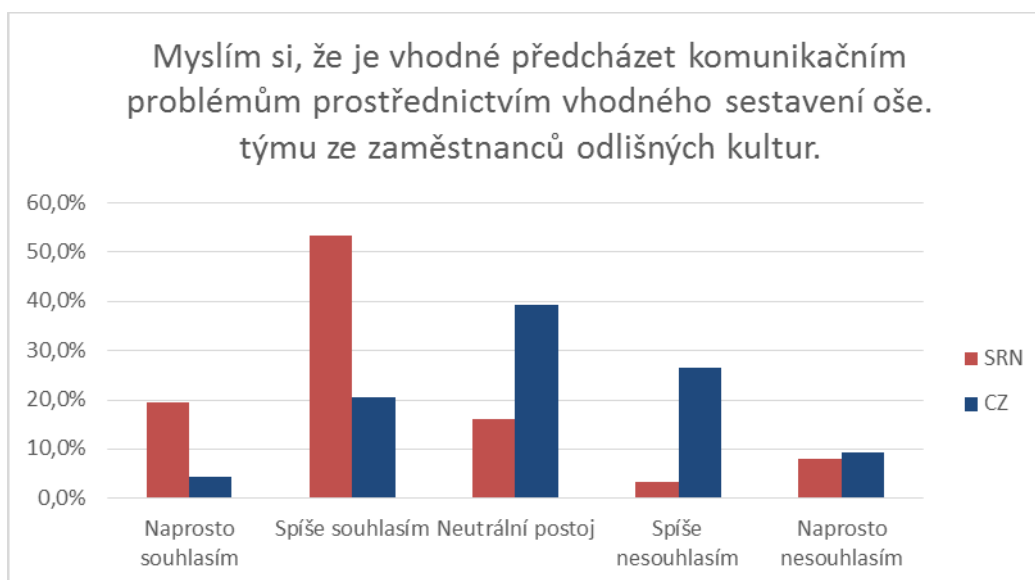


Tabulka 19

Považuji za důležité pravidelně diskutovat o problematice transkulturního ošetřovatelství.							
		Naprosto souhlasím	Spíše souhlasím	Neutrální postoj	Spíše nesouhlasím	Naprosto nesouhlasím	Celkově
Absolutní četnost	CZ	9	34	57	14	3	117
	SRN	16	26	12	8	0	62
Relativní četnost	CZ	7,7%	29,1%	48,7%	12,0%	2,6%	100,0%
	SRN	25,8%	41,9%	19,4%	12,9%	0,0%	100,0%

O tom, že je naprosto správné pravidelně diskutovat o otázkách transkulturního ošetřovatelství je přesvědčeno 7,7% českých a 25,8% německých sester. 29,1% českých a 41,9% německých sester uvedlo postoj „spíše souhlasím“. Neutrálně se k této problematice vyslovilo 48,7% českých a oproti tomu jen 19,4% německých sester. „Spíše nesouhlasím“ uvedlo 12% sester z ČR a 12,9% sester ze SRN. S tvrzením naprosto nesouhlasilo pouze 2,6% sester z ČR.

Graf 20 – otázka č. 20

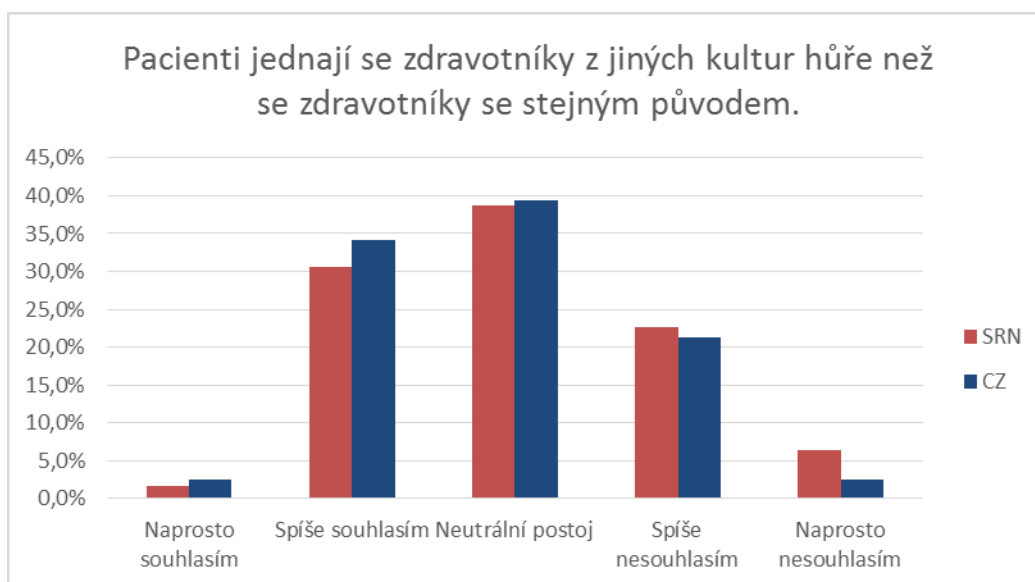


Tabulka 20

Myslím si, že je vhodné předcházet komunikačním problémům prostřednictvím vhodného sestavení oře. týmu ze zaměstnanců odlišných kultur.							
		Naprosto souhlasím	Spíše souhlasím	Neutrální postoj	Spíše nesouhlasím	Naprosto nesouhlasím	Celkově
Absolutní četnost	CZ	5	24	46	31	11	117
	SRN	12	33	10	2	5	62
Relativní četnost	CZ	4,3%	20,5%	39,3%	26,5%	9,4%	100,0%
	SRN	19,4%	53,2%	16,1%	3,2%	8,1%	100,0%

Ke stanovisku: „myslím si, že je vhodné předcházet komunikačním problémům prostřednictvím vhodného sestavení ošetřovatelských týmu ze zaměstnanců odlišných kultur“ se velmi kladně vyjádřilo 4,3% českých a 19,4% německých respondentů. Postoj „spíše souhlasím“ označilo 20,5% českých a 53,2% německých všeobecných sester. Neurčitý postoj k otázce vyjádřilo 39,3% českých a 16,1% německých sester. Se stanoviskem spíše nesouhlasilo 26,5% českých a také 3,2% německých sester. „Naprosto nesouhlasím“ odpovědělo 9,4% českých a 8,1% německých sester.

Graf 21 – otázka č. 21

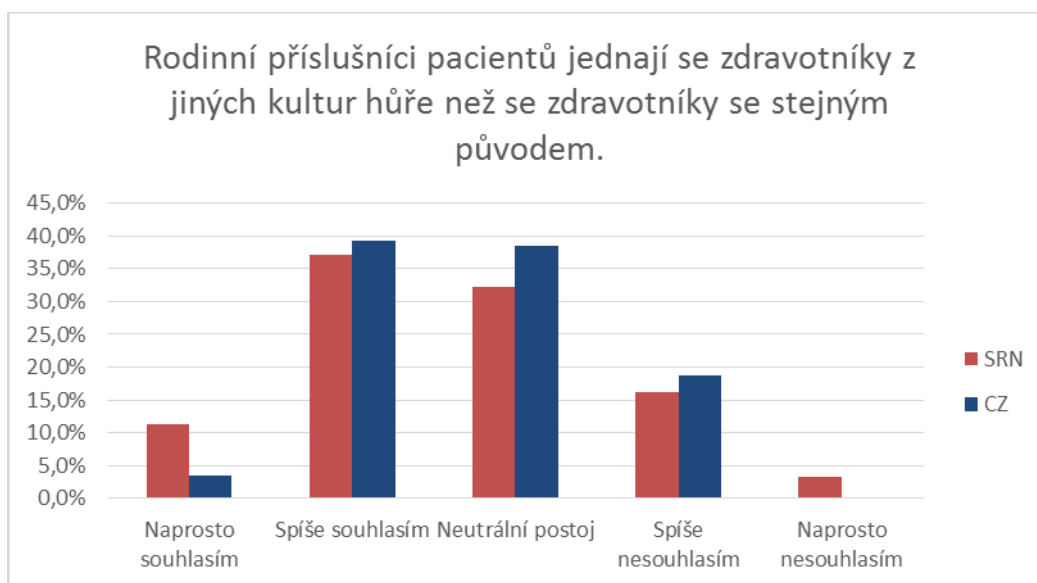


Tabulka 21

Pacienti jednají se zdravotníky z jiných kultur hůře než se zdravotníky se stejným původem.							
		Naprosto souhlasím	Spíše souhlasím	Neutrální postoj	Spíše nesouhlasím	Naprosto nesouhlasím	Celkově
Absolutní četnost	CZ	3	40	46	25	3	117
	SRN	1	19	24	14	4	62
Relativní četnost	CZ	2,6%	34,2%	39,3%	21,4%	2,6%	100,0%
	SRN	1,6%	30,6%	38,7%	22,6%	6,5%	100,0%

O tom, že pacienti jednají se zdravotníky z jiných kultur hůře, než se zdravotníky se stejným původem je přesvědčeno 2,6% českých a 1,6% německých zdravotníků. „Spíše souhlasím“ odpovědělo 34,2% českých a 30,6% německých respondentů. Nejvíce odpovědí bylo u položky „neutrální postoj“, a to 39,3% u českých a 38,7% u německých respondentů. „Spíše nesouhlasím“ jsme našly u 21,4% českých a 22,6% německých respondentů. Pouze 2,6% českých a 6,5% německých respondentů s tvrzením naprosto nesouhlasilo.

Graf 22 – otázka č. 22



Tabulka 22

Rodinní příslušníci pacientů jednají se zdravotníky z jiných kultur hůře než se zdravotníky se stejným původem.							
		Naprostou souhlasím	Spíše souhlasím	Neutrální postoj	Spíše nesouhlasím	Naprostou nesouhlasím	Celkově
Absolutní četnost	CZ	4	46	45	22	0	117
	SRN	7	23	20	10	2	62
Relativní četnost	CZ	3,4%	39,3%	38,5%	18,8%	0,0%	100,0%
	SRN	11,3%	37,1%	32,3%	16,1%	3,2%	100,0%

O tom, že rodinní příslušníci pacientů jednají se zdravotníky z jiných kultur hůře, než se zdravotníky se stejným původem je naprostou přesvědčeno 3,4% českých a 11,3% německých sester. S tvrzením spíše souhlasilo 39,3% českých a 37,1% německých sester. Neutrální postoj zaujímal 38,5% českých a 32,3% německých respondentů. S tvrzením spíše nesouhlasilo 18,8% českých a 16,1% německých respondentů. „Naprostou nesouhlasím“ uvedlo 3,2% německých sester.

6.1.1 Testování hypotéz

Stanovené hypotézy byly vyhodnoceny za pomoci statistické neparametrické metody chí-testu. Metoda byla použita s ohledem na stanovené cíle výzkumného šetření. Testování hypotéz probíhalo na základě vyhodnocení odpovědí z dotazníku. Na testování každé z hypotéz byly vybrány otázky, které s problematikou úzce souvisely. Následně byl pomocí chí-testu vyhodnocen vztah mezi národnostmi a mezi odpověďmi na danou otázku. Předmětem zjišťování byla statistická významnost mezi národnostmi a daným kritériem. Nulová hypotéza je v tomhle případě u chí-kvadrát testu to, že je zde nezávislost. Pokud tedy H_0 zamítneme a přijmeme H_1 , znamená to souvislost mezi národnostmi a daným kritériem.

Postup výpočtu chí-testu probíhal podle tohoto vztahu $\sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(o_{ij}-n_{ij})^2}{o_{ij}}$, přičemž r je počet řádků, s je počet sloupců, hodnota o_{ij} znamená očekávané četnosti a hodnota n_{ij} skutečné četnosti. Pro námi zvolenou hladinu významnosti $\alpha=5\%$ a stupeň volnosti 4 (počet řádků - 1) x (počet sloupců - 1) je kritická hodnota = 9,49 (u úvodní otázky č. 8 = 3,84). Pokud námi vypočtený chí-kvadrát je vyšší než tato kritická hodnota, tak zamítáme nulovou hypotézu H_0 a přijímáme H_A .

Hypotéza č. 1

$1H_0$ – Čeští zdravotníci mají nižší míru potíží s komunikací s pacienty cizinci než němečtí zdravotníci na hladině významnosti $\alpha =5\%$.

$1H_A$ – Čeští zdravotníci mají vyšší míru potíží s komunikací s pacienty cizinci než němečtí zdravotníci na hladině významnosti $\alpha =5\%$.

K testování byly použity 4 položky z dotazníku, a to konkrétně otázky č. 15, 17 a osmá otázka úvodní.

U první otázky č. 15: Je pro mě obtížnější uspokojovat potřeby pacientů z jiných kultur – vyšla hodnota chí-kvadrátu = 8,86 – tudíž mezi odpověďmi není závislost. Tato otázka tedy nijak nepotvrzuje, že by respondenti z ČR nebo SRN měli větší nebo menší problémy s komunikací. Tomuto tvrzení odpovídá i grafické znázornění hypotézy 1 (viz níže).

Další otázka související s touto hypotézou je otázka č. 17: Je pro mě jednodušší pochopit, co pacienti od péče očekávají, pokud pocházejí ze stejného prostředí jako já. Pro

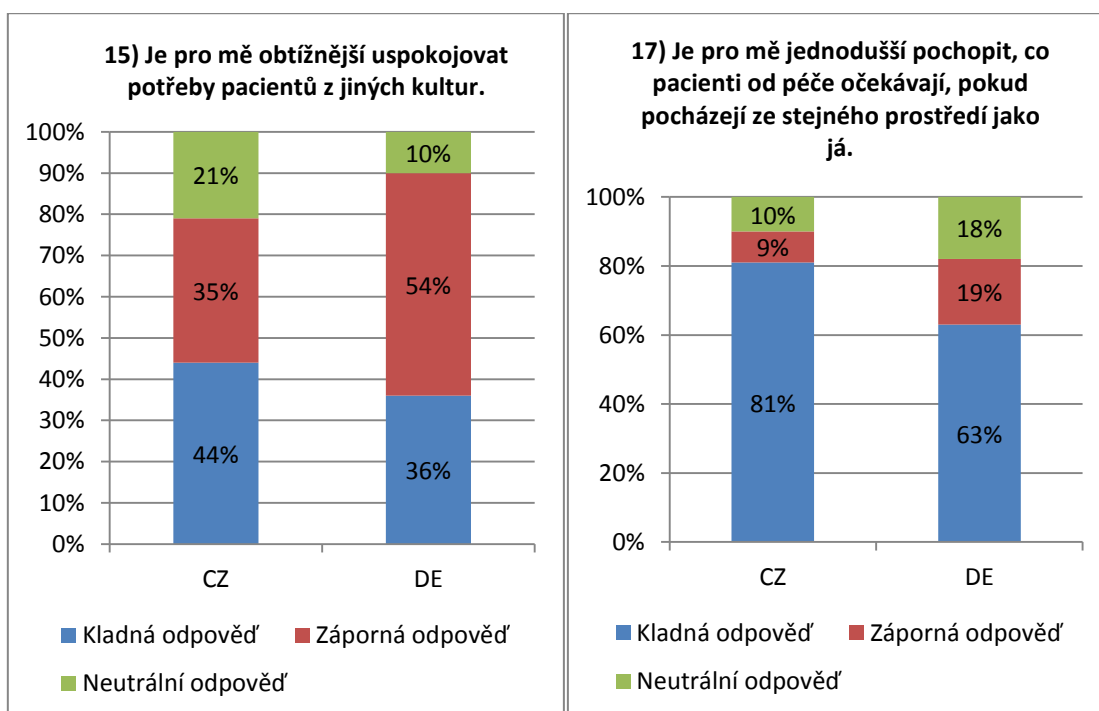
tuto otázku je hodnota chí-kvadrátu = 18,743 – tedy u této otázky existuje statisticky významná závislost mezi národnostmi. Pro respondenty z České republiky je snazší pochopit, co pacienti očekávají, pokud pocházejí ze stejného prostředí. Opět je to i patrné z grafického znázornění odpovědí.

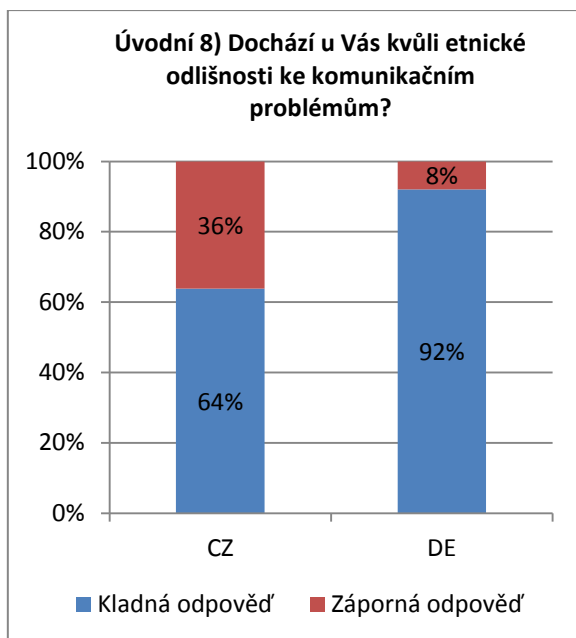
U otázky úvodní č. 8: Dochází u Vás kvůli etnické odlišnosti ke komunikačním problémům – vyšla hodnota chí-kvadrátu 4,128. Tato otázka jako jediná není hodnocená Likertovou škálou nýbrž pouze odpověďmi ANO/NE a tak je kritická hodnota 3,84 (z velikosti tabulky 2x2). Existuje zde statistická závislost mezi oběma národnostmi. Respondenti ze SRN odpovídají mnohem více kladně, vnímají tedy více komunikační problémy vzniklé na základě etnické odlišnosti, a tím potvrzují i větší problémy s komunikací.

Závěr:

Dle vyhodnocení není velká závislost v otázce č. 15, ale naopak v dalších otázkách existuje výrazný statistický rozdíl mezi odpověďmi českých a německých respondentů. Němečtí zdravotníci mají překvapivě větší problémy s komunikací s cizinci než čeští zdravotníci, takže je **potvrzena hypotéza 1H0**. Tomuto odpovídají i níže uvedené grafy znázorňující relativní četnosti kladných, záporných a neutrálních odpovědí.

Grafické znázornění – hypotéza 1





Hypotéza č. 2

2H₀ – Němečtí zdravotníci mají nižší míru tolerance k ošetřování cizinců než čeští zdravotníci na hladině významnosti $\alpha = 5\%$.

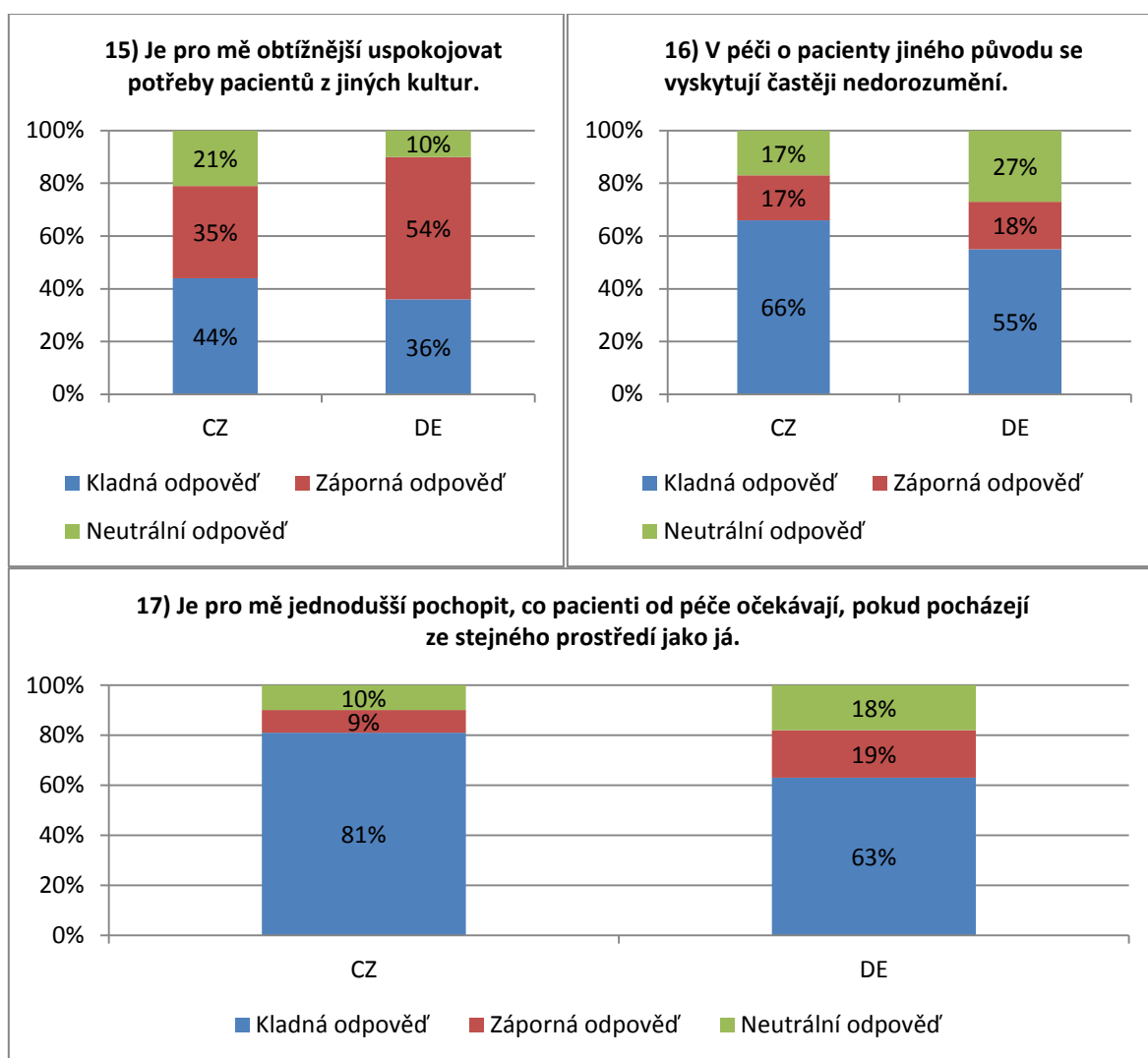
2H_A – Němečtí zdravotníci mají vyšší míru tolerance k ošetřování cizinců než čeští zdravotníci na hladině významnosti $\alpha = 5\%$.

K ověření této hypotézy poslouží otázky 15,16,17, přičemž otázky 15,17 jsme již ověřovali v hypotéze č. 1. Přidáváme navíc ověření otázky č. 16: V péči o pacienty jiného původu se vyskytují častěji nedorozumění, kde vyšla hodnota chí-kvadrátu 5,179 – tudíž nelze prokázat závislost mezi národnostmi.

Závěr:

Lze tedy statisticky prokázat, že čeští respondenti vykazují mnohem více kladných odpovědí. To znamená, že pro respondenty z České republiky je snazší pochopit, co pacienti očekávají, pokud pocházejí ze stejného prostředí jako oni. **Nulovou hypotézu H₀ proto zamítáme a přijímáme hypotézu H_A.** Opět je to patrné z grafického znázornění.

Grafické znázornění – hypotéza 2



Hypotéza č. 3

$3H_0$ – Čeští zdravotníci neupřednostňují spolupráci s kolegy stejného původu více než němečtí zdravotníci na hladině významnosti $\alpha = 5\%$.

$3H_A$ – Čeští zdravotníci více upřednostňují spolupráci s kolegy stejného původu než němečtí zdravotníci na hladině významnosti $\alpha = 5\%$.

K testování bylo použito 5 položek z dotazníku:

Otázka č. 6: Případá mi zajímavé pracovat s lidmi odlišného původu – zde vyšel chí-kvadrát = 37,612. Existuje zde tedy významný statistický rozdíl v odpovědích mezi národnostmi.

Otázka č. 7: Příkladá mi obtížnější komunikovat s kolegy jiného původu, než mám já – zde vyšel chí-kvadrát = 14,314. Existuje zde významný statistický rozdíl v odpovědích mezi národnostmi.

Otázka č. 8: Mám zájem zjišťovat si nové informace o životě lidí z jiných etnických skupin – zde vyšel chí-kvadrát = 33,725. Existuje zde proto významný statistický rozdíl v odpovědích mezi národnostmi.

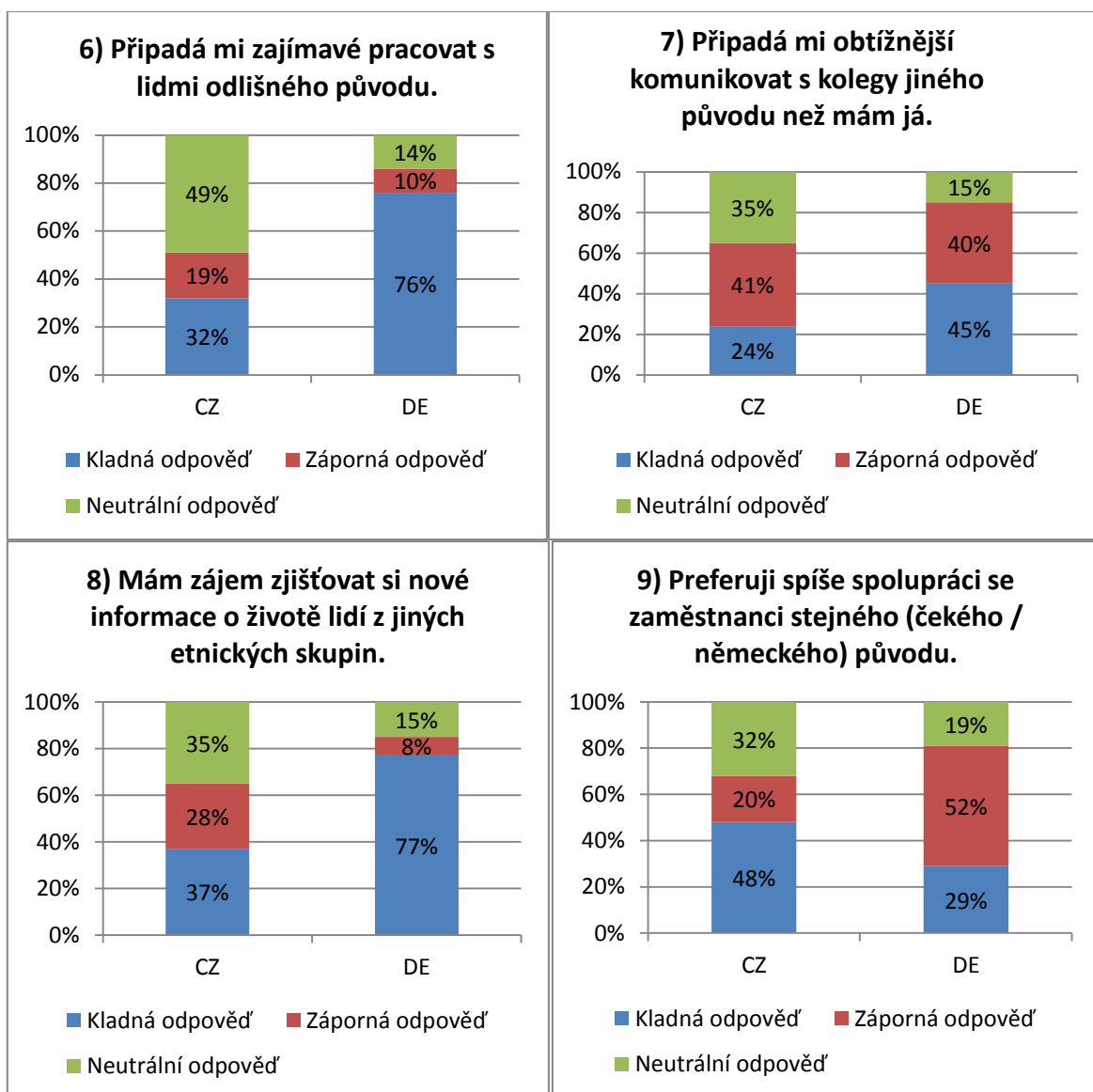
Otázka č. 9: Preferuji spíše spolupráci se zaměstnanci stejného původu – zde vyšel chí-kvadrát = 25,922. I zde existuje významný statistický rozdíl v odpovědích mezi národnostmi.

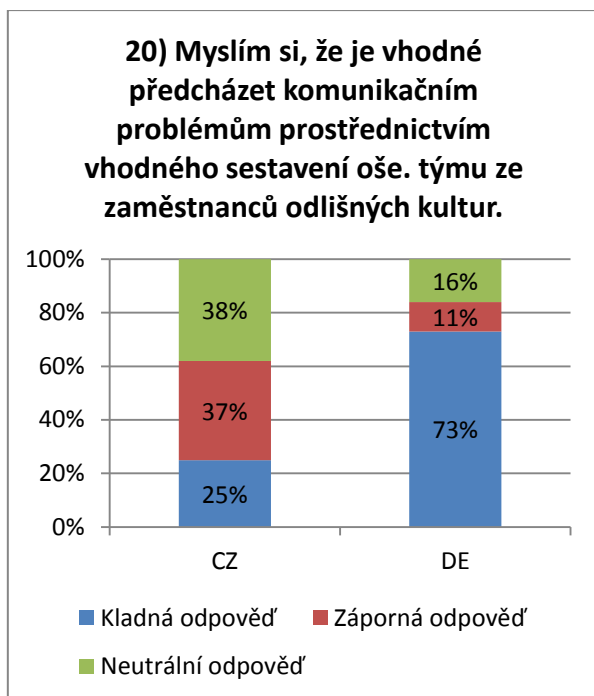
Otázka č. 20: Myslím si, že je vhodné předcházet komunikačním problémům prostřednictvím vhodného sestavení ošetrovatelských týmu ze zaměstnanců odlišných kultur – zde vyšel chí-kvadrát = 42,273. I zde tudíž existuje významný statistický rozdíl v odpovědích mezi národnostmi.

Závěr:

Testování otázek pomocí chí-testu prokázalo výrazné odlišnosti mezi odpověďmi respondentů z České republiky a Spolkové republiky Německo. U otázek č. 6, 8 je patrné, že německé respondenty více zajímá práce s cizinci, než je tomu u českých respondentů a také, že si zjišťují o cizincích více informací. Němečtí respondenti považují spolupráci s cizinci za zajímavější než čeští respondenti – z toho lze odvozovat opak, tedy že čeští respondenti upřednostňují více spolupráci s pacienty stejného původu. Nejklíčovější je ale otázka č. 9, která statisticky nejvíce prokazuje, že čeští zdravotníci jednoznačně preferují spolupráci s kolegy stejného původu než němečtí zdravotníci. **Lze tedy jasně zamítnout hypotézu H_0 a přijmout hypotézu H_A** , přičemž je možné tyto závislosti vyčíst i z grafického zpracování.

Grafické znázornění – hypotéza 3





Hypotéza č. 4

4H₀ – Čeští zdravotníci projevují nižší zájem o získávání nových informací z problematiky transkulturního ošetřovatelství než němečtí kolegové.

4H_A – Čeští zdravotníci projevují vyšší zájem o získávání nových informací z problematiky transkulturního ošetřovatelství než němečtí kolegové.

K testování byly použity 4 položky z dotazníku:

Otázka č. 8: Mám zájem zjišťovat si nové informace o životě lidí z jiných etnických skupin. Pro tuho otázku vyšel chí-kvadrát = 33,725 tedy je zde statistická odlišnost mezi českými a německými respondenty.

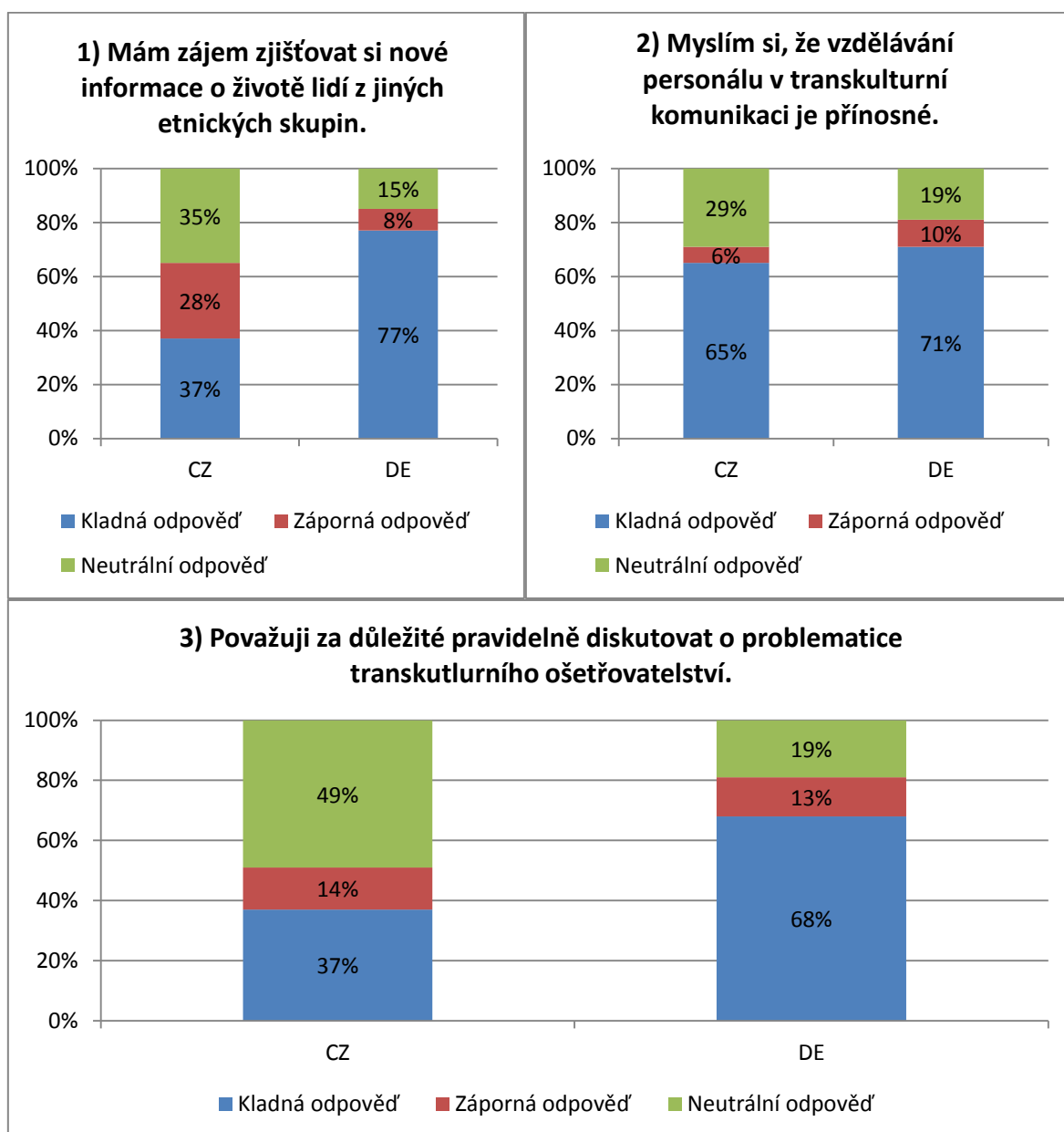
Otázka č. 18 Myslím si, že vzdělávání personálu v transkulturní komunikaci je přínosné. U této otázky statisticky nevyhází rozdíl mezi českými a německými respondenty. Hodnota chí-kvadrátu je = 7,059.

Otázka č. 19 Považuji za důležité pravidelně diskutovat o problematice transkulturního ošetřovatelství. Pro tuto otázku vychází chí-kvadrát = 22,208 a tedy opět dochází ke statistickému rozdílu mezi českými a německými respondenty.

Závěr:

Z otázky č. 18 vyplývá, že oba národy považují vzdělávání v oblasti transkulturního ošetřovatelství za přínosné a neexistuje statistický vliv na hypotézu. Naopak u otázek č. 8 a 19 je značná rozdílnost mezi respondenty z České republiky a respondenty ze Spolkové republiky Německo, přičemž u respondentů ze SRN převažuje větší zájem o transkulturní ošetřovatelství – lze **potvrdit nulovou hypotézu H_0** . Tyto výsledky jsou také patrné z grafického znázornění relativních četností na dané otázky.

Grafické znázornění – hypotéza 4



6.2 Vyhodnocení rozhovorů

V následující části uvádíme data získaná prostřednictvím rozhovorů. V kontextu jednotlivých námi stanovených kategorií uvádíme analýzu výpovědí oslovených sester.

Analýza rozhovoru s všeobecnou sestrou z ČR:

Tento rozhovor jsme provedli se sestrou s českým původem, jejíž délka praxe ve zdravotnictví je již 20 let. Pro naše potřeby jsme určili tři hlavní kategorie pro dialog – úvodní seznámení včetně oblasti komunikace s cizinci, postoj sester ke vzdělávání v transkulturním ošetřovatelství a celkově pracovní zkušenosti sester s cizinci ve zdravotnictví.

V první části jsme se soustředili na seznámení s dotyčnou sestrou a uvedli jsme ji do zkoumané problematiky. Respondentka uvedla širokou paletu cizích národností, s kterou se ve svém zaměstnání setkala. Mimoto také sdělila, že se v zaměstnání setkává i s kolegy jiných národností. Kontakt s lidmi jiných kultur považovala za zajímavý a obohacující, ale zároveň také za velmi obtížný – zejména v případech, kdy je z nějakého důvodu omezena komunikace mezi personálem a pacientem

Druhá část se zaměřovala na zkušenosti respondentky s multikulturní výukou a na její osobní postoj k edukaci v této oblasti. Respondentka udala, že s podobným typem výuky se setkala až cca. po 15 letech své praxe, tedy v době, kdy si dodělávala vysokoškolské studium. Nevybavila si, že by někdy na střední škole podobná témata řešili. Nicméně ona sama vzdělávání v transkulturní péči považuje za důležité a má kladný vztah k vyhledávání si nových informací o různých kulturních specifikách menšin. Je si vědoma zvyšujícího se počtu cizinců, které na oddělení ošetřují. Na otázku, kdy jsme se ptali na názor, jak ke vzdělávání v transkulturní péči přistupují české sestry, odpověděla, že si myslí, že je u nás situace poměrně dobrá. Uvedla, že snaha sester o komunikaci je vysoká, bez ohledu na překážky, se kterými se mohou setkávat.

Další část rozhovoru se věnovala osobní zkušenosti respondentky s poskytováním ošetřovatelské péče cizincům a také prožívání pocitů, která při tomto ošetřování zakouší. Uvedla, že se již ve své práci setkala se situací, kdy si nevěděla rady, jak k pacientce jiné etnické příslušnosti přistupovat a jak s ní komunikovat. Byla nejistá, protože neznala její kulturu a nedostala od ní žádnou zpětnou reakci. Jako největší problém v péči o pacienta

cizince spatřovala jednoznačně jazykovou bariéru. I přes možnou nabídku různých komunikačních podpor je to prý v péči velkou překážkou. Proto by také každému zdravotníkovi doporučila, aby se dovedl dorozumět alespoň dvěma cizími jazyky. Vztahy, které má s kolegy jiných národností, hodnotila pozitivně a přínosně.

Analýza rozhovoru s všeobecnou sestrou ze SRN:

K tomuto rozhovoru jsme oslovili sestru s německým původem, která pracuje ve zdravotnictví 5 a půl roku. Pracuje na standartním interním oddělení v německé nemocnici krajského typu. Navštěvovala tříletou zdravotnickou školu. Dialog byl opět členěn do tří základních kategorií.

Nejdříve jsme se se sestrou seznámili a zjistili jsme o sobě základní údaje, protože jsme se dříve neznali. Poté jsme se soustředili na kontakt s pacienty cizinci. Sestra uvedla, že je pro ni zajímavé setkávat se s lidmi z jiných kultur. Dále udala, že nejčastěji se na oddělení setkávají s obyvateli Polska a Ruska. Na otázku zaměřenou na komunikační problémy odpověděla, že pokud je přítomna jazyková bariéra, tak to shledává jako dosti problematické. Nicméně vždy se nějak dorozumět jde, ať už je to jak píše „rukama a nohama“ nebo díky pomoci komunikační podpory, kterou na pracovišti využívají. Jako nejlepší a nejrychlejší možnost překladu považovala využití svých kolegů zdravotníků, kteří pocházejí ze zahraničí. Když je potřeba, pozvou si také překladatele nebo použijí elektronický překladač. Situace, které udala jako nejkritičtější v souvislosti s komunikačními problémy, byly zejména příprava na vyšetření anebo léčebný proces.

Ve druhé části jsme zjišťovali postoj ke vzdělávání v transkulturním ošetřovatelství. Tato sestra se s podobnou výukou orientovanou na péči o lidi jiných národností a etnik ještě nikdy nesešla. Její pracoviště možnost vzdělávat se v této oblasti nenabízí. Ostatně ona sama přiznala, že by takové vzdělání bylo přínosné. Navzdory osobnímu pozitivnímu přístupu ke vzdělávání zdravotníků v této oblasti byla přesvědčena, že německé všeobecné sestry mají k podobné výuce spíše neutrální postoj.

Další část rozhovoru se věnovala osobní zkušenosti respondentky s poskytováním ošetřovatelské péče cizincům a také prožívání pocitů, která při tomto ošetřování zakouší. Uvedla, že pro ni osobně je nelibé, když má pečovat o nezaměstnané azylanty. Jinak ale uvedla, že si myslí, že je k lidem vcelku tolerantní. Liberální je zřejmě také ke svým

kolegům pocházejícím z jiných zemí, jelikož uvedla, že vztahy s těmito kolegy jsou velmi dobré. Částečně by také byla pro, aby se ošetrovatelské týmy sestavovaly z lidí odlišných kultur. Ale nesmí jich být zase příliš, jelikož, jak uvádí, mnoho zahraničních pracovníků také není úplně ideální. Jako doporučení, které by mohlo přispět ke zlepšení péče o pacienta cizince, uvedla, že pokud už takový pacient v Německu je, měl by se naučit německý jazyk.

Tabulka 23 – stručný přehled – shrnutí rozhovorů

Oblast	Otázky	SESTRA Z ČR	SESTRA ZE SRN
Úvodní část:	Délka praxe	20 let	5,5 roku
	Nejvyšší dosažené vzdělání	VŠ - Bc. stupeň	3 letá škola pro zdravotníky
	Národnost	česká	německá
	Oddělení	intenzivní péče - odd. ARO	interní odd. - iktová jednotka
	Nejčastější etnika	Ukrajinci, Němci, Slováci	Rusové, Poláci
	Nejčastější problém v péči	jazyková bariéra; omezená komunikace	jazyková bariéra
	Využívaná komunikační podpora	překladatel, rodina, slovník	kolegové, překladatel
Multikulturní vzdělávání:	Přínos (důležitost) vzdělání	souhlasí	souhlasí
	Prvotní kontakt s výukou	Bc. studium	nesetkala se
	Pracoviště nabízí výuku	neví	ne
	Přístup kolegů/kolegyň k výuce	dobrá situace, snaha komunikovat	polovina kladný přístup, polovina záporný
Osobní zkušenost:	Negativní pocity	nejistota (z neznalosti kultury)	nechuť pečovat o azylanty
	Potíže kulturně specifické	ne	ne
	Vztah s kolegy jiných národností a etnik	přizpůsobení, dobrá spolupráce	velmi dobré vztahy
	Oš. tým z lidí různých etnik	ano (po sžití s kulturou a zvládnutí jazyka)	částečně ano
	Diskriminace pacientů ve zdravotnictví	u příslušníků romského etnika	ne
	Návrh na zlepšení péče	jaz. vybavenost personálu	jaz. vybavenost pacientů

Shrnutí obou rozhovorů:

V provedených rozhovorech jsme se zaměřili na odlišnosti, které sestry ze dvou různých, i když ne vzdálených, zemí mají. Setkali jsme se s všeobecnými sestrami, které již pracují poměrně dlouhou dobu, tedy můžeme předpokládat, že mají dostatek zkušeností i s kontaktem s pacienty, popř. s personálem, jiných kultur. Obě sestry se na svých pracovištích setkávají nejčastěji s lidmi, jejichž menšiny jsou zároveň nejčastěji se vyskytující v daném státě. Obě respondentky se shodly v tom, že kontakt s pacienty z jiných kultur je pro ně osobně přínosný a zajímavý, ale mnohdy, pokud je přítomna jazyková bariéra, také problematický. Jako komunikační podporu obě uvedly využívání služeb překladatelů. Česká sestra uvedla navíc kontakt s rodinou a využití slovníku. Německá sestra upozornila na výhodu, když může o pomoc v komunikaci požádat některého ze svých zahraničních kolegů. Ke vzdělávání se v transkulturním ošetřovatelství se obě sestry vyjádřily pozitivně. Německá sestra se s podobnou výukou ale nikdy nesetkala. Vztahy, které mají respondentky se svými kolegy z jiných kultur, jsou v obou případech dobré.

DISKUZE

Pro dotazníkové šetření byly osloveny všeobecné sestry pracující v České republice a ve Spolkové republice Německo. Všeobecných sester z ČR se šetření zúčastnilo 117 a sester ze SRN se zúčastnilo 62.

Úvodní otázky v dotazníku byly jednak identifikační a jednak zjišťovali základní fakta demonstrující současný stav problematiky transkulturního ošetrovatelství na domovských odděleních u všeobecných sester. Ze šetření vyplynulo, že ve vzorku z České republiky pracovalo nejvíce zdravotníků v kategorii od 6 – 25 let. U německých respondentů tomu bylo obdobně, jen se vyšší procento dotázaných zařadilo do kategorie od 3 – 20 let (viz histogram 1, 2). Nejvíce respondentů, jak z ČR i SRN, pracovalo na odděleních chirurgického odvětví.

Další poznatek, který nám šetření přineslo, byl víceméně náhodný. V šetření pro německou část respondentů jsme položili ověřovací otázku „Jaké je Vaše povolání“, abychom zajistili správnost a validitu údajů. Po vyhodnocení jsme se dozvěděli, že 17,7% respondentů ze SRN byli muži. Toto procento pokládáme za poměrně vysoké. K mužům ve zdravotnictví se vyjadřuje rovněž Gračko, který ve svém článku uvádí, že ve společnosti převládá názor, že ošetrovatelství je ženské povolání a muži jednoduše taková povolání vykonávat nedovedou. Pokud ano, jedná se prý buď o homosexuály, nebo o muže, kteří si nedokáží vydobýt své místo v „mužském světě“. Dále píše, že výskyt mužů v ošetrovatelství má stoupající tendenci. Pravděpodobně však muži ale zůstanou i nadále v tomto nefeminizovaném povolání menšinou. Za důležité pro zatraktivnění sesterské profese pro muže vidí Gračko informování široké veřejnosti o rovnocenném postavení mužů a žen v profesi sestry a v jejich náplni práce v jednotlivých specializacích. [75, s. 21] To, že v německy mluvících zemích je více mužů ve zdravotnictví než u nás potvrzuje ve své práci také Týleová, která ve svém šetření vyzkoumala, že v německy mluvícím vzorku pracuje ve zdravotnictví o 10 % více mužů než ve srovnatelném vzorku u nás. Více mužů v ošetrovatelství v německy mluvících zemích bylo pozorováno i během její 10 měsíční praxe v německé nemocnici, kde, jak uvádí, bylo pravidlem, že v každé směně byl minimálně jeden muž pro „těžkou práci“. [76, s. 107] Stejný poznatek mohu ze své pracovní stáže v bavorské nemocnici krajského typu potvrdit i já. Muže v pozici všeobecná sestra spatřuji jako přínos nejen po stránce ulehčení práce z důvodu vyšší fyzické síly mnohých mužů, ale hlavně také z psychické podpory pro kolektiv žen, která pramení

z odlišných postojů a pohledů příslušníků mužského pohlaví. Další podněty k zamyšlení nad touto problematikou můžeme najít např. v kvalifikační práci Zelinky s názvem Všeobecný ošetřovatel ve zdravotnictví, který mj. uvádí, že pokud všeobecný ošetřovatel pracuje v ženském kolektivu, musí umět pochopit problematiku ženské psychologie, jinak nemůže v ryze ženském kolektivu uspět. Všeobecné sestry, které s všeobecnými ošetřovateli již pracují, vnímají spolupráci s nimi pozitivně. Ty, které muže ve svém kolektivu nemají, by je rády uvítaly. Stejný názor měli ve studii i pacienti. [81; 34, 57]

Z celkového počtu 117 českých respondentů mělo 58 sester (49,6%) vystudovanou vysokou školu. (viz graf úvodní 4) Tento výsledek považujeme za přiměřený, jelikož je v současné době kvalifikační vzdělávání sester přesunuto na vysoké školy. Na této úrovni vzdělávání se sestry také povinně seznamují s předměty, které se zaměřují na multikulturní/transkulturní ošetřovatelství. Zdravotní sestry, které mají středoškolské vzdělání, ale delší praxi, se na vysoké školy většinou nehlásí.

Tóthová uvádí, že zdravotníci mohou v dnešní době přijít do styku s lidmi z rozmanitých kultur. [28, s. 14] To potvrdili i naši respondenti, kteří uvedli hojný počet národnostní i etnických menšin, se kterými přišli do styku nejčastěji. Čeští respondenti uvedli v 76,9% Vietnamce, v 57,3% Ukrajince a v 55,6% Romskou menšinu (respondenti měli možnost zvolit více menšin). Tento fakt je logický, jelikož koreluje s daty z ČSÚ o nejvyšším zastoupení jednotlivých národností žijícími v České republice. To měli v roce 2015, jak už jsme výše uvedli, státní příslušníci Ukrajiny (104 388 osob), Slovenska (96 222 osob) a Vietnamu (56 666 osob). [61] Respondenti ze SRN uváděli jako nejčastější menšiny obyvatele Turecka, Sýrie a dalších zemí arabského světa, Rusy a Jihoevropany (viz graf úvodní 7). Nejčastějších pět menšin vyskytujících se na území SRN jsou dle statistického úřadu: Turci (1 506 113 osob), Poláci (740 962 osob), Italové (596 127 osob), Rumuni (352 718 osob) a Syřané (366 556 osob – nárůst + 248 360 oproti roku 2014). [77] Tedy i tato informace poměrně koreluje s naším šetřením.

Zajímavým, i když pro mnohé možná ne příliš překvapivým zjištěním, byl výsledek sedmé otázky: „V čem shledáváte největší problém při ošetřování pacientů z jiných kultur?“ Respondenti z obou zemí odpověděli v drtivé většině, že je obtěžuje jazyková bariéra (viz graf úvodní 8, 9). V monografii Trendy v ošetřovatelství II. prezentuje výzkum Zdravotně sociální fakulty Ostravské univerzity Kutnohorská, která mj. uvádí, že znalost českého jazyka u cizinců souvisí s délkou jejich pobytu v ČR. Při své sondě zjistili, že 34%

cizinců se domluví s obtížemi a 18% se vůbec nedomluví. Také se zdá, že někteří své jazykové znalosti přeceňují, protože 48 % z nich považuje své znalosti českého jazyka za dobré. Celkově se zdá, že délka pobytu je významnějším faktorem pro znalost češtiny než příbuznost jazyků. [68, s. 67,68] Týleová, která ve své práci porovnávala interkulturní kompetence ošetrovatelského personálu v ČR a německy mluvících oblastech dospěla k názoru, že rozdíl mezi úrovní cizojazyčných komunikačních dovedností ošetrovatelského personálu v ČR a v německy mluvících oblastech je statisticky významný. Cizím jazykem se v jejím vzorku domluvílo 32 % respondentů z České republiky a 68 % respondentů z německy mluvících oblastí. [76, s. 100]

Jako velmi pozitivní hodnotíme výsledek úvodní otázky č. 9, která zjišťovala možnost použití nějaké komunikační podpory. Tuto volbu má k dispozici 99,2% českých a 79% německých respondentů. (viz graf úvodní 11)

Otázka, zabývají se nabídkou vzdělávání se v transkulturní problematice, nedopadla nejlépe. Že pracoviště nabízí svým zaměstnancům vzdělávání se v transkulturní problematice, uvedlo pouze 38,5% českých a 9,7% německých respondentů. (viz graf úvodní 12). Způsobem vzdělávání se všeobecných sester v problematice transkulturního ošetrovatelství se zabývala také Hrázská. Ve své práci píše, že její respondentky se setkaly s takovýmto vzděláváním v rámci vysokoškolského studia. Tyto sestry prý znalost považovaly za podstatnou a stejnou důležitost přisuzovaly také celoživotnímu vzdělávání sester. Ostatní, především starší respondentky, neviděly v transkulturním ošetrovatelství příliš velký smysl. [36, s. 88] Také Tóthová zdůrazňuje nutnost dobré připravenosti sester, aby mohla být poskytována účelná a účinná pomoc klientům pocházejícím z rozmanitých kultur, jelikož nároky na schopnost sester poskytnout péči kulturně citlivým způsobem se stále zvyšují. [28, s. 19]

Dalším, co by nemělo uniknout naší pozornosti, jsou návrhy respondentů, které by mohly pomoci ke zkvalitnění ošetrovatelské péče o pacienta cizince. Nezodpovězenou otázkou ovšem zůstává, co vedlo 73,5% českých a 38,7% německých respondentů k tomu, že neuvedlo žádný návrh. Je to zajímavé, neboť všichni respondenti nějaký problém v péči o pacienty cizince zaznamenali. Čeští respondenti, kteří některý podnět vyjádřili, by uvítali zlepšení překladatelských služeb, hrazené kurzy cizích jazyků nebo repatriaci cizinců. Nejvíce by jim péči ale usnadnilo, kdyby pacienti cizinci ovládali náš jazyk (viz graf úvodní 13). Němečtí kolegové by rádi využívali tablety s překladačem nebo by přivítali

možnost vzdělávat se v problematice transkulturního ošetrovatelství (viz graf úvodní 14). V již zmíněném výzkumu Zdravotně sociální fakulty Ostravské univerzity Kutnohorská dále píše, že je nutné zdravotnický personál vybavit potřebnými znalostmi, aby mohl pomoci k integraci cizinců a dokázal tak pružně reagovat na jejich potřeby. Všichni se v šetření shodovali, že je nutné prohloubit jazykové znalosti zdravotnického personálu. Ke zlepšení komunikace by prý přispěly také překlady základních informací o zdravotnickém zařízení. Ze strany zdravotníků zazněl požadavek zavedení výcviku jednání s cizinci. Objevily se i návrhy na umožnění hospitalizace dětí s rodiči. [68, s. 68]

Otázky, které v dotazníku následovaly, se týkaly etnické diskriminace na pracovišti, interakce mezi zaměstnanci, stereotypních postojů při práci s lidmi, postojů k pacientům z různého prostředí, komunikačních problémů a interakce mezi pacientem a personálem. Po respondenty z ČR obsahoval dotazník 21 položek a pro respondenty ze SRN obsahoval 22 položek. Jelikož zde nemáme prostor pro porovnávání jednotlivých položek, vybereme jen ty nejzajímavější výsledky. Ostatně sami si můžete vyšlé hodnoty prohlédnout a udělat si na ně vlastní názor (viz graf 1 – 22).

V otázce číslo 6 jsme se respondentů tázali, zda jim připadá zajímavé pracovat s lidmi odlišného původu. Nejvíce českých sester (48,7%) zaujalo k tvrzení neutrální postoj. Naopak většina sester pracujících v SRN se přiklonila s postoji „naprosto souhlasím“ nebo „spíše souhlasím“. Tento postoj „nevyjádřené ochoty“ českých respondentů může souviset například se stanovisky české společnosti, které vyzkoumal Gabal (1999) a jež ve své práci cituje Slaninová. Píše, že celkově zesiluje odmítavé stanovisko Čechů k cizincům: příliv cizinců do ČR hodnotilo nepříznivě 77% respondentů v roce 1994, kdežto v roce 1996 již 81% respondentů. Dále udávají, že výhrady vůči cizincům pramení hlavně z názoru, že se cizinci významně podílejí na růstu kriminality a přispívají tak k poklesu bezpečnosti v zemi. Silné jsou rovněž obavy z negativních ekonomických vlivů cizinců. Píše také, že většina Čechů by dala přednost tomu, aby se cizinci a etnické skupiny přizpůsobili našim zvyklostem. Tak se projevuje spíše příklon k podpoře asimilace nečeské populace než ke kulturní pluralitě. [79, s. 28] Upozorňujeme, že tento citovaný poznatek nemusí být v této době aktuální. Je na každém z nás, jak se k němu postavíme, nicméně k přemýšlení doporučujeme i další Gabalovy poznatky.

Další poznatek, o který bychom se rádi rozdělili, pramení z otázky číslo 8. Zjišťovali jsme, zda respondenti mají zájem získávat nové informace o životě lidí z jiných

etnických skupin. Překvapivě shodně jako u otázky č. 6 se kladněji vyjádřili němečtí respondenti, kteří nejčastěji s tvrzením naprosto či spíše souhlasili. Většina českých respondentů k otázce zaujala neutrální postoj.

Další otázkou, o které bychom se rádi zmínili, je: „Považuji za důležité pravidelně diskutovat o problematice transkulturního ošetrovatelství“ (viz graf 19). Opět i tady se kladněji vyjádřili němečtí respondenti a čeští respondenti zůstali spíše neutrální.

U otázky číslo 20 s tvrzením: „Myslím si, že je vhodné předcházet komunikačním problémům prostřednictvím vhodného sestavení ošetrovatelského týmu ze zaměstnanců odlišných kultur“ se značná část respondentů ze SRN vyjádřila, že by „spíše souhlasila“. Tento postoj hodnotíme jako velmi pozitivní. Z vlastní zkušenosti ze zahraniční stáže z Bavorské nemocnice musíme potvrdit, že mnoho sester, které tam pracovalo, pocházelo z ciziny (Rusky, Polky, ženy z arabského světa a jiné). Kolektiv vždy nějakým způsobem fungoval a nikdy jsme nezaznamenali žádné projevy diskriminace na základě rasy. S takovýmto rozmanitým ošetrovatelským týmem nemáme naopak z České republiky mnoho zkušeností, jelikož je cizinka v týmu stále spíše vzácností. Možná i od toho se odvíjí fakt, že většina českých respondentů na tuto otázku odpověděla „ neutrální postoj“ nebo „spíše nesouhlasím“.

V rámci verifikace dat získaných prostřednictvím rozhovorů a ve snaze prohloubit poznání v přístupu všeobecných sester k dané problematice jsme jako druhou metodu použili kvalitativní výzkum pomocí rozhovorů.

Rozhovory byly provedeny dva. Oba se stejným způsobem zaměřovaly na zkoumanou problematiku. Členěny byly do tří kategorií.

Zaměříme se zde pouze na oblasti, které považujeme za podstatné.

Jazyková bariéra – bezesporu největší problém při ošetrování pacientů z jiných kultur. Na tomto poznání se shodly nejen naše dvě respondentky pro kvalitativní část šetření, ale také drtivá většina respondentů z dotazníkového šetření. Omezená komunikace s pacientem na základě vzájemného jazykového nepochopení může být v mnohých denních úkonech každé zdravotní sestry závažná a více než problematická. Jak se ale nejlépe domluvit s cizincem tak, aby porozuměl naší edukaci? Může nám pomoci například jednoduchá příručka, kterou vydalo Centrum pro integraci cizinců. Uvádí se v ní, že instrukce máme cizincům zadávat po jednotlivých informacích; jasně a přímo; nejméně

dvakrát a dát jim je ještě písemně, popř. nakreslené. S cizincem se jednoduchým způsobem domluvíme, pokud s ním mluvíme pomalu a jasně a pokud jsme ochotni mu v komunikaci pomoci. [78, s. 8, 27] Pro srovnání můžeme také nahlédnout do kvalifikační práce Hejdukové, která si pokládala otázku, jestli mají všeobecné sestry obavy pracovat s pacienty jiných kultur. V kvalitativním šetření zjistila, že ano, sestry obavy mají a to především z jazykové bariéry vůči pacientům. Bojí se, že jim neporozumí a že se nebudou umět domluvit. S tím souhlasilo devět z deseti jejích respondentek. [80, s. 37, 70]

Vzdělávání v transkulturním ošetřovatelství. První z našich respondentek, česká sestra, uvedla, že se s tímto vzděláváním setkala poprvé až v době, kdy se rozhodla doplnit si kvalifikační vzdělání. Před touto zkušeností ji zaměstnavatelem byl zprostředkován pouze standard zabývající se péčí o pacienta cizince. Ostatní vědomosti o specifiích lidí pocházejících z jiných kultur musela zjistit buďto samostudiem nebo přímým prožitkem s konkrétním případem u lůžka. Takovýto nenadálý a nepředvídatelný kontakt může být ale zdrojem stresových situací. Jak respondentka sama uvedla na jednom příkladu, kdy se setkala s pacientkou pocházející z Egypta, cítila v takovém případě nejistotu. Ta pramenila dle jejích slov z toho, že neznala její kulturu a nevěděla, jak ji ta žena přijímá a jestli ji ona sama nějakým způsobem neohrožuje. K tomuto případu dále uvedla: „v dobré víře jsem prováděla všechno a komunikovala tak jako Čech. Pro ni to mohlo být úplně nepříjemné, ale já nedovedu posoudit, zda to tak bylo nebo ne“. Špirudová a kolektiv autorek došly při prezentaci jednoho ze svých šetření k zajímavému poznatku. Udávají, že jako specifikum pro komunikaci českých sester s pacienty odlišných národností a etnik lze vyslovit domněnku (vyplývající z jejich výsledků zjištěných pomocí sémantického diferencíálu), že české sestry pravděpodobně pojmají pacienty odlišných národností a etnik tím diferencovaněji, čím mají vyšší obecnou i odbornou znalost a zkušenost s jejich kulturou. K pacientům, jejichž kulturu a národnost nebudou znát, budou prý pravděpodobně přistupovat buď stejně jako k českým pacientům anebo si vytvoří subjektivní asociaci k jiné, jim více známější kultuře a národnosti. [47, s. 537] Pokud by se tedy tato domněnka autorek potvrdila, museli bychom dát jistě za pravdu všem výhodám a pozitivům, které přináší výuka multikulturního/transkulturního ošetřovatelství (viz kapitola 3.5). Dále si musíme položit otázku – jak je možné, že se tak málo sester vzdělává v multikulturním/transkulturním ošetřovatelství? Naše druhá respondentka, sestra ze SRN, se s podobným vzděláváním nikdy nesetkala. Ani ve škole ani formou nějakého kurzu

potom. A není v tom sama, jak dokládá naše šetření, při kterém jsme zjistili, že odpověď na otázku, jestli jejich pracoviště nabízí možnost vzdělávání se v transkulturním ošetrovatelství, uvedlo 42,7% českých a 82,3% německých respondentů. Ti němečtí to komentovali slovy: „nedostatečně, bohužel ne“. Usuzujeme, že tento poznatek, zvláště co se německých sester týče, je přinejmenším provokativní a stálo by za to se mu nadále věnovat.

Shrnutí šetření:

Hlavním cílem celé práce bylo zmapovat povědomí a přijetí diverzity v souvislosti s poskytováním transkulturní péče u zdravotníků. Toto zmapování jsme provedli u českých a u německých všeobecných sester. Pomocnou metodou k tomuto zjišťování nám byl smíšený desing výzkumu. Díky němu jsme mohli také komplexně provést komparaci jednotlivých postojů k transkulturní problematice za českou a německou populaci. Tím jsme se zaměřili na první dílčí cíl práce. Dále jsme si stanovili druhý dílčí cíl, na základě kterého jsme analyzovali výpovědi z rozhovorů dvou všeobecných sester odlišné národnosti. Soustředili jsme se zejména na to, jaké pocity sestry prožívají při kontaktu s pacienty jiné kultury a na odkrytí postojů všeobecných sester ke vzdělávání zdravotníků v transkulturním ošetrovatelství.

Jako poslední, třetí dílčí cíl, jsme si stanovili vytvořit edukační materiál – webové stránky – pro odbornou, popřípadě i laickou populaci. Tyto stránky se zaměřují na nejčastěji se vyskytující problematikou v rámci transkulturní péče. Především zdravotničtí pracovníci na nich mohou najít inspiraci a podnětné informace k zamyšlení. Uvedeny jsou na nich taktéž výsledky našeho šetření. Nechybí ani odkazy na literaturu související s transkulturním ošetrovatelstvím a mnoho dalšího.

Webové stránky naleznete na adrese: <http://www.transkulturnipece.estranky.cz/>

Tento edukační materiál pokládáme za výstup celé naší práce s názvem Transkulturní problematika v současném ošetrovatelství. Bude elektronickou formou rozeslán hlavním sestrám do nemocnic v České republice s prosbou o jeho šíření mezi zdravotnickými pracovníky.

Jako podnět pro další práci, který vychází z výsledků tohoto šetření, spatřujeme ve vytvoření edukačního materiálu pro německé kliniky. Dále by se nabízelo např. pořádání

seminářů pro německé zdravotníky, jelikož, jak sami uváděli, se jim takového vzdělávání vůbec nedostává, ale zájem by z jejich strany byl.

Výsledky výzkumu budou prezentovány na konferenci, která se bude konat 17. května 2017 – jedná se o 57. Studentskou vědeckou konferenci pořádanou Lékařskou fakultou v Plzni.

ZÁVĚR

Tato práce si kladla za cíl zmapovat povědomí a přijetí diverzity v souvislosti s poskytováním transkulturní péče u zdravotníků. Výzkumné šetření umožnilo popsat postoje a základní interpretaci současné situace všeobecných sester z České republiky a ze Spolkové republiky Německo v rámci transkulturní problematiky.

V práci byl použit smíšený desing výzkumu. Respondentům z obou zemí byl předložen dotazník a zároveň byly na stejné téma provedeny dva rozhovory. Pro kvantitativní část výzkumu byly stanoveny čtyři hypotézy. Na vzorku respondentů bylo potvrzeno, že čeští zdravotníci mají nižší míru potíží s komunikací s pacienty cizinci než němečtí kolegové a také, že němečtí zdravotníci mají vyšší míru tolerance k ošetřování cizinců než čeští zdravotníci. Dále jsme se dozvěděli, že čeští zdravotníci více upřednostňují spolupráci s kolegy stejného původu než němečtí zdravotníci a že zdravotníci z ČR projevují nižší zájem o získávání nových informací z problematiky transkulturního ošetřovatelství než jejich němečtí kolegové. V kvalitativní části výzkumu jsme zjišťovali pocity, které sestry zakoušejí při kontaktu s pacienty jiných kultur, dále jejich postoj ke vzdělávání v transkulturní problematice a celkově jejich zkušenosti s transkulturním ošetřovatelstvím.

Z práce vyplývá několik oblastí k řešení. Je třeba zapracovat na prolamování jazykové bariéry mezi zdravotníky a pacienty pocházejícími z cizích zemí. Úkol to bude bezesporu nelehký. Jako jednou z přijatelných možností by mohla být distribuce elektronických překladačů na všechna pracoviště nemocnic (minimálně na ty, kde se předpokládá zvýšený výskyt cizinců). Tento krok by byl ale finančně velmi náročný. Za další shledáváme jako velmi přínosné alespoň nabízet zdravotníkům možnosti, aby se mohli vzdělávat v transkulturním ošetřovatelství.

Čeští respondenti jsou v otevřeném postoji dobrovolného přijímání cizinců oproti Němcům jaksí pozadu. To můžeme mimochodem paradoxně vidět i na přístupu našich státníků k migrační krizi v Evropě. Xenofobie, uzavřenost, ignorace či možná špetka cynismu. Nebyl by konečně čas pokusit se překonávat předsudky, které si jako národ neseme? Nebylo by na čase začít se sebou pracovat?

Nesmíme také zapomínat, že ošetřování nemocných je služba a tedy bychom měli stejně jako i u jiných služeb komunikovat s příjemci a ptát se na jejich názor na poskytovanou činnost. U lidí nemocných je to dvakrát tak důležité.

V poslední době se zvyšuje důraz na vzdělávání všeobecných sester. Proto také považujeme za nezbytné, aby si takto erudované odbornice nesly již ze studijních let určité znalosti týkající se rozdílů v péči o lidi pocházející z jiných kultur s jejich souborem hodnot, přesvědčení a zvyků. Měly by mít za cíl poskytovat účinnou, vhodnou, smysluplnou a individualizovanou podporu ve zdraví i v nemoci každé osobě bez ohledu na jakékoli vizuální, charakterové či jiné odlišnosti.

V souvislosti s touto problematikou usilujeme o to, aby také tato práce přispěla svým dílem ke změně postojů, k zamyšlení se nad svou vlastní kulturní identitou a nad péčí, kterou každodenně poskytujeme a která by mohla být v mnoha kontextech ohleduplnější, komplexnější a především lidštější.

*„Jediný způsob, jak růst jako osobnost,
rodina či společnost, jak pokročit v životě
národů, je kultura setkávání. Kultura,
do které může každý něco dobrého vložit
a z níž na oplátku může něco dobrého získat.“*

papež František

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ZDROJŮ:

1. HORVÁTHOVÁ, Jana, Jan BURYÁNEK. *Interkulturní vzdělávání: příručka nejen pro středoškolské pedagogy*. Praha: Lidové noviny, 2002. ISBN 80-7106-614-1.
2. JAKOUBEK, Marek a Tomáš HIRT. *Soudobé spory o multikulturalismus a politiku identit – antropologická perspektiva*. Plzeň: Nakladatelství Aleš Čeněk, 2005. ISBN 80-86473-83-X.
3. SOUKUP, Martin. *Antropologie v psychosociálních vědách*. Praha: Pražská vysoká škola psychosociálních studií, 2010. ISBN 978-80-904541-1-8.
4. ERIKSEN, Thomas Hylland. *Sociální a kulturní antropologie: příbuzenství, národnostní příslušnost, rituál. Vydání první*. Praha: Portál, 2008. ISBN: 978-80-7367-465-6.
5. MAŘÍKOVÁ, Hana a kol. *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-164-1.
6. TOLLAROVÁ, Blanka, Marie HRADEČNÁ a Andrea ŠPIRKOVÁ. *Jsme lidé jedné Země: program prevence xenofobie a rasismu*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0376-6.
7. CARBOLOVÁ, Marcela. *Kulturní antropologie v ošetrovatelství*. České Budějovice, 2014. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Valérie Tóthová.
8. HLADÍKOVÁ, Aftab. Tolerance a multikulturalismus – vztah dvou konceptů. In: BALVÍN, Jaroslav. *Výchova, vzdělávání a kultura ve vztahu k národnostním menšinám*. Praha: Komise Rady hl. m. Prahy pro oblast národnostních menšin, 2004. ISBN 80-902972-6-9.
9. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4413-1.
10. SARTORI, Giovanni. *Pluralismus, multikulturalismus a přistěhovalci: esej o multietnické společnosti*. 2. vyd. v českém jazyce. Praha: Dokořán, 2011. ISBN 978-80-7363-380-6.
11. VŠEOBECNÁ DEKLARACE UNESCO O KULTURNÍ DIVERSITĚ. In: *Unesco* [online]. Paříž, 2011 [cit. 2016-09-04]. Dostupné z: http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/HQ/CLT/diversity/pdf/declaration_cultural_diversity_cs.pdf

12. PRŮCHA, Jan. *Multikulturní výchova: teorie - praxe - výzkum*. Praha: ISV, 2001. Pedagogika (ISV). ISBN 80-85866-72-2.
13. ŠPIRUDOVÁ, Lenka. *Pečujeme o klienty odlišných etnik a kultur: transkulturní péče v praxi, aneb, Jak překonávat komunikační a kulturní bariéry při péči o pacienty odlišných etnik a kultur: uživatelský manuál pro lůžková zdravotnická zařízení v ČR (výstup dvouleté práce na projektu „Překonávání komunikačních a kulturních bariér při péči o pacienty odlišných etnik a kultur“ pro MZ ČR)*. Olomouc: 2004. Dostupné z:
<http://kramerius.medvik.cz/search/handle/uuid:MED00179360>
14. MACHO, Miroslav. *Identita, její utváření a vliv na jednání ve vztahu k charakterovým vlastnostem egoismus –altruismus*. Brno, 2008. Diplomová práce. Filozofická fakulta Masarykovy Univerzity v Brně Psychologický ústav. Vedoucí práce Mojmír Tyrlik.
15. MOREE, Dana. *Základy interkulturního soužití*. Vydání první. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0915-7.
16. ŠPIRUDOVÁ, Lenka a kol. *Multikulturní ošetrovatelství II*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1213-X.
17. PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3558-0.
18. KUTNOHORSKÁ, Jana. Multikulturalita ve zdravotnictví a její etická hlediska. In: *Migrace, tolerance, integrace II*. Opava: Slezské zemské muzeum, 2005, s. 121-128. ISBN 80-86224-51-1.
19. GIGER, Joyce Newman. *Transcultural nursing: assessment & interventions*. 6th ed. St. Louis: Mosby, 2013. ISBN 9780323083799.
20. TÓTHOVÁ, Valérie. *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin*. Praha: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-645-6.
21. LÍŠKOVÁ, Miroslava a Iveta NÁDASKÁ. *Základy multikultúrneho ošetrovatel'stva*. Martin: Osveta, 2006. ISBN 80-8063-216-2.
22. CHRISTOPH, Poss. *Transkulturelle Pflege. Merkmale und Problemstellungen bei einer interkulturellen Pflegesituation*. München: Grin, 2005. ISBN 9783638408370.
23. ŠVEJDOVÁ, Kateřina. *Filozofie v ošetrovatel'ství*. Sestra, 2010, 9/2010. ISSN 1210-0404.

24. MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3171-1.
25. CIHLÁŘ, František. Proč se setkávat? *Interkulturní setkání* [online]. 2016 [cit. 2016-10-17]. Dostupné z: <http://www.interkulturnisetkani.cz/proc-se-setkavat>.
26. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4.
27. HOLČÍK, Jan, Pavlína KÁŇOVÁ a Lukáš PRUDIL. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví: východiska, základní pojmy a perspektivy*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. ISBN 80-7013-417-8.
28. TÓTHOVÁ, Valérie. *Zabezpečení efektivní ošetrovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2010. ISBN 978-80-7387-414-8.
29. Interkulturní senzitivita. *Inkluzivní škola.cz: Informační portál zaměřený na začleňování žáků cizinců do českého vzdělávacího systému* [online]. Creative Commons, 2013 [cit. 2016-10-17]. Dostupné z: <http://www.inkluzivniskola.cz/pedagogicka-prace-s-diverzitou/interkulturni-senzitivita>.
30. PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-5471-0.
31. TÓTHOVÁ, Valérie. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-286-1.
32. PAPADOPOULOS, Irena. *Transcultural health and social care development of culturally competent practitioners*. Edinburgh: Elsevier Churchill Livingstone, 2006. ISBN 9780702033797.
33. PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.
34. HLADÍK, Jakub. *Multikulturní kompetence studentů pomáhajících profesí*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2014. ISBN 978-80-7454-426-2.
35. CAMPINHA-BACOTE, Josepha. The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care. *SAGE Journals: Journal of Transcultural Nursing* [online]. Sage Publication, 2002 [cit. 2016-12-30]. Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/10459602013003003>

36. HRÁZSKÁ, Kateřina. *Model Leiningerové a Gigerové - Davidhizarové a jejich využívání v praxi*. České Budějovice, 2013. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Dita Nováková.
37. URÍČKOVÁ, Alena. *Josepha Campinha-Bacote – Model rozvoje kulturní způsobilosti*. Sestra, 2010, 4/2010. ISSN 1210-0404.
38. ARCHALOUSOVÁ, Alexandra. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. Hradec Králové: Nucleus HK, 2003. ISBN 80-86225-33-X.
39. MAŇHALOVÁ, Jana a Valérie TÓTHOVÁ. *The potential use of conceptual models of cultural competence in the nursing profession*. Kontakt, 2016, 6/2016. ISSN 1804-7122 .
40. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Kulturní šok - hledání identity - multikulturní péče*. In: Evropská identita v podmínkách evropské integrace: sborník z mezinárodní vědecké konference konané ve dnech 26. – 27. října 2006 v Opavě. Opava: Slezské zemské muzeum, 2007. ISBN 978-80-86224-62-6.
41. VYSOUDILOVÁ, Marie. *Kulturní šok a jeho vliv na člověka*. Hradec Králové, 2013. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové. Vedoucí práce Jana Kutnohorská.
42. NOVÁKOVÁ, Iva. *Kapitoly z multikulturního ošetrovatelství*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2008. ISBN 978-80-7372-404-7.
43. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Transkulturní etika v ošetrovatelském přístupu*. [online] Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. [cit. 2017-01-01]. Dostupné z: <http://lf.osu.cz/dokumenty/sbornik04/kutnohorska.pdf>
44. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Ošetrovatelská péče v multikulturní společnosti*. Distanční studijní opora. [online] Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Hradci Králové. [cit. 2017-01-01]. Dostupné z: <https://www.lfhk.cuni.cz/getattachment/a564130b-eea5-48c9-89dd-481aacd1f5c4/Multikulturni-pece.aspx>
45. ČERNÁ, Martina. *Interkulturní aspekty komunikace s pacientem*. In: Jihlavské zdravotnické dny: sborník z mezinárodní konference konané dne 21. 4. 2011 v Jihlavě. Jihlava: Vysoká škola polytechnická, 2011. ISBN 978-80-87035-37-5. Dostupné také z: https://most.vspj.cz/files/16/jihlavske_zdravotnicke_dny_2011-sbornik.pdf

46. LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2007. ISBN: 978-80-247-1784-5.
47. ŠPIRUDOVÁ, Lenka, Mária NEMČEKOVÁ, Jaroslava KRÁLOVÁ a Jana ZAPLETALOVÁ. *Umístění pojmu pacient v sémantickém prostoru českých sester - příspěvek k problematice komunikace v transkulturním ošetrovatelství*. In: *Ošetrovatelstvo - teória, výskum a vzdelávanie*. Martin: Jesseniova lekárska fakulta Martin, 2007. ISBN 978-80-88866-43-5. Dostupné také z: http://www.jfmed.uniba.sk/fileadmin/user_upload/editors/Oset_Files/oset_martin_2007.pdf
48. HŘEBÍČKOVÁ, Martina. *Češi neustále řeší svou národní povahu*. *Psychologie Dnes*, 2011, 1/2011. ISSN 1212-9607.
49. HORŇÁKOVÁ, Anna. *Multikulturní komunikace při ošetrování klienta jiné kultury*. *Sestra*, 2008, 9/2008. ISSN 1210-0404.
50. PRŮCHA, Jan. *Interkulturní komunikace*. Praha: Grada, 2010. *Psyché* (Grada). ISBN 978-80-247-3069-1.
51. LARRY A. SAMOVAR, RICHARD E. PORTER a EDWIN R. MCDANIEL. *Communication between cultures*. 8th ed. Belmont, Calif: Wadsworth, 2012. ISBN 9781133492160.
52. ADAMOVÁ, Karolína a Ladislav KŘÍŽOVSKÝ. *Jak se vyvíjel pojem "menšina"*. *Britské listy* [online]. Praha: Občanské sdružení Britské listy, 2002 [cit. 2017-01-12]. Dostupné z: <http://blisty.cz/art/10842.html>
53. CROWLEY, Ryan, 2010. *Racial and Ethnic Disparities in Health Care*, Updated 2010. Philadelphia: American College of Physicians. [online]. [cit. 2013-01-12]. Dostupné z: [www: https://www.acponline.org/system/files/documents/advocacy/current_policy_papers/assets/racial_disparities.pdf](https://www.acponline.org/system/files/documents/advocacy/current_policy_papers/assets/racial_disparities.pdf)
54. DOBIÁŠOVÁ, Karolína a kol. *Vstřícná zdravotní péče o migranty*. *Praktický lékař*, 2010, 12/2010. ISSN 0032-6739.
55. Rasismus, xenofobie a multikulturní tolerance: Co je xenofobie? *Multikultura* [online]. Sedukon, 2015 [cit. 2017-01-16]. Dostupné z: <http://www.multikulturazlin.cz/l.php?id=7>
56. Rasismus, xenofobie a multikulturní tolerance: Co je xenofobie? *Multikultura* [online]. Sedukon, 2015 [cit. 2017-01-16]. Dostupné z: <http://www.multikulturazlin.cz/l.php?id=8>

57. FRA a EUROPEAN AGENCY FOR FUNDAMENTAL RIGHTS. *Towards more effective policing: understanding and preventing discriminatory ethnic profiling : a guide*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2010. ISBN 9789291924899.
58. PREISSOVÁ KREJČÍ, Andrea. *Multikulturalismus - ztracené paradigma?*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014. ISBN 978-80-244-4134-4.
59. BURYÁNEK, JAN. *Interkulturní vzdělávání: příručka nejen pro středoškolské pedagogy*. Praha: Člověk v tísni v nakladatelství Lidové noviny, 2002. ISBN 978-80-710-6614-9
60. INTEGRACE CIZINCŮ V ČR: Integrovaná politika, Koncepce a Zpráva. *Cizinci v České republice* [online]. MPSV, 2015 [cit. 2017-01-17]. Dostupné z: <http://cizinci.cz/cs/2018-integracni-politika-koncepce-zprava>
61. Migrace do Česka je převážně pracovní. *ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD* [online]. ČSÚ, 2017 [cit. 2017-01-18]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/migrace-do-ceska-je-prevazne-pracovni>
62. Zpráva o situaci v oblasti migrace a integrace cizinců na území České republiky v roce 2015. *MINISTERSTVO VNITRA ČESKÉ REPUBLIKY* [online]. Praha: Ministerstvo vnitra České republiky 2017, 2016 [cit. 2017-01-18]. Dostupné z: <http://www.mvcr.cz/clanek/migracni-a-azylova-politika-ceske-republiky-470144.aspx?q=Y2hudW09NA%3D%3D>
63. Menšiny - základní informace. *NÁRODNÍ INFORMAČNÍ CENTRUM PRO MLÁDEŽ* [online]. NICM, 2015 [cit. 2017-01-18]. Dostupné z: <http://www.icm.cz/mensiny-zakladni-informace>
64. SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2007. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1733-3.
65. Zákon č. 273/2001 Sb., o právech příslušníku národnostních menšin a o změně některých zákonů. In: Sbirka zákonů. 2. 8. 2001. ISSN 1211-1244.
66. *The ICN Code of Ethics for Nurses*. Geneva: ICN, 2012. ISBN: 978-92-95094-95-6
67. HALAMOVÁ, Veronika. *Člověk, jednání, společnost: sociologický přístup v transkulturní komunikaci*. Ostrava: Moravapress, 2013. ISBN 978-80-87853-02-3.
68. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče a respektování jejich transkulturní/multikulturní odlišnosti*. In: Trendy

- v ošetrovatelství II. Ostrava: Ostravská univerzita, 2003, str. 66 – 71. ISBN 80-7042-341-2.
69. HLADÍK, Jakub. *Determinanty autoregulace* interkulturního učení. In: Hrbáčková HRBÁČKOVÁ, Karla a kol. Kognitivní a nonkognitivní determinanty rozvoje *autoregulace* učení studentů. Brno: Paido, 2010, str. 101 – 112. ISBN 978-80-7315-214-7.
70. ROLANTOVÁ, Lucie. Respektování zvyklostí a rituálů při ošetrování minorit. České Budějovice, 2012. Disertační práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Valérie Tóthová.
71. Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. *MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY* [online]. Praha: MZČR, 2014 [cit. 2017-02-07]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/verejne/dokumenty/zdravi-2020-narodni-strategie-ochrany-a-podpory-zdravi-a-prevence-nemoci_8690_3016_5.html
72. REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 2009. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3006-6.
73. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 407 s. ISBN 80-7367-040-2
74. Data - zdravotní péče. *ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD* [online]. ČSÚ, 2016 [cit. 2017-02-26]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/cizinci/data-zdravotni-pece#cr>
75. GRAČKO, Martin. *Muž v profesi sestry*. Sestra, 2012, 1/2012. ISSN 1210-0404.
76. TÝLEOVÁ, Tereza. *Porovnání interkulturních kompetencí ošetrovatelského personálu v ČR a německy mluvících oblastech*. České Budějovice, 2016. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Vlastimila Ptáčnicková.
77. Anzahl der Ausländer in Deutschland nach Herkunftsland in den Jahren 2014 und 2015. *STATISTA: Das Statistik-Portal* [online]. Statista, 2017 [cit. 2017-03-17]. Dostupné z: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1221/umfrage/anzahl-der-auslaender-in-deutschland-nach-herkunftsland/>
78. *Příručka pro snadnější porozumění – my a cizinci*. Olomouc: Centrum pro integraci cizinců, 2015. ISBN 978-80-905526-2-3.
79. SLANINOVÁ, Iveta. *Rasismus a xenofobie z pohledu gymnaziálních studentů*. Brno, 2006. Diplomová práce. Masarykova univerzita v Brně, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Ivan Holý.

80. HEJDUKOVÁ, Kristina. *Kulturní odlišnosti v poskytování ošetrovatelské péče*. Plzeň, 2015. Diplomová práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Jana Kocurová.
81. ZELINKA, Patrik. *Všeobecný ošetrovatel ve zdravotnictví*. Plzeň, 2012. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Zuzana Jandíková.

SEZNAM ZKRATEK

WHO (World Health Organization) = Světová zdravotnická organizace

ICN (International Council of Nurses) = Mezinárodní rada sester

EU = Evropská unie

NLZP = nelékařská zdravotnická povolání

ČSÚ = Český statistický úřad

SEZNAM GRAFŮ A TABULEK

Zdroj: Všechny uvedené tabulky i grafy jsou vlastní

Histogram 1: Délka praxe respondentů z ČR...	47	Graf/tabulka 7: Obtížnost komunikace...	71
Histogram 2: Délka praxe respondentů ze SRN...	48	Graf/tabulka 8: Zájem o informace...	72
Graf úvodní 1,2: Odd. respondentů...	49	Graf/tabulka 9: Spolupráce...	73
Graf úvodní 3: Dosažené vzdělání českých respondentů...	52	Graf/tabulka 10: Nedorozumění...	74
Graf úvodní 4,5: Místo původu respondentů...	53	Graf/tabulka 11: Zájem o tradice...	75
Graf úvodní 6, 7: Etnické menšiny...	55, 56	Graf/tabulka 12: Nezaujatost...	76
Graf úvodní 8, 9: Problém při ošetřování pacientů...	57, 58	Graf/tabulka 13: Nadřazenost...	77
Graf úvodní 10: Komunikační problémy...	59	Graf/tabulka 14: Disciplinovanost...	78
Graf úvodní 11: Komunikační podpora...	61	Graf/tabulka 15: Obtížnost péče...	79
Graf úvodní 12: Transkulturní vzdělávání...	62	Graf/tabulka 16: Nedorozumění v péči...	80
Graf úvodní 13, 14: Návrhy na zlepšení péče...	63, 64	Graf/tabulka 17: Pochopení potřeb...	81
Graf/tabulka 1: Pracovní podmínky...	65	Graf/tabulka 18: Vzdělávání...	82
Graf/tabulka 2: Rovnost...	66	Graf/tabulka 19: Diskuze o problematice...	83
Graf/tabulka 3: Kontrola...	67	Graf/tabulka 20: Sestavení týmu...	84
Graf/tabulka 4: Obviňování...	68	Graf/tabulka 21: Pacient x zdravotník...	86
Graf/tabulka 5: Informovanost...	69	Graf/tabulka 22: Rodina x zdravotník...	86
Graf/tabulka 6: Zajímavost práce...	70	Grafické znázornění – hypotéza 1...	87, 88
		Grafické znázornění – hypotéza 2...	89
		Grafické znázornění – hypotéza 3...	90, 91
		Grafické znázornění – hypotéza 4...	92
		Tabulka 23: Shrnutí rozhovorů...	96

SEZNAM PŘÍLOH

1. Pojmy související s transkulturním ošetřovatelstvím.
2. Křivka ve tvaru písmene dvojité „U“.
3. Souhlas s provedením výzkumu ve FN Plzeň.
4. Souhlas s provedením rozhovoru – sestra z ČR.
5. Přepis rozhovoru – sestra z ČR.
6. Přepis rozhovoru – sestra ze SRN.
7. Dotazník pro české respondenty
8. Dotazník pro německé respondenty

PŘÍLOHA č. 1 – Pojmy související s transkulturním ošetřovatelstvím.

Akultura – psychosociální proces, který probíhá v situacích, kdy se dostávají do dlouhodobého kontaktu příslušníci dvou nebo více kulturních společností.

Antropologie – vědecké studium lidstva, jeho minulosti a současnosti.

Asimilace – postupné včleňování jednoho etnika a jeho kultury do jiné kultury tak, že znaky původní kultury se ztrácejí a jsou nahrazovány znaky dominantní, přejímané kultury.

Azylant – cizinec s přiznanou mezinárodní ochranou ve formě azylu nebo mezinárodní ochrany.

Diskriminace – stav, kdy jsou jedné skupině odírána práva a příležitosti na základě rasových, náboženských, jazykových etnických a jiných důvodů.

Enkultura – proces začleňování jedince do kultury.

Etický kodex – psaný dokument upravující pravidla profesionální práce v různých profesích; etické kodexy mají různou míru závažnosti.

Etnicita - souhrn vlastností či znaků vymezujících etnikum - vzájemně provázaný systém kulturních, rasových, jazykových, historických a jiných osudů a představ o společenském původu, působících v interakci a formujících etnické vědomí člověka a jeho etnickou identitu.

Etnická příslušnost - sounáležitost jednotlivce s etnickým společenstvím na základě objektivních a subjektivních komponentů jeho etnicity.

Etnická skupina - označení sociální skupiny, která žije uvnitř většího kulturního a sociálního celku a vykazuje specifické etnické rysy.

Etnické vědomí, etnická identita – vědomí sounáležitosti s určitou etnickou skupinou na základě společně sdílených objektivních komponentů etnicity nebo rodového původu.

Etnikum - souhrn jedinců sdílejících společnou etnicitu. Synonymum pro etnickou skupinu, národ a kmen.

Gender – soubor způsobů, jakými jsou příslušníci mužského a ženského pohlaví vnímáni, hodnoceni a jaké chování se od nich očekává.

Kultura – schopnosti, představy a formy chování, které si lidé osvojili jako příslušníci společnosti.

Kulturní adaptace – výsledek snah lidské populace přizpůsobit se podmínkám konkrétní společnosti.

Kulturní etnocentrismus - tendence poznávat, hodnotit a interpretovat okolní svět jen z perspektivy kultury vlastního společenství.

Kulturní pluralita - princip, podle něhož se uznává, že jednotlivá společenství mají své specifické kultury, které je nutno považovat za zcela rovnocenné.

Kulturní relativismus ad. 1 – přístup, který předpokládá, že jednotlivé kultury představující jedinečné a neopakovatelné sociokulturní systémy, které je možno popsat a pochopit pouze v kontextu jejich vlastních hodnot, norem a idejí.

Kulturní relativismus ad 2 – přístup ke kulturní diverzitě, který zdůrazňuje, že jednotlivé kultury nelze hodnotit podle univerzálních standardů.

Kulturní šok – reakce na přechod do z jednoho kulturního prostředí do jiného.

Kulturní vzory - naučená a závazná schémata pro jednání v různých situacích, navenek vystupujících v podobě mravů, obyčejů, zákonů a tabu.

Menšina - vymezená skupina osob, jež se odlišuje od okolní "většinové" společnosti a obvykle se i sama jako skupina chápe.

Multikulturalismus – harmonické soužití odlišných kulturních a etnických skupin ve společnosti.

Multikulturní výchova – vzdělávání; snaha naučit se zacházet s odlišností a seznamovat se s rozmanitostí různých kultur, jejich tradicemi a hodnotami.

Národ - soubor osob se společným jazykem, společnou historií, tradicí, zvyky, společným územím a národním hospodářstvím. V politickém smyslu je národ soubor občanů určitého státu, tedy soubor osob se státní příslušností tohoto státu.

Národnost - příslušnost k určitému národu nebo etniku.

Národnostní menšina – skupina obyvatel státu, tvořící menšinu v nedominantní pozici uvnitř státu, disponující etnickými, náboženskými nebo jazykovými charakteristikami, které jsou odlišné od charakteristik většiny obyvatel.

Předsudky - komplex v podstatě nezdůvodněných postojů a stanovisek, které si lidé osvojují nenápadně pod vlivem prostředí.

Rasa - skupina lidí, kterou spojuje dlouhodobý společný vývoj, v jehož průběhu se vlivem rozdílného prostředí vytvořily shodné morfologické a fyziologické znaky.

Rasismus – ideologie předpokládající fyzickou a duševní nerovnost lidských plemen (ras) a rozhodující vliv odlišností na dějiny a kulturu lidstva.

Socializace – proces začleňování jedince do společnosti, do sociální skupiny.

Sociokulturní antropologie – oblast antropologie, která se systematicky věnuje studiu sociokulturních systémů v čase a prostoru.

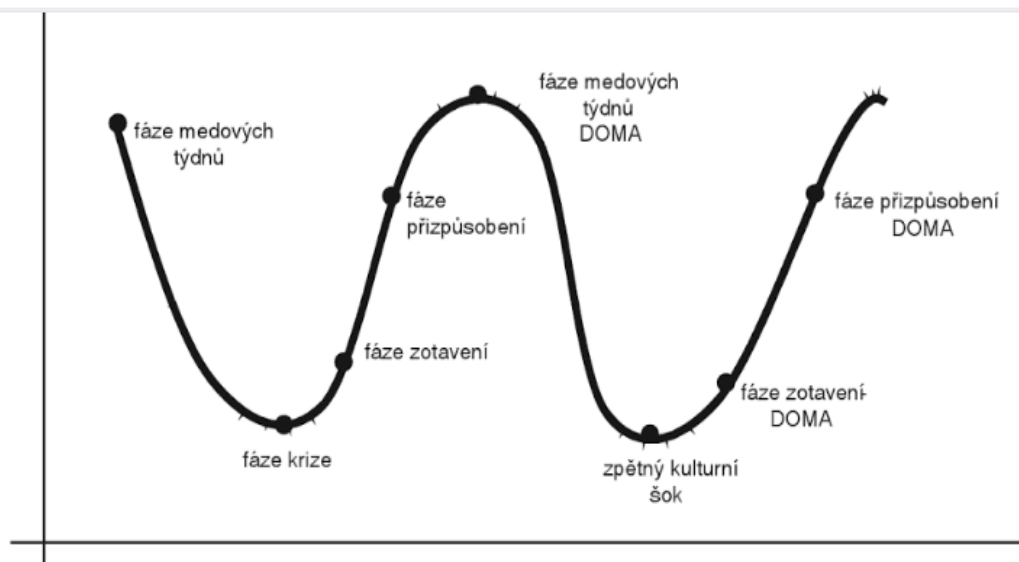
Společnost – souhrn vztahů mezi jedinci, kteří obývají relativně stále území a jsou nositeli vlastní kultury.

Stereotypy – šablonovité způsoby vnímání a posuzování; nejsou produktem přímé zkušenosti individua, jsou přebírány a udržují se tradicí.

Uprchlík – osoba nacházející se mimo svou vlast; má oprávněné obavy před pronásledováním z důvodů rasových, náboženských nebo národnostních nebo z důvodů příslušnosti k určitým společenským vrstvám nebo i zastávání určitých politických názorů.

Xenofobie – strach z toho, co přichází z ciziny, z cizího prostředí, mimo vlastní sociální útvar.

PŘÍLOHA č. 2 – Křivka ve tvaru písmene dvojité „U“



Obr. 2 Fáze kulturního šoku – křivka popisovaná jako dvojité „U“

PŘÍLOHA č. 3 – Souhlas s provedením výzkumu ve FN Plzeň.

Vážená paní

Kristýna Průšová

Studentka oboru Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech

Fakulta zdravotnických studií - Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Západočeská univerzita v Plzni

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň **uděluji povolení** ke sběru dat pomocí dotazníku určeného všeobecným sestřám, pracujícím na níže uvedených pracovištích FN Plzeň:

- *Kliniky – II. interní, gynekologicko-porodnická, chirurgická, ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí.*
- *Centrální příjem Lochotín*

Vaše šetření budete provádět – za níže uvedených podmínek - v souvislosti s vypracováním Vaší diplomové práce na téma „*Transkulturní problematika v současném ošetrovatelství*“.

Podmínky, za kterých Vám bude umožněna realizace Vašeho šetření ve FN Plzeň:

- Vrchní sestry oslovených pracovišť souhlasí s Vaším šetřením.
- Osobně povedete svoje šetření.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického plánu FN Plzeň. Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění.
- Po zpracování Vámi zjištěných údajů **poskytnete Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň** závěry Vašeho šetření na níže uvedený e-mail, nejpozději k datu vaší obhajoby a budete se aktivně podílet na případné prezentaci výsledků Vašeho šetření na vzdělávacích akcích pořádaných FN Plzeň.

Toto povolení nezakládá povinnost zdravotnických pracovníků s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráce s Vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců, jejich soukromí či pokud by spolupráci s Vámi zaměstnanci pocítovali jako újmu. Účast zdravotnických pracovníků na Vašem šetření je dobrovolná.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

*Mgr. Bc. Světluše Chabrová
manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP
zástupkyně náměstkyně pro oš. péči*

*Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň
tel.: 377 103 204, 377 402 207
e-mail: chabrovas@fnplzen.cz*

3. 11. 2016

PŘÍLOHA č. 4 – Souhlas s provedením rozhovoru – sestra z ČR.

NÁZEV DIPLOMOVÉ PRÁCE:

Transkulturní problematika v současném ošetrovatelství.

STUDENTKA

Jméno: Kristýna Průšová

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

E-mail: PrusovaKristyna@seznam.cz

CÍL PRÁCE

Cílem je napsat kvantitativně-kvalitativní odbornou práci. Hlavním cílem výzkumu bude zmapovat povědomí a přijetí diverzity v souvislosti s poskytováním transkulturní péče u zdravotníků.

Bude s Vámi proveden rozhovor a bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem. Záznamy budou ihned po kompletaci práce vymazány. Rozhovor může být použit při prezentaci studie, ale data budou vždy anonymní. Vaše identita zůstane skryta. Účast na šetření je dobrovolná. Spolupráci můžete z vlastní vůle kdykoliv ukončit.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já

souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že nebudu ve studii identifikována.

V

Datum.....

Podpis účastnice výzkumu:.....

Zdroj: vlastní

PŘÍLOHA č. 5 – Přepis rozhovoru – sestra z ČR.

VŠEOBECNÁ SESTRA Z ČR, INTENZIVNÍ PÉČE (ODD. ARO)

NEMOCNICE KRAJSKÉHO TYPU

Úvodní část:

Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

20 let.

Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Bc vzdělání.

Jaké jste národnosti?

České.

Setkáváte se ve své práci s cizinci?

Ano, personál (Ukrajinky) i pacienti (Němci, Egypťanky, Ukrajinky, Slováci, Rakušáci, Francouzi – včetně rodinných příslušníků.

Je pro vás zajímavý kontakt s člověkem jiné národnosti/etnika?

Zajímavý je, ale je i hrozně náročný... Důležitá je tam jazyková bariéra a hlavně u nás je ten pacient v nějakém těžkém zdravotním stavu. Takže ta vzájemná komunikace je velmi omezená.

Ano. A pokud se nemůžete dorozumět, tak čím tu komunikaci podporuje? Využíváte na odd. nějakou komunikační podporu?

Máme tlumočníka, kterého si můžeme zavolat. Když u nás byl hospitalizovaný Francouz, tak jsme měli možnost 24 hodin. U Vietnamců, Poláků jsme to tak také měli. Ale je pravda, že mi potřebujeme komunikovat v podstatě kontinuálně. Tedy pokud se jedná o nějaké zásadní informace, např. když je přítomna rodina, tak tlumočnick je přítomen. Ale pokud se jedná o běžnou komunikaci během 24 hodin, tak tehdy si musíme vystačit s tabulkou, se slovníkem, nebo s někým, kdo nějaký jazyk ovládá.

Druhá část – vzdělávání:

Považujete vzdělávání zdravotníků v transkulturní péči za důležité?

Určitě ano

A kdy jste se poprvé vy sama s tímto vzděláváním setkala?

Až při studiu bakalářského programu na vysoké škole. Nepamatuji se, že bychom taková témata na střední škole řešili.

Vaše pracoviště vám nabízí nějakou formu vzdělávání v této oblasti?

No, možná, že nabízejí, ale nevím o tom. Ale existuje standard zabývající se péčí o pacienta cizince, to ano.

Dobrá, děkuji. Ještě by mě zajímalo, jestli si myslíte, že stačí jednou dostat teoretický základ a ostatní „se uvidí“ stejně až v praxi (u konkrétního P) nebo je potřeba stále znovu a znovu hledat nové informace?

Myslím, že je stále potřeba hledat nové informace. Protože když porovnáám začátek své praxe a současnost, tak dříve tady tolik cizinců nebylo, v současné době jich ošetřujeme daleko více. Ale mění se i složení těch cizinců, kteří k nám přicházejí. Takže bychom měli poznávat i ty jejich kultury.

Ano, takže vy sama přikládáte význam tomu si aktivně zjišťovat nové informace?

Ano.

Jak myslíte, že k tomuto vzdělávání přistupují české sestry? (z obecného hlediska)

Já myslím, že je o dobré. U nás, když se s těmi pacienty setkáváme, tak se vesměs shodneme na tom, že máme obrovskou jazykovou bariéru, ale na druhou stranu se všichni strašně moc snažíme s těmi lidmi komunikovat. My máme např. zapnutý Google překladač a komunikujeme „rukama a nohama“, verbálně, neverbálně, s pomocí tabulek... Opravdu se snažíme. Poté, když přijde rodina pacienta, tak si myslím, že i oni oceňují tu naši snahu a my se dozvídáme ohledně těch pacientů strašně moc a nás to obohacuje. Takže já si myslím, že vždycky je pro nás tohle zajímavé jednak z hlediska ošetrovatelské péče, ale i z hlediska lidského.

Třetí část – osobní zkušenost:

Máte zkušenost s prožíváním nějakých negativních pocitů v souvislosti s péčí o pacienty jiných národů/ etnik?

S nepříjemnými pocity asi ani ne... Snad jednou, když jsme měli na odd. Egypt'anku, tak jsem byla hodně nejistá, protože jsem vůbec nevěděla, jakým způsobem ona přijímá mne. Např. jestli já ji svým postojem, svými postupy, výkony nějakým způsobem neohrožuji, ale to myslím spíše duševně, psychicky. Protože výkony jako takové se dělají svým způsobem asi všude stejně. Ale já jsem neznala tu jejich kulturu, takže já třeba v dobré víře jsem prováděla všechno a komunikovala tak jako Čech. Pro ni to mohlo být úplně nepříjemné, ale já nedovedu posoudit, zda to tak bylo nebo ne, protože ona mi samozřejmě tu zpětnou vazbu nedala.

V jakých jiných situacích u vás ještě dochází ke komunikačním problémům?

U nás nejčastěji když se pacienti probírají z bezvědomí. Oni nevědí, kde jsou. Jsou v cizí zemi, na lůžku, o kterém ani neví, jak se tam ocitli. Možná si ani nepamatují, proč se jim to stalo. Takže tam je jazyková bariéra asi ve všech situacích.

A přijímáte takové pacienty všechny stejným způsobem? Cítíte u sebe toleranci k odlišnému chování pacientů z jiných národů a etnik?

Pokud je to člověk, kterému se stane nějaké náhlé onemocnění, např. úrazem, tak samozřejmě tam tu toleranci mám. V okamžiku, kdy ale zjistím, že se jedná o cizince, který je bezdomovec, neplatí zdravotní pojištění, který si za to může sám, nebo třeba roznáší TBC, tak tam se přiznám, že ta tolerance je nižší. O hodně nižší.

Jsou nějaké potíže, které vám přijdou, že jsou specifické pro pacienty z jiných kultur a u našich českých pacientů se tolik nevyskytují?

To asi ne. Ani ohledně stravy. Nic jsem nezaznamenala.

Když se vrátíme – uvedla jste, že se setkáváte se zdravotníky jiných kultur. Jak spolu vycházíte? Jaký je vztah mezi takovým smíšeným personálem?

U nás pracuje lékař, který je z Izraele. Já ho vnímám dobře. Je pravda, že má takovou jinou národu. Ale on se zase snaží přizpůsobovat nám. Dobře se s ním spolupracuje. A když k nám přijdou nějaké Ukrajinky, tak s nimi se mi také dobře spolupracuje. Ony tím, že tady žijí a pracují, tak se hodně přizpůsobily naší kultuře a akceptují ji. Komunikace s nimi je úplně perfektní. Jedna mluví úplně plynule česky. Druhá, když k nám nastoupila, tak neuměla téměř nic a během půl roku se naučila naše výrazy. Je i úsměvné, když používá náš slang a někdy ani možná neví přesný význam. A co se týče stravy, ty Ukrajinky o Vánocích bylo fajn, oni jsou pravoslavní, takže slaví 6. ledna – nicméně bylo hezké, když u nás 24. prosince jim naše sestřičky nosily naše cukroví, náš salát, řízek. Takže ony vidí, jak ta kultura probíhá u nás. Pak když ony jedou na Ukrajinu, tak dvakrát ročně, tak ony nám přivezou ochutnat zase jejich cukrovinky, něco pro ně specifického. Takže mi i tímto poznáváme v práci cizí kultury.

To je moc hezké. Přijde Vám osobně tedy vhodné, aby se sestavoval ošetrovatelský tým z lidí různých národů/etnik? Jako prevence interkulturních problémů mezi lidmi?

To nedokážu vůbec posoudit, protože tam je ta jazyková bariéra. Nemyslím si, že by to byl problém etnika, že kdyby tady pracovala třeba Polka, Ukrajinka, která by ale dobře uměla česky a nějakou dobu tady žila, tak si nemyslím, že by mně vadilo, že mě ošetřuje. Ale pokud by měla přijít z ciziny jen na výpomoc a ta jazyková bariéra tady byla, jakože by určitě byla obrovská, tak tam si myslím, že by mohlo dojít k nedorozumění. K chybě v porozumění významu slov a tam by se to odvíjelo od chyb v péči.

Tedy největší problém je v jazykové bariéře?

Ano

Setkala jste se někdy s diskriminací na základě etnické odlišnosti ve zdravotnictví?

Možná Romové.

Jakým způsobem zjišťujete potřeby pacientů s jinými kulturními zvyklostmi – aktivní zjišťování, přes rodinu?

Nejprve přes toho pacienta, ale pak si to samozřejmě ověřuji ještě přes rodinu.

Máte nějaký návrh, který by přispěl ke zkvalitnění ošetrovatelské péče o pacienty cizince?

Učit se jazyky. Alespoň dva. Je pravda, že i cizinci se učí jazyky. Takže potom, domluvit se anglicky, německy, to je základ.

PŘÍLOHA č. 6 – Přepis rozhovoru – sestra ze SRN.

Erste Teil - Patienten aus anderen Ländern:

Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

5 a půl roku.

Jakou jste navštěvovala školu?

Krankenpflegeschule. (Tříletý obor pro vzdělávání zdravotních sester v Německu, zakončen státní zkouškou.)

Na jakém pracujete oddělení?

Pracuji na interním oddělení – na iktové jednotce – setkávám se tedy převážně s pacienty, kteří utrpěli mozkovou mrtvicí.

Jaké jste národnosti?

Pocházím z Německa.

Je pro vás zajímavý kontakt s člověkem jiné národnosti/etnika?

Ano, přijde mi zajímavé setkávat se s lidmi z jiných kultur.

A s jakými lidmi, tedy odkud, přicházíte nejčastěji do kontaktu?

U nás na oddělení se nejčastěji setkáváme asi s lidmi z Ruska a z Polska. Ale nejen s nimi, potkáváme i mnoho dalších národností.

Je komunikace s nimi v něčem odlišná? Pokud ano, v čem nejvíce?

Ano, pokud je mezi námi přítomna jazyková bariéra, tak je komunikace často dost obtížná. Nejvíce asi při přípravě na různá vyšetření. Anebo při léčbě...

Ale snažíme se domluvit rukama nohama a vždycky to nějak zvládneme.

Ano, rukama nohama to jde vždy. A máte na oddělení k dispozici nějakou komunikační podporu?

Ano máme. Ale především u nás máme lékaře a ošetřující personál ze zahraničí. Jejich využití je rychlejší a efektivnější než hledat slova v překladači. Když je potřeba, tak si pozveme překladatele.

Zweite Teil – die Ausbildung:

Nabízí vaše pracoviště možnost vzdělávání se v transkulturním ošetrovatelství?

Nenabízí.

Aha, to je škoda... A považujete toto vzdělávání za důležité? Uvítala byste tu možnost?

Ano, myslím, že by to bylo přínosné...

Kdy jste se poprvé vy sama s touto výukou setkala?

Vlastně jsem se přímo s výukou zaměřenou na péči o lidi jiných kultur zatím nesetkala. Ani ve škole, ani formou nějakého kurzu potom.

Myslíte si, že je potřeba stále znovu a znovu hledat nové informace o multikulturní péči?

Ano.

Jak myslíte, že k tomuto vzdělávání přistupují sestry v Německu? (z obecného hlediska)

50% to považuje za dobré a 50% za nepodstatné. Já si ale myslím, že je to vhodné.

Dritte Teil – persönliche Erfahrung:

Máte zkušenost s prožíváním nějakých negativních pocitů v souvislosti s péčí o pacienty jiných národů/ etnik?

Ano. Já osobně nemám ráda nezaměstnané azylanty.

Máte u sebe potřebu hledat toleranci k odlišnému chování pacientů z jiných kultur?

Myslím si, že jsem k lidem docela dost tolerantní. Jen musím být občas opatrná v některých zvláštностech, např. aby muslimové nedostávali k jídlu vepřové maso.

Jsou nějaké potíže, které jsou kulturně specifické a u německých pacientů se tolik nevyskytují?

Přímo potíže... Vlastně asi ne. O ničem nevím.

Setkala jste se někdy ve zdravotnictví s diskriminací na základě etnické odlišnosti?

Ne, nesetkala.

Uvedla jste, že se setkáváte se zdravotníky jiných kultur. Jak spolu vycházíte? Jaký je mezi vámi vztah?

Ano, kolegyně jsou z Polska a také z Ruska. A máme mezi sebou velmi dobré vztahy.

Byla byste tedy pro to, aby se v rámci prevence interkulturních problémů mezi lidmi, sestavoval ošetrovatelský tým z lidí různých národů/etnik?

Ano, ale jen částečně. Příliš mnoho zahraničních pracovníků také není příliš ideální.

Máte nějaký návrh, který by přispěl ke zkvalitnění ošetrovatelské péče o pacienty cizince? Když už jsou v Německu, měli by se naučit německy.

PŘÍLOHA č. 7 – Dotazník pro české respondenty

Dotazník pro posouzení povědomí a přijímání různorodosti na odděleních.	
Milý respondente, prosím Vás o vyplnění krátkého dotazníku. Studuji navazující magisterský program na Fakultě zdravotnických studií v Plzni. Žádám Vás o spolupráci na výzkumu, jehož cílem je odhalit rozdíly v přístupu k etnickým menšinám. Vyplněním dotazníku souhlasíte se zpracováním dat níže uvedených.	
Máte-li dotazy související s výzkumným šetřením, kontaktujte mě na e-mailové adrese: PrusovaKristyna@seznam.cz	
Mnohokrát děkuji za Váš čas!	
Setkáváte se na svém pracovišti s lidmi jiného než českého původu? (personál, pacient):	Volba ANO → Prosím, pokračujte ve vyplňování dále Volba NE → Prosím, nepokračujte ve vyplňování dotazníku
Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?	
Na jakém oddělení pracujete?	
Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?	
Z jakého státu pocházíte? *nepovinné pole	
S jakými etnickými menšinami se nejčastěji setkáváte?	
V čem shledáváte největší problém při ošetrování pacientů z jiných kultur?	
Dochází u Vás kvůli etnické odlišnosti ke komunikačním problémům? Pokud ano, jak často a v jakých situacích?	
Máte k dispozici nějakou komunikační podporu? (např. překladatele, el. překladáč, piktoagramy...)	
Nabízí Vaše pracoviště vzdělávání zabývající se transkulturní problematikou?	
Máte nějaké návrhy, které by přispěly ke zkvalitnění ošetrovatelské péče o pacienta cizince?	

Vaši odpověď zakroužkujte.		Naprosto soubhlasím	Spíše soubhlasím	Neutrální postoj	Spíše nesoubhlasím	Naprosto nesoubhlasím
1. ROVNOPRÁVNOST NA PRACOVÍŠTI						
Všechny všeobecné sestry mají stejné pracovní podmínky bez ohledu na jejich původ.	1	2	3	4	5	
Všechny všeobecné sestry jsou si rovny bez ohledu na jejich původ.	1	2	3	4	5	
Myslím si, že kolegové jiného než českého původu jsou vystaveni vyšší kontrole.	1	2	3	4	5	
Myslím si, že kolegové jiného než českého původu jsou častěji obviňováni, když udělají chybu.	1	2	3	4	5	
Kolegové jiného původu mají stejný přístup k informacím o důležitých otázkách jako kolegové s českým původem.	1	2	3	4	5	
2. INTERAKCE MEZI ZAMĚSTNANCI						
Připadá mi zajímavé pracovat s lidmi odlišného původu.	1	2	3	4	5	
Připadá mi obtížnější komunikovat s kolegy jiného původu než mám já.	1	2	3	4	5	
Mám zájem zjišťovat si nové informace o životě lidí z jiných etnických skupin.	1	2	3	4	5	
Přeráží spíše spolupráci se zaměstnanci českého původu.	1	2	3	4	5	
Myslím si, že u kolegů jiného než českého původu, se častěji vyskytují různá nedorozumění a chyby.	1	2	3	4	5	
Osoby jiného než českého původu nemají zájem o místní hodnoty, postoje a tradice.	1	2	3	4	5	
3. POSTOJE PŘI PRÁCI S LIDMI						
Myslím si, že lidé českého původu jsou nezaujatí v posuzování hodnot a postojů menšin, které zde žijí.	1	2	3	4	5	
Pozorují u lidí českého původu postoj nadřazenosti vůči lidem jiné národnosti.	1	2	3	4	5	
4. POSTOJE K PACIENTŮM						
Je pro mě obtížnější uspokojovat potřeby pacientů z jiných kultur.	1	2	3	4	5	
V péči o pacienty jiného původu se vyskytují častěji nedorozumění.	1	2	3	4	5	
Je pro mě jednodušší pochopit, co pacienti od péče očekávají, pokud pocházejí ze stejného prostředí jako já.	1	2	3	4	5	

Vaši odpověď zakroužkujte.		Naprosto souhlasím	Spíše souhlasím	Neutrální postoj	Spíše nesouhlasím	Naprosto nesouhlasím
5. KOMUNIKACE A VZDĚLÁVÁNÍ						
Myslím si, že vzdělávání personálu v transkulturní komunikaci je přínosné.	1	2	3	4	5	
Považuji za důležité pravidelně diskutovat o problematice transkulturního ošetrovatelství.	1	2	3	4	5	
Myslím si, že je vhodné předcházet komunikačním problémům prostřednictvím vhodného sestavení oše. týmu ze zaměstnanců odlišných kultur.	1	2	3	4	5	
6. INTERAKCE MEZI PACIENTEM A PERSONÁLEM						
Pacienti jednájí se zdravotníky z jiných kultur hůře než se zdravotníky se stejným původem.	1	2	3	4	5	
Rodiční příslušníci pacientů jednájí se zdravotníky z jiných kultur hůře než se zdravotníky se stejným původem.	1	2	3	4	5	

Zdroj: vlastní + dotazník: Posouzení povědomí a přijetí diversity ve zdravotnických zařízeních; Emami, Safipour, 2013

Velice děkuji za vyplnění dotazníku!

PŘÍLOHA č. 8 – Dotazník pro německé respondenty

Fragebogen für die Beurteilung der Bekanntheit und Akzeptanz von Vielfalt auf den Stationen

Liebe Befragte,

ich möchte Sie bitten, einen kurzen Fragebogen auszufüllen.

Ich studiere das Masterstudium an der Fakultät für Pflege- und Gesundheitswissenschaften in Pilsen.

Ich bitte Sie um Ihre Mitarbeit in der Forschung, deren Ziel ist, die Unterschiede der ethnischen Minderheiten zu entdecken.

Der Fragebogen ist anonym. Durch die Erfüllung stimmen Sie der Verarbeitung der gesammelten Daten zu.

Er ist nur für Informationen notwendig, die ich in meiner wissenschaftlichen Arbeit ausnutzen werde.

Wenn Sie Fragen haben, kontaktieren Sie mich bitte unter der E-Mail-Adresse:

PrusovaKnstyna@seznam.cz

Vielen Dank für Ihre Zeit!

Wie lange arbeiten Sie schon im Gesundheitswesen?	
Auf welcher Station arbeiten Sie?	
Aus welchem Heimatland kommen sie? (Kein pflicht Füllung)	
Welche ethnische Minderheiten begegnen Sie am öftesten?	
Ist die Kommunikation mit Patienten aus anderen Ländern etwas anderes? Wenn ja, was?	
Kommt es bei Ihnen wegen der ethnischen Unterschiede zu Kommunikationsproblemen? Wie oft und in welchen Situationen?	
Haben Sie zur Verfügung die Kommunikationsunterstützung ? (z.B. Übersetzer, einelektronischer Übersetzer, Piktogramme ...)	
Bietet Ihnen die Abteilung eine Ausbildung in der transkulturellen Pflege an?	
Haben Sie irgendwelche Vorschläge, die zur Verbesserung der Qualität der Pflege um die fremde Patienten beitragen könnten?	

Bitte kreuzen Sie Ihre Antwort.					
	Ich stimme herzlich zu	Ich stimme eher zu	Ich weiß nicht	Ich stimme eher nicht zu	Ich stimme überhaupt nicht zu
Mitarbeiter haben die gleichen Arbeitsbedingungen unabhängig von ihrer Herkunft.	1	2	3	4	5
Mitarbeiter haben das gleiche Respekt unabhängig von ihrer Herkunft.	1	2	3	4	5
Ich denke, dass die Kollegen mit der nichtdeutschen Herkunft zu einer größeren Kontrolle unterworfen sind.	1	2	3	4	5
Ich denke, dass Kolleginnen der nichtdeutschen Herkunft oft beschuldigt werden, wenn sie einen Fehler machen.	1	2	3	4	5
Die Kollegen der unterschiedlichen Herkunft haben den gleichen Zugang zu Informationen über wichtigen Themen wie die Kollegen mit der deutschen Herkunft	1	2	3	4	5
Ich finde es interessant mit Menschen mit verschiedenen Hintergründen zu arbeiten	1	2	3	4	5
Es ist schwierig, mit Kollegen der unterschiedlichen Herkunft wie ich habe zu kommunizieren	1	2	3	4	5
Ich bin daran interessiert, neue Informationen über das Leben von Menschen aus anderen ethnischen Gruppen zu entdecken.	1	2	3	4	5
Ich bevorzuge die Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern der deutschen Herkunft.	1	2	3	4	5
Ich denke, dass bei den Kollegen mit der nichtdeutschen Herkunft verschiedene Missverständnisse und Fehler häufiger sind.	1	2	3	4	5
Menschen nichtdeutscher Herkunft sind nicht an lokalen Werten, Einstellungen und Traditionen interessiert.	1	2	3	4	5
Ich denke, dass Menschen der deutschen Herkunft in der Beurteilung der Minderheitswerte und Einstellungen unbefangen sind	1	2	3	4	5
Ich merke bei den Menschen mit deutscher Herkunft die Haltung der Überlegenheit gegenüber Menschen anderer Nationalitäten.	1	2	3	4	5
Ich denke, dass die Menschen deutscher Abstammung disziplinierter in Erfüllung der Aufgaben sind.	1	2	3	4	5
Es ist schwierig für mich, die Bedürfnisse von Patienten aus anderen Kulturen zu befriedigen.	1	2	3	4	5
In der Behandlung von Patienten unterschiedlicher Herkunft sind häufiger Missverständnisse.	1	2	3	4	5

Bitte kreuzen Sie Ihre Antwort.					
	Ich stimme herzlich zu	Ich stimme eher zu	Ich weiß nicht	Ich stimme eher nicht zu	Ich stimme überhaupt nicht zu
Es ist einfacher für mich zu verstehen, was Patienten aus Pflege erwarten, wenn sie aus dem gleichen Hintergrund wie ich kommen.	1	2	3	4	5
Ausbildung des Personals in der interkulturellen Kommunikation ist von Vorteil.	1	2	3	4	5
Ich halte es für wichtig, regelmäßig über diesen Problem zu diskutieren.	1	2	3	4	5
Ich denke, es ist sehr gut, Kommunikationsprobleme durch den richtigen Aufbau des Pflegeteams von Mitarbeitern verschiedener Kulturen zu verhindern.	1	2	3	4	5
Ich merke, dass Patienten mit den Betreuern aus anderen ethnischen Gruppen schlechter handeln als mit denen, die die gleiche Herkunft haben.	1	2	3	4	5
Ich merke, dass die Familienmitglieder der Patienten mit den Betreuern aus anderen ethnischen Gruppen schlechter handeln als mit denen, die die gleiche Herkunft haben	1	2	3	4	5