

**Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5**

**ZKUŠENOSTI SESTER V OBLASTI  
MULTIKULTURNÍHO OŠETŘOVATELSTVÍ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**TEREZA PAŘILOVÁ**

**Praha 2016**

**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5**

**ZKUŠENOSTI SESTER V OBLASTI  
MULTIKULTURNÍHO OŠETŘOVATELSTVÍ**

Bakalářská práce

TEREZA PAŘILOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Eva Marková, Ph.D.

Praha 2016



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s.  
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Pařilová Tereza  
3. C VS

**Schválení tématu bakalářské práce**

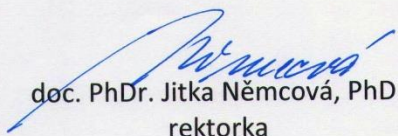
Na základě Vaší žádosti ze dne 11. 12. 2015 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

*Zkušenosti sester v oblasti multikulturního ošetrovatelství*

*Experiences of Nurses in Multicultural Nursing*

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Eva Marková, Ph.D.

V Praze dne: 11. 12. 2015

  
doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.  
rektorka

## PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

.....

*Podpis*

## **PODĚKOVÁNÍ**

Ráda bych touto cestou poděkovala Mgr. Evě Markové, Ph.D. za její cenné rady, inspiraci, ochotu a odborné vedení mé bakalářské práce. Poděkování patří i mé rodině, která mě ve studiu po celou dobu podporovala.

## ABSTRAKT

PAŘILOVÁ, Tereza. *Zkušenosti sester v oblasti multikulturního ošetrovatelství*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Eva Marková, Ph.D. Praha. 2016. 66 s.

Bakalářská práce se zabývá multikulturním ošetrovatelstvím a jeho souvisejícími aspekty. Hlavním cílem je zjistit, jaké mají sestry zkušenosti v oblasti multikulturního ošetrovatelství. Ke zjištění zkušeností sester s ošetrováním pacientů z různých kulturních prostředí je použit dotazník vlastní konstrukce. Soubor tvoří 61 sester z klinické praxe. Výsledky poukazují na fakt, že téměř 97 % sester ze sledovaného souboru má zkušenost s ošetrováním pacientů jiných národností, kultur či etnik, a to nejčastěji s romským etnikem. Během své pracovní kariéry ošetřily v průměru 1–5 pacientů. Své jazykové dovednosti sestry hodnotí spíše negativně. Ze sledovaného souboru by 62 % sester uvítalo školení či semináře, týkající se uvedené problematiky. Multikulturní ošetrovatelství poskytuje vhodnou a účinnou podporu a pomoc ve zdraví a nemoci při respektování specifík každého cizince.

Klíčová slova

Etnikum. Multikulturní/transkulturní ošetrovatelství. Národnost. Sestra. Zkušenosti.

## ABSTRACT

PAŘILOVÁ, Tereza. *Experiences of Nurses in Multicultural Nursing*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: Mgr. Eva Marková, Ph.D. Prague. 2016. 66 pages.

This thesis deals with multicultural nursing and its related aspects. The main objective is to determine what experience nurses have in multicultural nursing. To determine the experience of nursing management of patients with different cultural background a questionnaire of our own design is used. The sample consists of 61 nurses from clinical practice. The results point to the fact that almost 97 % of nurses from this study have experience in treating patients of different nationalities, cultures and ethnic groups, most frequently with the Roma. During their careers they treated 1-5 patients on average. The nurses assessed their language skills rather negatively. 62 % of nurses would welcome courses or seminars related to these problems. Multicultural nursing provides a convenient and efficient support and assistance in health and disease, while respecting the particularity of each foreigner.

Keywords:

Ethnicity. Multicultural/transcultural nursing. Nationality. Nurse. Experiences.

# OBSAH

## SEZNAM TABULEK, GRAFŮ A OBRÁZKŮ

ÚVOD .....	11
1 HISTORICKÝ VÝVOJ TRANSKULTURNÍHO OŠETŘOVATELSTVÍ .....	13
2 MADELEINE LEININGER .....	14
3 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ .....	17
3.1 MULTIKULTURNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ.....	17
3.2 ETNICITA, ETNICKÁ SKUPINA, ETNICKÁ PŘÍSLUŠNOST .....	17
3.3 NÁROD, NÁRODNOST .....	18
3.4 KULTURA, SUBKULTURA, KULTURNÍ ŠOK.....	18
3.5 RASA, RASISMUS.....	19
4 CIZINCI NA ÚZEMÍ ČESKÉ REPUBLIKY .....	21
4.1 SLOVÁCI.....	21
4.2 UKRAJINCI .....	22
4.3 VIETNAMCI.....	22
4.4 RUSOVÉ .....	23
4.5 POLÁCI.....	23
4.6 ROMOVÉ.....	23
5 NEJČASTĚJŠÍ PROBLÉMY V MULTIKULTURNÍ PÉČI.....	25
5.1 MULTIKULTURNÍ KOMUNIKACE.....	27
5.1.1 VERBÁLNÍ KOMUNIKACE .....	27
5.1.2 NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE.....	28
5.1.3 ALTERNATIVNÍ ZPŮSOBY KOMUNIKACE.....	29
5.2 VÝŽIVA V MULTIKULTURNÍM OŠETŘOVATELSTVÍ.....	30
5.3 SPIRITUÁLNÍ POTŘEBY .....	31
6 EDUKACE PACIENTŮ ODLIŠNÉ KULTURY, ETNIKA ČI NÁRODNOSTI. 33	



7 POPIS ZPRACOVÁNÍ PRŮZKUMU .....	34
7.1 PRŮZKUMNÝ PROBLÉM .....	34
7.1.1 PRACOVNÍ HYPOTÉZY .....	34
7.2 METODA SBĚRU DAT .....	35
7.3 ANALÝZA VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU .....	35
7.4 VÝSLEDKY TESTU CHÍ-KVADRÁT .....	54
8 DISKUZE .....	60
ZÁVĚR .....	62
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	64
PŘÍLOHY	

## SEZNAM TABULEK, GRAFŮ A OBRÁZKŮ

Tabulka 1 Počet cizinců na našem území .....	21
Tabulka 2 Věk respondentů .....	36
Tabulka 3 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů.....	37
Tabulka 4 Délka práce ve zdravotnictví.....	38
Tabulka 5 Zkušenosti v ošetřování pacientů jiných národností či kultur.....	39
Tabulka 6 Počet cizinců ošetřených všeobecnými sestrami .....	40
Tabulka 7 Nejčastěji ošetřovaní pacienti odlišných národností či kultur .....	41
Tabulka 8 Schopnost dorozumět se s pacientem jiné národnosti.....	42
Tabulka 9 Cizí jazyk, kterým respondenti hovoří .....	44
Tabulka 10 Důležitost znalosti cizího jazyka.....	45
Tabulka 11 Alternativní způsoby komunikace .....	46
Tabulka 12 Braní ohledů na specifika pacientů jiných národností nebo kultur .....	47
Tabulka 13 Specifikum pacientů – modlitba .....	48
Tabulka 14 Odlišné specifikum pacientů – stravovací návyky.....	49
Tabulka 15 Semináře či školení .....	51
Tabulka 16 Účast na seminářích či školení.....	52
Tabulka 17 Zájem o školení či semináře.....	53
Graf 1 Věk respondentů .....	36
Graf 2 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů.....	37
Graf 3 Délka práce ve zdravotnictví .....	38
Graf 4 Zkušenosti v ošetřování pacientů jiných národností či kultur .....	39
Graf 5 Počet cizinců ošetřených všeobecnými sestrami .....	40
Graf 6 Nejčastěji ošetřovaní pacienti odlišných národností či kultur .....	41
Graf 7 Schopnost dorozumět se s pacientem jiné národnosti .....	43
Graf 8 Cizí jazyk, kterým respondenti hovoří.....	44
Graf 9 Důležitost znalosti cizího jazyka .....	45
Graf 10 Alternativní způsoby komunikace .....	46
Graf 11 Braní ohledů na specifika pacientů jiných národností nebo kultur.....	48

Graf 12 Specifika pacientů – modlitba.....	49
Graf 13 Odlišné specifikum pacientů – stravovací návyky .....	50
Graf 14 Semináře či školení.....	51
Graf 15 Účast na seminářích či školení.....	52
Graf 16 Zájem o školení či semináře .....	53
Obrázek 1 Model vycházejícího slunce M. Leiningerové .....	15

## ÚVOD

*Motto: Pokud mají lidé přežít a žít ve zdravém, pokojném a smysluplném světě, pak musí zdravotničtí pracovníci pochopit jejich různé kulturní přesvědčení, kulturní hodnoty a životní styl, aby byli schopni poskytovat kulturně uzpůsobenou prospěšnou zdravotní péči (Madeleine Leiningerová).*

Česká republika jako mnoho dalších evropských států se za poslední roky stává čím dál vyhledávanějším cílem migrantů z různých koutů světa. Tito lidé se zde usazují se svými rodinami a snaží se zde začít nový život. Snaží se začlenit do naší společnosti, ale chtějí si zachovat své kulturní zvyklosti, což může být v některých oblastech celkem obtížné. S přibývajícím počtem migrantů přibývá i procento cizinců, kteří navštěvují naše zdravotnická zařízení. Proto je důležité, aby sestry dokázaly poskytnout všestrannou multikulturní péči, aby se s pacientem dorozuměly a uspokojily jeho základní potřeby.

Teoretická část práce je zaměřená na charakteristiku multikulturního ošetrovatelství, vymezení základních pojmů týkajících se multikulturního ošetrovatelství, na charakteristiku národnostních menšin na našem území, na problémy, které mohou nastat při ošetrování pacientů jiných národností a stručně na edukaci cizinců.

Hlavním cílem praktické části je zjistit rozsah zkušeností sester v oblasti multikulturního ošetrovatelství a následně zjistit kolik pacientů jiných národností, kultur či etnik sestry ošetrovaly, s jakou odlišnou národností se setkávají nejvíce, zda je pro ně obtížné se s pacienty dorozumět, zda berou ohledy na zvláštnosti a specifika pacientů odlišných národností a jestli mají zájem se v oblasti multikulturního ošetrovatelství dále vzdělávat. Pro sběr dat byla zvolena kvantitativní metoda s pomocí dotazníkového šetření.

Vstupní literatura:

1. Ryšlinková, M., 2009. Česká sestra v arabském světě: multikulturní ošetrovatelství v praxi. 1 vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2856-8.

Popis rešeršní strategie:

Vyhledávání odborných publikací, které byly následně využity pro tvorbu bakalářské práce s názvem *Zkušenosti sester v oblasti multikulturního ošetrovatelství*, proběhlo v časovém období říjen 2015 až březen 2016. Rešerše byla zpracována v Národní lékařské knihovně. Pro vyhledávání byla použita především databáze *Bibliographia medica Čechoslovaca* a další. Dále byl použit vyhledávač Google.

# 1 HISTORICKÝ VÝVOJ TRANSKULTURNÍHO OŠETŘOVATELSTVÍ

Migrace obyvatelstva je nedílnou součástí naší historie, přítomnosti a samozřejmě bude součástí lidské společnosti i v budoucnosti. Již při vzniku Československé republiky v roce 1918 byly na našem území dva odlišné národy – Češi a Slováci a spolu s nimi mnoho dalších menšin například německo-židovská, polská, rumunská s velkým počtem romských obyvatel. V době 2. světové války a v poválečném období došlo k velkým přesunům obyvatel, z poválečného Československa migrovalo více jak 2,5 milionů Němců, přistěhovali se obyvatelé Řecka, Rumunska a další obyvatelé ze zámoří. Po roce 1989 se na naše území přistěhovali obyvatelé ze států bývalého SSSR především z Ukrajiny (KUTNOHORSKÁ, 2013).

Ač docházelo k velkým přesunům obyvatel již od pradávna, tak historické zařazení vzniku transkulturního ošetřovatelství je otázkou uplynulých padesáti let. Mezi nejvýznamnější představitele, kteří stáli u zrodu tohoto oboru, se řadí Madeleine Leininger, jejíž model je popsán v následující kapitole (KOLEKTIV AUTORŮ, 2003).

Dle Kutnohorské, je na našem území věnována pozornost multikulturnímu ošetřovatelství velice krátce. *V České republice je problematice multikulturního ošetřovatelství věnována pozornost od roku 2002, kdy Ministerstvo zdravotnictví ČR bylo zadavatelem řešení pro výzkum multikultury v ošetřovatelské péči a pro vytvoření odpovídajících studijních textů. Studium multikulturního/transkulturního ošetřovatelství je otevřený nikdy nekončící proces, neboť kultura se vyvíjí v prostoru i čase* (KUTNOHORSKÁ, 2013, s. 9).

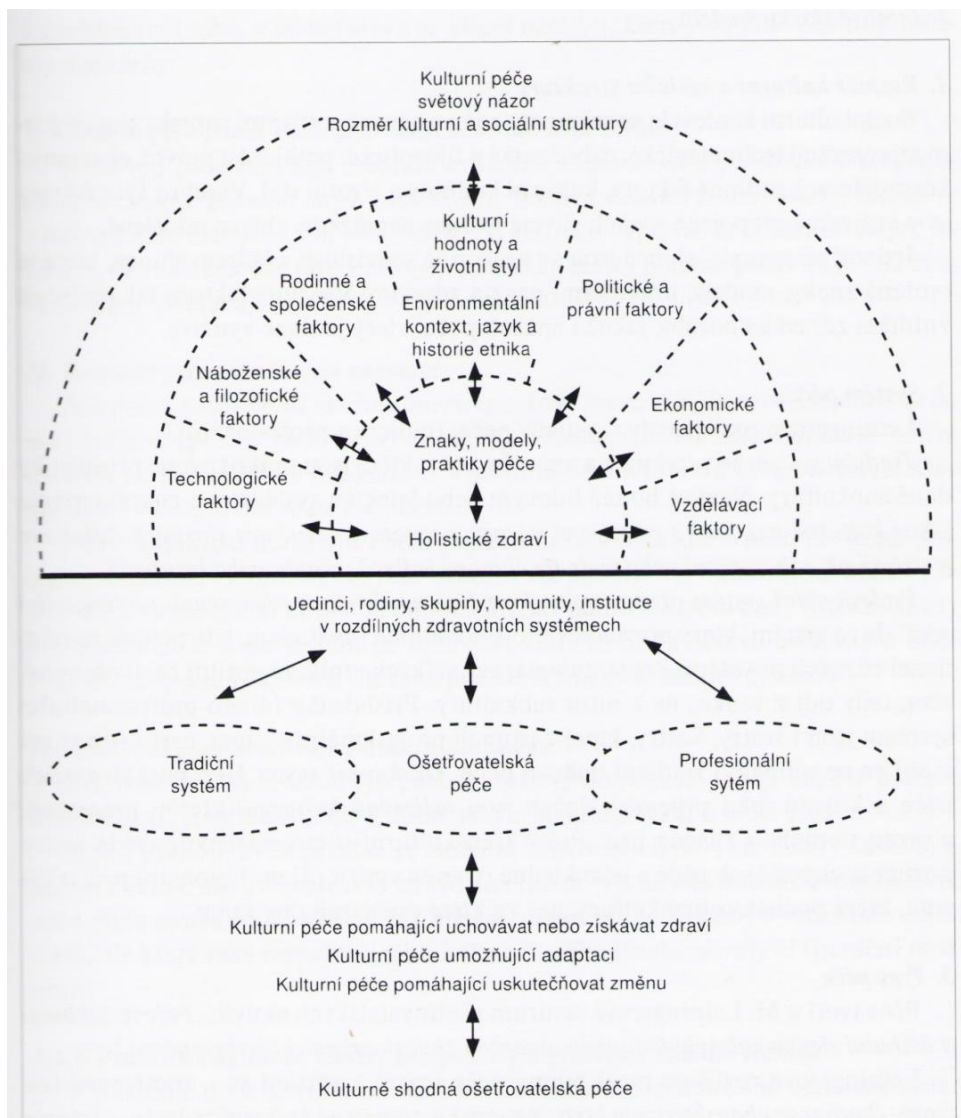
## 2 MADELEINE LEININGER

Americká profesorka ošetrovatelství Madeleine Leininger se narodila 13. července 1925 v Nebrasce. Během svých studií získala diplom z ošetrovatelství na střední zdravotnické škole, dále pokračovala studiem bakalářským a získala nejméně tři čestné doktorské tituly. V polovině 50. let začala pracovat jako sestra na dětské psychiatrické jednotce, kde poprvé začala zaznamenávat kulturní rozdíly mezi dětmi a jejich rodiči, rozdíly v chování dětí odlišných kultur, tudíž i k přístupu jednotlivých dětí a jejich rodičů k nemoci. Během této praxe si uvědomila, jak důležité je udělat změnu v přístupu k pacientům odlišných kultur (PAVLÍKOVÁ, 2006).

Její teorie byla první ošetrovatelskou teorií zaměřenou na práci sester s pacienty z odlišného kulturního prostředí. Pacienti z odlišného kulturního prostředí vnímají hospitalizaci, péči a samotnou léčbu různě. Transkulturní ošetrovatelství poprvé definovala v roce 1960 a dalších třicet let teorii transkulturního ošetrovatelství dále rozvíjela (KUTNOHORSKÁ 2013).

Definice transkulturního ošetrovatelství dle Madeleine Leininger: *Transkulturní ošetrovatelství je významná oblast studia a praxe orientovaná na komparativní významy kulturní péče (pečování), víry a praktiky individuí či skupin stejných či odlišných kultur. Cílem transkulturního ošetrovatelství je poskytovat kulturně shodnou a diferencovanou ošetrovatelskou péči praktikovanou pro zdravé a nemocné lidi a nebo jim pomáhat čelit nepříznivým lidským podmínkám, chorobě či umírání kulturně vhodným způsobem (ŠPIRUDOVÁ a kol., 2006, s. 27).*

Teorii transkulturního ošetrovatelství graficky znázornila v modelu tzv. „vycházejícího slunce“ pro jeho názornější pochopení. Model představuje holistické pojetí zdraví člověka spolu se všemi faktory, které mohou ovlivňovat kulturně diferencovanou ošetrovatelskou péči (KUTNOHORSKÁ, 2013).



Obrázek 1 Model vycházejícího slunce M. Leiningerové

Zdroj: ŠPIRUDOVÁ a kol., 2006. str. 37

Pavlíková uvádí rozdělení tohoto modelu do čtyř úrovní a každou úroveň definuje následovně:

*První úroveň – zahrnuje filozofický názor a úroveň sociálního systému, které se řadí nad kulturu.*

*Druhá úroveň – Obsahuje poznatky o jedincích, rodinách, skupinách a institucích v odlišných zdravotnických systémech a určuje kulturně specifické a významné vztahy k péči o zdraví.*



*Třetí úroveň – Poskytuje charakteristiky každého systému a specifické rysy každé péče.*

*Čtvrtá úroveň – Zahrnuje rozhodování a poskytování ošetrovatelské péče v oblastech zachování nebo udržování kulturní péče, přizpůsobování nebo vyjednávání kulturní péče, tvorbu nových nebo restrukturalizaci existujících kulturních vzorců. Na čtvrté úrovni se rozvíjí transkulturní ošetrovatelství tak, že je poskytovaná péče shodná s hodnotami té kultury, ke které pacient/klient patří (PAVLÍKOVÁ, 2006, s. 68-69).*

### **3 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ**

V následujících kapitolách je věnována pozornost základním pojmům, které úzce souvisí s problematikou multikulturního ošetrovatelství, ač si je mnoho z následujících pojmů velice blízkých, jsou v nich určité odlišnosti, které je nutno vysvětlit a případně se k nim v průběhu čtení navracet, pro jejich lepší pochopení.

#### **3.1 MULTIKULTURNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ**

Pojem multikulturní ošetrovatelství, s nímž se také setkáváme v odborné literatuře lze chápat jako synonymum pro transkulturní ošetrovatelství. Jeho cílem je tedy také poskytovat kulturně shodnou ošetrovatelskou péči s kulturou a osobností pacienta. Snaží se nalézt společné, ale zároveň rozdílné znaky kultur ve vztahu ke zdraví pacienta. Multikulturní výchova se snaží prostřednictvím různých vzdělávacích programů vytvářet způsobilost lidí k pochopení a respektování jedinců odlišných kultur (TÓTHOVÁ, 2008), (KUTNOHORSKÁ, 2013).

#### **3.2 ETNICITA, ETNICKÁ SKUPINA, ETNICKÁ PŘÍSLUŠNOST**

Etnicita je soubor především kulturních, jazykových, náboženských a historických faktorů, odlišujících jedince určité skupiny od osob jiných etnických skupin. Etnicita je úzce spjata z prvky dané kultury (ŠPIRUDOVÁ a kol., 2006).

Etnická skupina je společenství osob se stejnými etnickými rysy, jedná se o historicky vzniklou sociální skupinu, nicméně žádná etnická skupina není kompletně homogenní, co se její struktury týče (ŠPIRUDOVÁ a kol., 2006).

Etnická příslušnost tedy znamená sounáležitost jedince s jeho etnickou společností. Pokud má být v multikulturním ošetrovatelství dosaženo kvalitní

ošetřovatelské péče, znamená to poznávat a respektovat jiná etnika (ŠPIRUDOVÁ a kol., 2006).

### **3.3 NÁROD, NÁRODNOST**

Národ je úzce spjat s termínem etnicita, je to soubor kulturních, historických, ale i ekonomických a sociálních jevů. Avšak pro národ je nejvíce charakteristické společné území a společná historie. Národ lze také chápat ve dvou smyslech, ve smyslu etnickém, do kterého patří příslušníci, které spojuje společná kultura, společný jazyk, společná historie, společné tradice a zvyky a národ ve smyslu politickém, což je pouze skupina občanů se státní příslušností tohoto státu (ŠPIRUDOVÁ a kol., 2006).

Národnost lze definovat jako příslušnost k určitému národu či etniku. Z politického hlediska je zjišťování národnosti jednoduché, jelikož státní občanství je ověřitelné například z různých dokumentů či zápisů, které jsou dohledatelné, jedná se například o státní občanství, které nabydeme sňatkem či narozením (ŠPIRUDOVÁ a kol., 2006).

### **3.4 KULTURA, SUBKULTURA, KULTURNÍ ŠOK**

Kultura stejně jako národ a etnicita nemá jednoznačnou definici. Je výsledkem lidského učení, člověk ji přijímá od své rodiny, přátel, tedy ze sociálního prostředí, ve kterém vyrůstá. Kulturu můžeme vnímat jako hodnoty, přesvědčení a zvyky předávané z generace na generaci, jež ovlivňují chování a myšlení jedince (KUTNOHORSKÁ, 2013).

Dle Kutnohorské lze kulturu také přirovnávat k cibuli, k tzv. „kulturní cibuli“. Zevní vrstva neboli slupka představuje věci, které jsou na první pohled viditelné nebo nějakým jiným smyslem vnímatelné, jako je řeč, strava, ale i oblékání. Ve střední vrstvě se nachází hodnoty dané kultury, které se odhalují až po určitém

kontaktu s danou kulturou. Do této střední vrstvy řadíme například rituály pozdravu, stisk ruky a různá další gesta, která jsou pro danou kulturu typická. Vnitřní vrstva neboli jádro „kulturní cibule“ představuje hodnoty týkající se existence, řadíme sem například sociální opatření osob, právní systém a tak dále. U všech vrstev se vyskytují individuální rozdíly, které vyplývají z výchovy člověka, z jeho osobnosti a mnoha dalších faktorů (KUTNOHORSKÁ, 2013).

Kulturní šok je definován jako stresová reakce na nové a neznámé prostředí, ve kterém se jedinci vstupující do nového kulturního prostředí ocitnou. Záleží na osobnosti jedince, jak rychle bude schopen se do nového prostředí začlenit, jak rychle je schopen přijmout změny, kterými je v daném prostředí obklopen. Za šok je tento termín označován z důvodu možného vzniku posttraumatických obtíží (KUTNOHORSKÁ, 2013).

Pojem subkultura vznikl na základě odlišností, v nichž se lidé rozcházel od dominantní společnosti. Dominantní kultura zahrnuje společenské zvyky, jazyk, chování, je tedy jinak označována za tu hlavní kulturu. Přičemž za subkulturu je označována sociální skupina, která má odlišné hodnoty a normy od dominantní kultury (IVANOVÁ a kol., 2005).

### **3.5 RASA, RASISMUS**

Termín rasa se z historického hlediska vyvíjí společně s rozvojem anatomie, kdy se věda začala zabývat odlišnou barvou pleti, vlasů, očí, odlišnými tvary lebky a obličeje a různorodým tělesným vzrůstem. Na základě toho vznikla studie lidských ras či plemen. V současnosti rozlišujeme především tyto tři rasy:

- rasu asijsko-americkou neboli mongoloidní = žlutohnědá
- rasu euroasijskou neboli europoidní = bílá
- rasu ekvatoriální neboli negroidní = černá

Z celkového počtu 6 miliard lidí na světě je nejvíce zastoupena rasa mongoloidní, poté následuje rasa europoidní a nejméně zastoupena je rasa negroidní (IVANOVÁ a kol., 2005).

Rasismus vznikl na základě viditelných fyzických nerovností, které jsou pro jednotlivá plemena typická. V podstatě se jedná o nenávisť lidí vůči jiné rase, tato nenávisť může vyústit až v rasovou diskriminaci či v rasové násilí (IVANOVÁ a kol., 2005).

## 4 CIZINCI NA ÚZEMÍ ČESKÉ REPUBLIKY

Podle údajů Českého statistického úřadu (ČSÚ) bylo při posledním sčítání lidu v březnu roku 2011 zjištěno, že na území České republiky žije 422 276 cizinců. Nejpočetnější skupinou byli občané Slovenska a Ukrajiny a k početnějším skupinám se dále řadili občané Vietnamu, Ruska a Polska. Součet jednotlivých skupin cizinců je uveden v následující tabulce (ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2014).

Tabulka 1 Počet cizinců na našem území

Cizinci celkem z toho:	422 276
Ukrajina	116 139
Slovensko	82 251
Vietnam	52 612
Rusko	31 545
Polsko	16 800

Zdroj.: (ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2014).

Z výše uvedené tabulky 1 je zřejmé, kteří cizinci jsou na našem území nejpočetnější, v následujícím textu uvádíme stručné charakteristiky těchto skupin cizinců.

### 4.1 SLOVÁCI

Od roku 1918 až do roku 1992 byli občané Slovenska občany společného Československého státu, z tohoto důvodu se naše kultury nijak zvlášť neliší. V poválečném období směřovali spíše do vysídleného pohraničí, v 50. letech pro ně

byla nejlákavější oblast Ostravska a Podkrušnohoří a od 80. let se začali usazovat ve velkých městech především v Praze (ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2014).

## **4.2 UKRAJINCI**

Občané Ukrajiny na naše území přichází nejčastěji za prací, z důvodu dlouhodobé hospodářské krize, kterou Ukrajina prochází. Nejčastěji se koncentrují ve velkých městech jako je Praha či Brno, z důvodu vyšší pravděpodobnosti pracovního uplatnění. Ukrajínští pacienti jsou ukáznění a nemívají žádné speciální požadavky a jsou velice ochotní se přizpůsobit chodu určitého oddělení. Největší problém při ošetřování ukrajinského pacienta je komunikace, jelikož mají slabé znalosti cizích jazyků (ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2014), (IVANOVÁ a kol., 2005).

## **4.3 VIETNAMCI**

Občané Vietnamu k nám začali přicházet již v 50. letech, největší migrační vlna pak v 70. letech 20. století. I tito občané začali na naše území migrovat z důvodu lepších pracovních podmínek. Nejvýznamnějším rysem této komunity je jejich uzavřenost. Při příjezdu na naše území zažívají kulturní šok, neboť naše kultura je od té jejich velice odlišná. Při ošetřování vietnamského etnika je důležité veškeré léčebné procedury jednoduše, ale přesně vysvětlit. Vietnamci jsou také velice stydliví, proto bychom měli dbát na jejich soukromí, především při provádění hygieny nebo při různých vyšetřeních. Osobní hygienu si nejraději provádí sami nebo s pomocí člena rodiny stejného pohlaví, požádá-li pacient o přítomnost člena rodiny, měli bychom ho tedy určitě přizvat. Místo léků upřednostňují domácí léčení, problém přiznají až když je nesnesitelný, například až když mají velké bolesti. Dbají na zdravá jídla, konzumují maso převážně z ryb a drůbeže, mají radši méně solená jídla a téměř ke každému jídlu přidávají rýži (IVANOVÁ, a kol., 2005), (ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2014).

## 4.4 RUSOVÉ

Občané Ruska k nám začali přicházet již ve 20. letech 20. století, avšak jejich počet ve 30. letech opět klesnul z důvodu ekonomické krize a z důvodu pronásledování nacisty. Poslední vlna migrantů z Ruska přišla v 90. letech po rozpadu Sovětského svazu z důvodu ekonomické a politické nestability. Pro občana Ruska není naše kultura nijak zvlášť odlišná, nemají ve zvyku mluvit přehnaně nahlas, mají odlišný vztah k dodržování časů a termínů, málokdy dorazí na nějakou schůzku brzo, bohužel se čas nedodrží ani v jízdách v řádech či v pracovní době. Nedodržují zákony nebo pravidla bezpečnostního provozu, nemluví o daňových zákonech. Jejich strava zahrnuje především maso a obilniny, v chladnějších oblastech jsou typické husté teplé polévky, typický je ruský boršč (IVANOVÁ a kol., 2005).

## 4.5 POLÁCI

Občané Polska jsou na našem území již od 13. století a koncentrují se nejvíce v Moravskoslezském kraji. V roce 1989 bylo asi 5 tisíc občanů Polska zaměstnáno v československých podnicích. Kulturní rozdíly nejsou příliš znatelné, jedná se opět o malé odlišnosti v oblasti tradic, národní kuchyně apod. (ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2014).

## 4.6 ROMOVÉ

Romové přišli na naše území ve 14. století, pochází původem z Indie, ale v dnešní době žijí po celém světě, převážně však v Evropě. Romové patří k největší etnické minoritě v České republice. Dle kvalifikovaných odhadů se jejich počet uvádí mezi 150 000 až 300 000 osob. Netvoří však jednotné společenství, ale dělí se do skupin, podskupin a rodů. Pojetí života Čechů a Romů je velmi rozdílné. Největším zdrojem obživy je pro Roma rodina, je důležitější než práce, tradiční



romská rodina má oproti české odlišnou strukturu a velikost (IVANOVÁ a kol., 2005), (TÓTHOVÁ, 2012).

Co se týče komunikace, mají Romové výjimečně dobré schopnosti pro poznání člověka pohledem. Veškeré informace dokáží zpracovat mimoslovně, mluví-li zdravotník neupřímně, okamžitě to poznají. Pokud se ocitnou bez své rodiny například ve zdravotnickém zařízení, jsou nesamostatní a mají strach, to může vyústit v agresivitu a neochotu spolupracovat. Mají velký strach ze smrti, i když jejich zdravotní stav není tak vážný, dokáží ho vnímat velice emotivně. Dříve romské matky rodily převážně doma, dnes rodí spíše v porodnicích a je typické, že zbytek rodiny tráví čas v okolí porodnice, proto to na českého člověka působí tak, že je jich hodně, jsou hluční a chovají se nevhodně (IVANOVÁ a kol., 2005).

Největším problémem při ošetřování Romů bývá jejich nedůvěřivost ke zdravotníkům nebo také komunikace s rodinou, předem bychom si měli zjistit, komu z rodiny můžeme poskytovat informace. Nejdůležitější tedy je získat jejich důvěru, proto je nutné k pacientovi přistupovat individuálně, důkladně mu vysvětlit příčiny onemocnění a jeho průběh, nespěchat a být trpělivý, mluvit jasně a zbytečně nepoužívat výrazy, kterým by pacient nerozuměl, respektovat hodnoty romského pacienta (IVANOVÁ a kol., 2005).

## 5 NEJČASTĚJŠÍ PROBLÉMY V MULTIKULTURNÍ PÉČI

Jak už bylo mnohokrát zmíněno, multikulturní péče je čím dál aktuálnější téma a ošetřování pacientů jiných národností, etnik či kultur se stává každodenní realitou zdravotnického personálu. Cílem je především poskytnout přiměřenou péči a uspokojit potřeby pacientů pocházejících z různých zemí. Je celkem jednoduché si multikulturní péči takto definovat, avšak nelehko se uskutečňuje (MASTILIAKOVÁ, 2007).

S pacienty z rozdílných zemí mohou vznikat multikulturní konflikty, které mají určitá specifika, jímž musíme porozumět, abychom věděli, jak dále postupovat v řešení těchto konfliktů, aby situace nebyla ještě více traumatizující. Nejčastější problémy, které mohou v multikulturní péči nastat a vést k multikulturnímu konfliktu uvádíme v následujícím textu (KNEZOVIC, 2012).

Ošetřovatelská péče nemusí být kvalitně provedena, pokud nejsme schopni správné **komunikace**. V oblasti správné komunikace si klademe různé otázky, například: Jaká je správná forma oslovení? Každá národnost chápe humor trochu jinak, proto bychom si mohli klást otázku: Jsou na místě žerty? Někteří cizinci žijí na našem území déle a jejich děti se zde vzdělávají, proto bychom se mohli setkat se situací, kdy je pro rodiče tlumočnickem jeho vlastní dítě, tudíž si musíme rozmyslet, jak se v této situaci zachovat. V komunikaci se musíme také zaměřit na to, zda můžeme říkat celou pravdu a o čem se mohu s pacientem bavit. Jelikož je komunikace s pacienty rozsáhlé téma, je jí podrobněji věnována kapitola 5.1 (MASTILIAKOVÁ, 2007).

Dalším problémem, který může nastat je **čas**. Ordinační hodiny lékařů, hodiny prohlídek lékařem, pracovní doba zdravotnického personálu, doba snídaně, oběda a večeře, čas spánku a další změny nejsou pro všechny pacienty vždy srozumitelné. Některé národnosti zase žijí spíše minulostí, pro druhé je silnější přítomnost a někteří žijí spíše budoucností (MASTILIAKOVÁ, 2007).

**Prostor** je další problematická oblast. Blízkost a vzdálenost je pro péči velice důležitá a pro každého z nás velice individuální. V této oblasti si můžeme klást také různé otázky, například: Jak zachovat intimitu při vyšetření? Měl by mít tento pacient jednolůžkový pokoj? Smí se pacient pohybovat po nemocnici a venku nebo se zdržovat pouze v pokoji na posteli? A mnoho dalších (MASTILIAKOVÁ, 2007).

**Sociální organizace:** U mnohých národností hrají poměry v rodině a struktura rodiny velkou roli. V oblasti sociální organizace si můžeme klást otázky typu: Může muž ošetřovat ženu? Může žena ošetřovat muže? Může žena vůbec hovořit s mužem? Pokud sestra váhá, jak se v těchto situacích zachovat, měla by si zjistit potřebné informace, aby nedošlo k multikulturnímu konfliktu (MAREŠ, 2011).

**Náboženství:** Pro některé kultury je náboženství nezbytnou součástí každodenního života, obvykle je však modlitba pacientům umožněna, stejně tak přítomnost faráře či účast na bohoslužbě. Bližší charakteristika spirituálních potřeb a jejich uspokojení je uvedena v kapitole 5.3 (MASTILIAKOVÁ, 2007).

**Jídlo:** V oblasti výživy pacientů si také klademe různé otázky, například: Jak se podřídit různým odlišným stravovacím návykům pacientů? Jakým způsobem má být jídlo nabízeno? Jak se zachovat při podávání léků, které obsahují alkohol v případě, kdy pacientovo náboženství alkohol zakazuje? I výživa je více rozvedena v kapitole 5.2 (MAREŠ, 2011).

**Slavnosti a rituály:** Každá kultura má své slavnosti a rituály a ve většině případů se odvíjí od náboženství. Které svátky a rituály mohou být dovoleny, záleží na typu oddělení a především na domluvě s personálem (MASTILIAKOVÁ, 2007).

**Struktura společnosti:** Na kvalitu ošetrovatelské péče má velký vliv i země, ve které je péče poskytována, jestli se jedná o rozvojovou zemi nebo vysoce vyvinutou zemi, velký vliv má také vztah peněz a možností (MASTILIAKOVA, 2007).

## 5.1 MULTIKULTURNÍ KOMUNIKACE

V časopisu sestra popsala Hořňáková multikulturní komunikaci následovně: *Multikulturní komunikace ulehčuje sociální interakci a vzájemné porozumění příslušníků jiných kultur, přičemž nejde pouze o uplatnění cizího jazyka, ale také o znalost projevů neverbální komunikace a respektování komunikační etikety. Efektivní je tehdy, když účastníci navzájem pochopí význam odevzdávané informace* (HORŇÁKOVÁ, 2008, s. 23-24).

Člověk je společenská bytost, proto je komunikace důležitá ve všech etapách našeho života. Komunikace pomáhá k upevňování mezilidských vztahů, navozuje pocit důvěry, přátelství a porozumění. Nemocný člověk bývá velice citlivý, proto správná komunikace je základem k lepšímu uzdravení, jedním z efektivních typů komunikace je také empatie, která má stěžejní vliv na psychiku pacienta. Dostanou-li se pacienti jiných národností do nemocničního prostředí, mluví často jiným jazykem, tudíž vzniká jazyková bariéra, kvůli které nejsou schopni popsat své problémy nebo porozumět instrukcím ze strany zdravotníků. Tato jazyková bariéra může vyvolat frustraci, strach, úzkost a mnoho dalších negativních emočních stavů. Najít vhodný způsob, jakým budeme s pacientem komunikovat, je pro nás tím hlavním cílem. Komunikovat můžeme verbálně či neverbálně nebo prostřednictvím různých alternativních způsobů komunikace (KUTNOHORSKÁ, 2013).

### 5.1.1 VERBÁLNÍ KOMUNIKACE

Verbální komunikace neboli komunikace pomocí slov má formu jak mluvené řeči, tak psané. Prostřednictvím komunikace sestra nevnímá jen to, co pacient říká, ale především jak to říká. Existují různé interkulturní rozdíly ve verbální komunikaci, je to například způsob oslovování. V některých zemích se preferuje formální oslovení s používáním titulů, v dalších zemích se preferuje oslovení příjmením nebo dokonce křestním jménem. Proto je vhodné, zeptat se pacienta hned při přijetí, jak si přeje, abychom ho oslovovali, vyhneme se tím pozdějším chybám a dáme mu najevo, že o něj máme zájem. Dále se vyskytují rozdíly v množství pravdy, kterou pacientům

sdělujeme ohledně jejich zdravotního stavu, Evropané jsou zvyklí v tomto směru jednat na rovinu, ale některé jiné národnosti upřednostňují říci pravdu spíš rodině, než samotnému pacientovi, aby se tím netrápil a nezhoršil se tak jeho zdravotní stav. Dále se také vyskytují rozdíly v tykání a vykání nebo rozdíly ve slovní zásobě (KUTNOHORSKÁ, 2013), (IVANOVÁ a kol., 2005).

### 5.1.2 NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE

Komunikace neprobíhá pouze pomocí slov, ale také pomocí různých mimoslovních projevů neboli pomocí neverbální komunikace. Do neverbální komunikace se řadí:

**Mimika**, to je komunikace prostřednictvím výrazu obličeje, z mnoha výrazů mimiky je ve vztahu sestra pacient nejdůležitější úsměv, tím může sestra navodit atmosféru uvolnění a důvěry (KUTNOHORSKÁ 2013).

**Haptika**, to je komunikace prostřednictvím hmatu a doteků, význam doteků je závislý na tom, koho se dotýkáme, v jaké situaci a jakých částí těla, patří k nezákladnějším formám komunikace, je velice důležitá, například pro staré pacienty (KUTNOHORSKÁ, 2013).

**Proxemika**, což je sdělování přiblížením a oddálením, jedná se o prostorovou blízkost, rozeznáváme čtyři základní zóny – intimní, osobní, sociální a veřejnou zónu. Různé národy mají různá pravidla k dodržování těchto zón a my bychom na ně měli brát ohled (KUTNOHORSKÁ, 2013).

**Posturologie** neboli řeč těla vyjadřuje držení těla, postavu. Například překřížení rukou přes hrudník u nás znamená obranu, pro obyvatele Fidži je to vyjádření respektu. Za velice nezdvořilý se pokládá postoj s rukama v kapsách. (IVANOVÁ a kol., 2005), (KUTNOHORSKÁ, 2013).

**Kinezika**, řeč pohybů těla, jedná se o pohyb celého těla, například při chůzi, nebo pouze o pohyb určitých částí těla, kinezikou poskytneme až 65 procent neverbálních informací o nás (KUTNOHORSKÁ. 2013).

**Gestikulace** neboli řeč rukou, jedná se o gesta, která doprovází slovní vyjádření, nejsou to však vždy pohyby pouze rukou, ale jsou to pohyby jakékoliv části těla. Některá gesta jsou rozšířena po celém světě, například zvednutý palec nahoru (KUTNOHORSKÁ, 2013).

**Pohledy** neboli komunikace prostřednictvím zrakového kontaktu je nejsilnější neverbální projev, zároveň je velice důležitý i při vyšetření, protože je to jedno z nejvíce používaných fyzikálních vyšetření (KUTNOHORSKÁ, 2013).

**Paralingvistika** se zabývá parajazykovými jevy, které jsou na hranici s mluvenou řečí a neverbálními projevy. Patří sem výška hlasu, síla hlasu, pauzy ticha během konverzace a jiné (KUTNOHORSKÁ, 2013).

**Komunikace úpravou zevnějšku** zahrnuje veškeré informace, které můžeme zjistit ze stylu oblékání, účesu nebo i souhře barev. Dnes je oblékání ovlivněno spíše tím, co je zrovna v módě, ale i tak můžeme na některých národech vidět, jak se kultura zapisuje do jejich oblékání, například pro Skotsko typický kostkovaný vzor nebo pro muslimky typický čáador zahalující celé tělo (KUTNOHORSKÁ, 2013), (IVANOVÁ a kol., 2005).

### 5.1.3 ALTERNATIVNÍ ZPŮSOBY KOMUNIKACE

Ne vždy je možné se s pacientem verbálně či neverbálně domluvit, zdravotnická zařízení se snaží vymýšlet různé strategie, prostřednictvím kterých bychom se mohli s pacientem, který nemluví jazykem dané země domluvit. Existují různé pomůcky, které může zdravotník použít, jako je slovník, psané texty, díky moderním technologiím je také možnost vytvářet různé audionahrávky, PC programy nebo fotoseriály (ŠPIRUDOVÁ a kol., 2006).

Jednou z forem alternativní komunikace jsou také komunikační karty neboli piktogramy. Jedná se o sadu obrázků nebo symbolů, které nám něco sdělují. Známé piktogramy jsou například dopravní značky, některé piktogramy pro vyjádření své podstaty používají barvy, například červená určuje zákaz nebo nebezpečí. Každé oddělení má specifickou sadu, která se vztahuje k daným potřebám pacientů na

pracovišti s určitým zaměřením. Komunikace tímto způsobem bývá zdlouhavější, ale většinou touto cestou získáme potřebné informace. Karty by měly být jednoduché, jednoznačné a výstižné, aby jim pacienti dobře rozuměli. Aby byla tato forma komunikace úspěšná, musí s námi pacient spolupracovat, pokud je pacient nespolupracující, je tato metoda nepoužitelná (ŠPIRUDOVÁ a kol., 2006), (URÍČKOVÁ a kol., 2008).

Nejlepší formou alternativní komunikace je tlumočení. Jedná se o ústní překlad sdělené informace z jednoho jazyka do druhého. V Německu byl vypracován projekt vnitřní nemocniční tlumočnické služby a od roku 1996 je úspěšně realizován. Nasazení tlumočnické služby probíhá prostřednictvím vznesení požadavku. Každé oddělení má přístup na internet, kde je vypsán seznam překladatelů, tam si mohou zdravotníci tlumočnicka vybrat a kontaktovat ho. Nejčastěji využívají tlumočnicků lékaři, při odebrání anamnézy, při vysvětlení nějakého zákroku, při sdělování výsledků nebo před propuštěním pacienta do domácí péče. Vlastní tlumočení probíhá tak, že se tlumočnick představí pacientovi, vysvětlí mu, že je pracovníkem nemocnice, nikoliv překladatel z povolání a nechá pacienta podepsat písemný souhlas. Doba tlumočení se pohybuje okolo půl hodiny až hodiny. Realizace projektu vedla k pozitivní změně v oblasti multikulturní komunikace a i reakce pacientů na překladatelskou službu jsou velmi pozitivní. V České republice bohužel nejsou trvale přístupní tlumočnicki ve zdravotnickém zařízení, především z důvodu finanční náročnosti. Nejvíce se zde vyskytují tlumočnicki jako doprovod pacienta, druhou nejčastější formou je využití jazykových znalostí samotného personálu (ŠPIRUDOVÁ a kol., 2006), (ELBERTOVÁ, 2010).

## 5.2 VÝŽIVA V MULTIKULTURNÍM OŠETŘOVATELSTVÍ

Při realizaci léčebné výživy musíme mít stále na paměti, že se vyskytují rozdíly ve stravování pacientů odlišných kultur, které určují, jaká jídla jsou preferovanější. Nejedná se však o jinou kvalitu potravin, spíše o jiný sortiment a jeho dostupnost. Nesmíme také zapomínat na rozdílné rituály ve stravování a na odlišné způsoby přijímání potravy. *Výživa je v péči o pacienta velmi důležitá, a to nejen z hlediska dietetického, ale také kulturního. V ošetřovatelské péči je proto potřebné spojit obojí*

(KUTNOHORSKÁ, 2013, s. 88). Jednotlivé národní kuchyně se také liší rozvržením konzumace jídel během dne, konzumací nápojů a odlišným způsobem stolování. Jídla se v každém státě připravují podobně, rozdíly vznikají především vlivem zeměpisným, hospodářským, klimatickým a náboženským. V rámci geografického hlediska rozdělujeme pět gastronomických oblastí, jedná se o evropskou kuchyni, asijskou kuchyni a kuchyni Dálného východu, africkou, americkou a kuchyně Tichomoří, Austrálie a Nového Zélandu. Jmenované oblasti se pak dále člení dle národních kuchyní. Například v evropské kuchyni jsou rozdíly mezi českou a francouzskou (KUTNOHORSKÁ, 2013), (PAVELOVÁ a kol., 2015).

Vzhledem k těmto odlišnostem musí sestry dbát na individuální přístup k výživě a stravovacím návykům pacientů, zjistit si potřebné informace o jejich stravovacích zvyklostech.

### **5.3 SPIRITUÁLNÍ POTŘEBY**

Na našem evropském území se nejvíce setkáváme s náboženstvím katolickým a protestanským. Můžeme se však dostat do kontaktu s pacienty, kteří vyznávají odlišné náboženství, v tomto případě je důležité pozorně naslouchat pacientovi a jeho náboženským potřebám, případně se ho na některé věci dotázat nebo se informovat jinak. Existují určitá pravidla, jak se zachovat, abychom pacientovi pomohli uspokojit jeho spirituální potřeby:

- především musíme respektovat jeho víru
- získáme si informace o jeho duchovních potřebách
- informujeme ho o možnosti využití bohoslužeb v nemocnici
- pokud si pacient bude přát, aby ho navštívil kněz či farář, pokusíme se mu tuto možnost zprostředkovat, případně zajistit přítomnost dalších věřících

Pacient z odlišného kulturního prostředí může vnímat své potřeby odlišně od zdravotnického personálu. Spirituální potřeby mohou mít pro pacienty mnohem větší



význam, než potřeby biologické. Je tedy zásadní empatie a pochopení, kterou pacient potřebuje mnohdy nejvíce (KUTNOHORSKÁ, 2013).

## 6 EDUKACE PACIENTŮ ODLIŠNÉ KULTURY, ETNIKA ČI NÁRODNOSTI

Edukace v ošetrovatelství je jakákoliv výchova či učení nemocného k samostatnější péči o vlastní onemocnění, jejímž cílem není pouze osvojení nových dovedností či získání nových vědomostí, ale i změna v chování pacienta, jeho hodnot a postojů. V ošetrovatelském procesu se pacient (edukant) učí něčemu novému a zdravotník (edukátor) mu toto učení zprostředkovává (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

Každý pacient bez ohledu jaké je národnosti, etnika či kultury má právo na edukaci, ať se nachází v jakémkoliv zdravotnickém zařízení. Je důležité edukovat nejen pacienta, ale především i jeho rodinu, předcházíme tím různým konfliktům, ke kterým by mohlo v budoucnu dojít. Edukace musí být komplexní, neměla by se soustředit pouze na fyzickou stránku nemoci, ale také na psychickou, spirituální a sociální. Při sestavování edukačního plánu je potřeba zohlednit kulturní odlišnost pacienta. Během edukačního procesu edukátor reaguje na další potřeby pacienta a jeho rodiny, snaží se snížit pocity úzkosti, strachu, motivuje pacienta k péči o svoje zdraví. Předpokládá se, že edukátor bude mít dostatečné komunikativní dovednosti, jazykové znalosti a dostatek empatie. Před zahájením edukace by měly být vyloučeny případné bariéry edukace, které by ji mohly znemožnit. Čím více se edukant podílí na samotné edukaci, tím je edukace efektivnější (ŠPIRUDOVÁ a kol., 2006).

Edukace pacienta či jeho rodiny může být soustředěna na primární či sekundární prevenci, na zlepšení sebepéče i na zvýšení soběstačnosti (ŠPIRUDOVÁ a kol., 2006).

Edukace je pro zdravotnické pracovníky velice obtížná i v případě, že edukují pacienta české národnosti, natož pacienta národnosti odlišné. V této práci byla popsána pouze stručná pravidla edukace, pokud se však budeme aspoň těmito pravidly řídit, edukace by se mohla stát efektivnější a úspěšnější.

## 7 POPIS ZPRACOVÁNÍ PRŮZKUMU

### 7.1 PRŮZKUMNÝ PROBLÉM

Hlavním cílem naší práce je posoudit rozsah zkušeností všeobecných sester v oblasti péče o pacienty jiných národností, kultur či etnik. Hlavní cíl jsme dekomponovali na dílčí cíle, které jsou následující:

Zjistit, kolik pacientů jiných národností, kultur či etnik sestry ošetřovaly během své pracovní kariéry.

Zjistit, s jakou odlišnou národností se sestry setkávají nejvíce.

Zjistit, jak sestry hodnotí své jazykové dovednosti.

Zjistit, zda jsou brány ohledy na kulturní zvláštnosti či specifika pacientů jiných národností, kultur či etnik.

Zjistit, zda mají sestry zájem se v oblasti multikulturního ošetřovatelství dále vzdělávat.

#### 7.1.1 PRACOVNÍ HYPOTÉZY

**H1:** Sestry s více letou praxí budou mít více zkušeností s ošetřováním pacientů odlišných národností či kultur.

**H2:** Pro mladší sestry nebude tak obtížné se s pacientem jiné národnosti dorozumět.

**H3:** Sestry s více zkušenostmi v oblasti ošetřování pacientů jiných národností budou mít větší zájem se v oblasti multikulturního ošetřovatelství dále vzdělávat.

## **7.2 METODA SBĚRU DAT**

Kvantitativní průzkum byl proveden pomocí anonymního dotazníkového šetření. Dotazník byl zaměřen na všeobecné sestry. Časové rozmezí průzkumu bylo stanoveno na leden až únor 2016. Dotazník se skládal z 16 položek, tvořilo ho 13 otázek uzavřených, z nichž jedna otázka byla otázkou filtrační a 3 otázky polouzavřené. U některých otázek byla možnost více odpovědí. Na začátku dotazníku byli respondenti seznámeni s účelem průzkumu, byli požádáni o pravdivost odpovědí a samozřejmě upozorněni na anonymitu odpovědí.

Průzkumný soubor tvořilo 61 všeobecných sester, 51 sester dotazník vyplnilo online prostřednictvím programu pro tvorbu dotazníků Survio.com a 10 sester vyplnilo tištěnou verzi dotazníku.

## **7.3 ANALÝZA VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU**

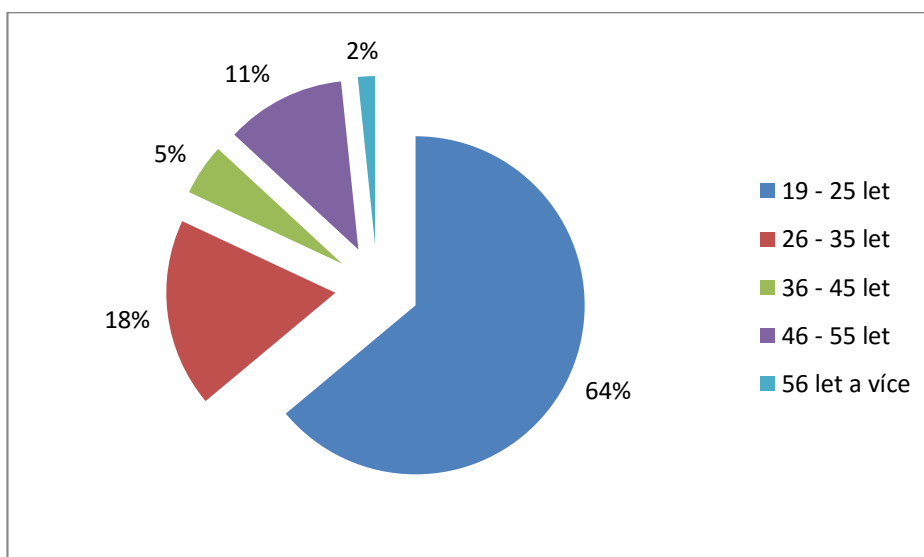
Výsledky jsou statisticky zpracovány do tabulek a grafů pomocí programů Microsoft Office Excel a Microsoft Office Word 2010, v tabulkách je uveden deskriptivní popis absolutních a relativních četností. Tabulky a grafy jsou následně okomentovány. K potvrzení či vyvrácení hypotéz byl použit test nezávislosti chí-kvadrát, pomocí programu Milana Kábrta.

## Položka 1 – Jaký je Váš věk?

Tabulka 2 Věk respondentů

Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost
19–25 let	39	63,93 %
26–35 let	11	18,03 %
36–45 let	3	4,92 %
46–55 let	7	11,48 %
56 let a více	1	1,64 %
<b>Celkem</b>	<b>61</b>	<b>100,00 %</b>

Graf 1 Věk respondentů



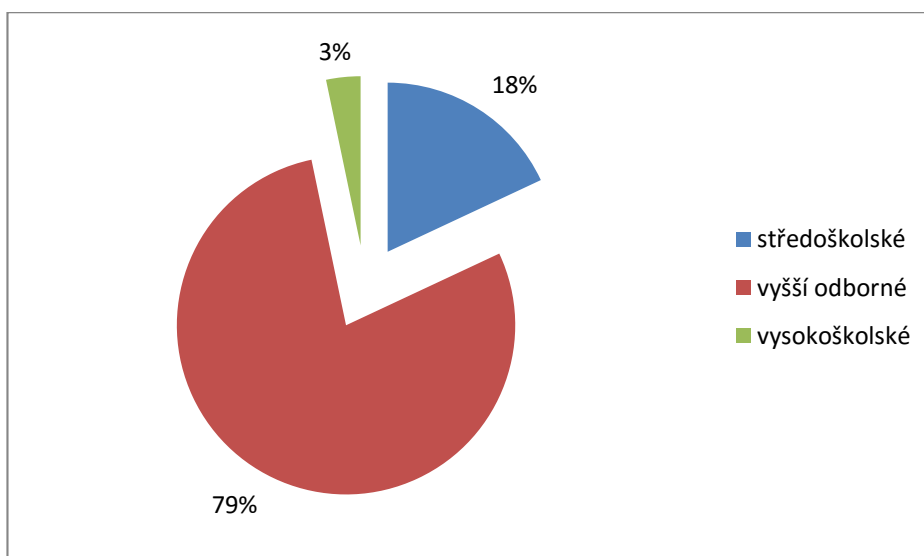
Z celkového počtu 61 respondentů je 39 (63,93 %) ve věku 19–25 let, 11 respondentů (18,03 %) ve věku 26–35 let, 3 respondenti (4,92 %) ve věku 36–45 let, 7 respondentů (11,48 %) ve věku 46–55 let a 1 respondent (1,64 %) ve věku 56 let a více. Viz tabulka 2 a graf 1.

## Položka 2 – Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka 3 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost
středoškolské	11	18,03 %
vyšší odborné	48	78,69 %
vysokoškolské	2	3,28 %
<b>Celkem</b>	<b>61</b>	<b>100,00 %</b>

Graf 2 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů



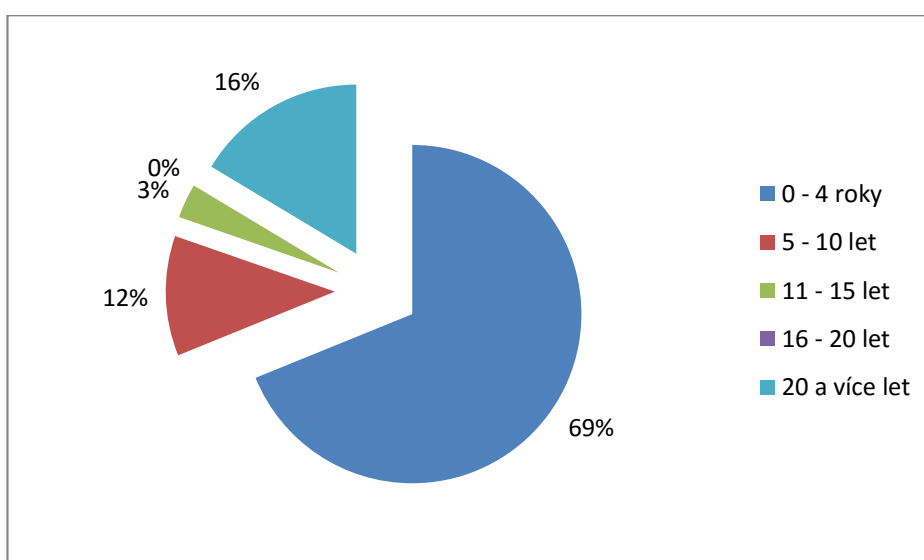
Z celkového počtu 61 respondentů nejvíce dosáhlo vyššího odborného vzdělání 48 (78,69 %), 11 (18,03 %) respondentů má vzdělání středoškolské a 2 respondenti (3,28 %) vzdělání vysokoškolské. Viz tabulka 3 graf 2.

### Položka 3 – Jak dlouho již pracujete ve zdravotnictví?

Tabulka 4 Délka práce ve zdravotnictví

Délka zaměstnání	Absolutní četnost	Relativní četnost
0–4 roky	42	68,85 %
5–10 let	7	11,48 %
11–15 let	2	3,28 %
16–20 let	0	0,00 %
20 a více let	10	16,39 %
<b>Celkem</b>	<b>61</b>	<b>100,00 %</b>

Graf 3 Délka práce ve zdravotnictví



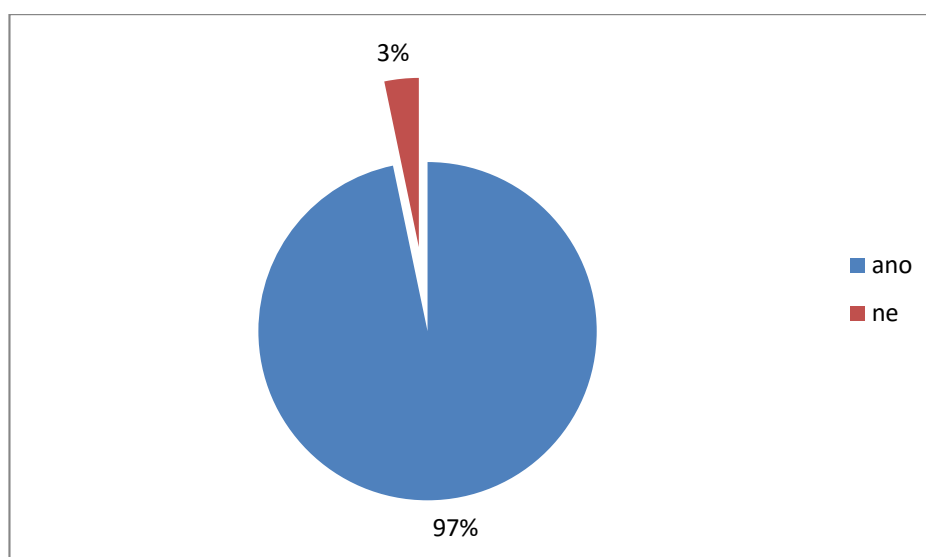
Z výše uvedené tabulky a grafu vyplývá, že 42 respondentů (68,85 %) pracuje ve zdravotnictví v délce do 4 let, 7 respondentů (11,48 %) uvedlo, že pracuje v délce 5–10 let, 2 respondenti (3,28 %) pracují v délce 11–15 let, s délkou zaměstnání 16-20 let se neztotožnil žádný respondent a v délce 20 a více let pracuje respondentů 10 (16,39 %).

**Položka 4 – Ošetřoval/a jste během své praxe pacienta jiné kultury  
národnosti či etnika? (pokud ne, pokračujte otázkou č. 7)**

Tabulka 5 Zkušenosti v ošetřování pacientů jiných národností či kultur

Zkušenosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	59	96,72 %
ne	2	3,28 %
<b>Celkem</b>	<b>61</b>	<b>100,00 %</b>

Graf 4 Zkušenosti v ošetřování pacientů jiných národností či kultur



Výše uvedený graf a tabulka nám jasně ukazují, že ošetřování pacientů jiných národností či kultur je velice časté, téměř 100 % respondentů tedy má zkušenost s prací s těmito pacienty přesně 59 (96,72 %) respondentů z celkového počtu 61. Tato položka sloužila také jako filtrační, následujících dvou položek se 2 respondenti nebudou účastnit.

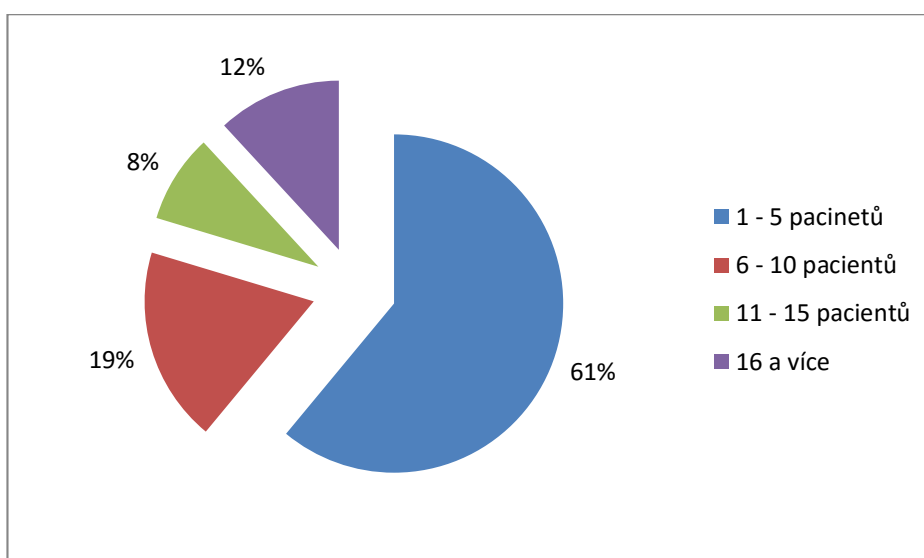


**Položka 5 – Kolik pacientů jiné národnosti nebo kultury jste během své praxe ošetřoval/a?**

Tabulka 6 Počet cizinců ošetřených všeobecnými sestrami

Počet pacientů	Absolutní četnost	Relativní četnost
1–5	36	61,02 %
6–10	11	18,64 %
11–15	5	8,47 %
16 a více	7	11,86 %
<b>Celkem</b>	<b>59</b>	<b>100,00 %</b>

Graf 5 Počet cizinců ošetřených všeobecnými sestrami



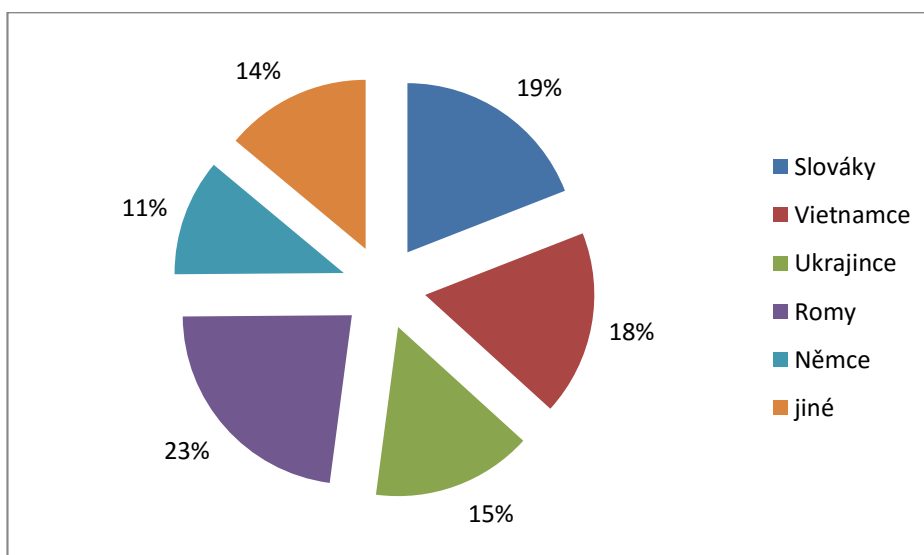
Z celkového počtu 59 respondentů nejvíce z nich uvedlo, že ošetřovali 1–5 pacientů jiné národnosti či kultury, přesně 36 (61,02 %), 6–10 pacientů ošetřovalo 11 respondentů (18,64 %), 11–15 pacientů ošetřovalo 5 respondentů (8,47 %) a 16 a více pacientů ošetřovalo 7 respondentů (11,86 %). Viz tabulka 6 a graf 5.

**Položka 6 – Které pacienty jiných národností nebo kultur jste ošetřoval/a?**  
(možnost více odpovědí)

Tabulka 7 Nejčastěji ošetřovaní pacienti odlišných národností či kultur

Ošetřovaní pacienti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Slováci	41	19,07 %
Vietnamci	38	17,67 %
Ukrajinci	33	15,35 %
Romové	49	22,80 %
Němci	24	11,16 %
Jiní	30	13,95 %
<b>Celkem</b>	<b>215</b>	<b>100,00 %</b>

Graf 6 Nejčastěji ošetřovaní pacienti odlišných národností či kultur



U položky číslo 6 byla možnost více odpovědí, tudíž jsme získali celkem 215 odpovědí, z tohoto počtu odpovědí vyplývá, že nejvíce sestry ošetřují pacienty romského etnika, jelikož se romské etnikum v odpovědích vyskytlo přesně 49 krát (22,80 %), dále bylo velice často v odpovědích zaznamenáno ošetřování pacientů ze Slovenska, přesně 41 (19,07 %), další početnou skupinou byli Vietnamci, přesně

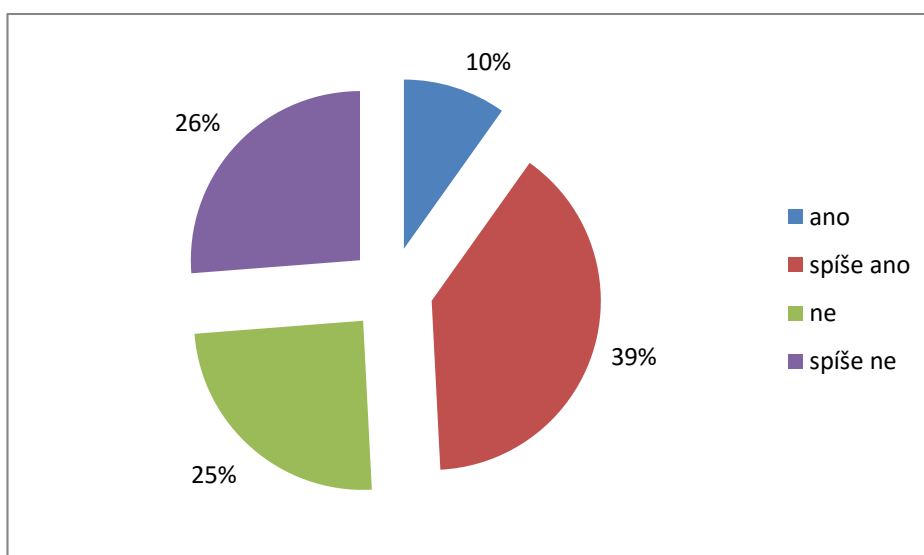
38 (17,67 %), dále se v tomto vzorku vyskytli Ukrajinci, celkem 33 (15,35 %), na posledním místě jsou Němci, těch bylo celkem 24 (11,16 %), tato položka byla zároveň polouzavřená, byla tedy možností i jiné odpovědi, tato možnost byla zvolena 30 krát (13,95 %) v odpovědi jiné se vyskytlo mnoho dalších pacientů různých národností, my jsme vybrali 3 nejčastější: 7 krát se vyskytl v odpovědích Angličan, 5 krát Američan a stejně tak Ital a 4 krát Arab. Tato položka odpovídá na dílčí cíl, ve kterém jsme zjišťovali, se kterou odlišnou kulturou, národností či etnikem se všeobecné sestry setkávají nejvíce. Nejvíce tedy sestry ošetřují pacienty romského etnika, avšak rozdíl s ostatními uvedenými skupinami cizinců nejsou příliš vysoké.

**Položka 7 – Bylo by pro Vás obtížné se s pacientem jiné národnosti dorozumět?**

Tabulka 8 Schopnost dorozumět se s pacientem jiné národnosti

Názory	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	6	9,84 %
spíše ano	24	39,34 %
ne	15	24,59 %
spíše ne	16	26,23 %
<b>Celkem</b>	<b>61</b>	<b>100,00 %</b>

Graf 7 Schopnost dorozumět se s pacientem jiné národnosti



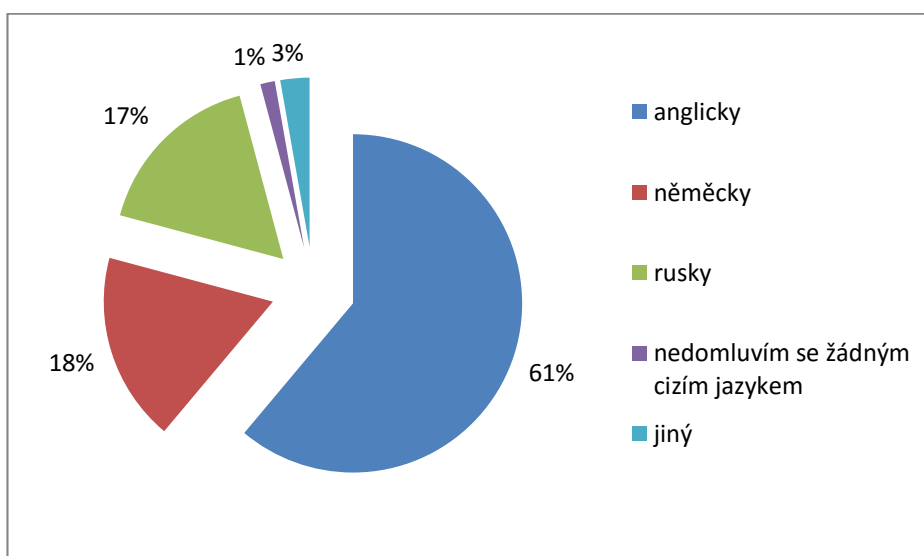
Z celkového počtu 61 respondentů uvedlo 24 respondentů (39,34 %), spíše ano v otázce, zda by pro ně bylo obtížné se s pacientem jiné národnosti dorozumět, ano uvedlo 6 respondentů (9,84 %), s možností spíše ne se ztotožnilo 16 respondentů (26,23 %) a 15 respondentů (24,59 %) si nemyslí, že by pro ně bylo obtížné se s pacientem jiné národnosti dorozumět. Z těchto výsledků vyplývá, že všeobecné sestry hodnotí své jazykové dovednosti spíše záporně.

**Položka 8 – Jakým jazykem byste s pacientem hovořil/a? (možnost více odpovědí)**

Tabulka 9 Cizí jazyk, kterým respondenti hovoří

Jazyk	Absolutní četnost	Relativní četnost
anglicky	44	61,11 %
německy	13	18,06 %
rusky	12	16,67 %
nedomluví se žádným cizím jazykem	1	1,38 %
jiný	2	2,78 %
<b>Celkem</b>	<b>72</b>	<b>100,00 %</b>

Graf 8 Cizí jazyk, kterým respondenti hovoří



U této položky byla opět možnost více odpovědí, jelikož jsme předpokládali, že někteří respondenti mohou hovořit více jak jedním cizím jazykem. Celkem bylo vyhodnoceno 72 odpovědí, z toho byl nejvíce zastoupen anglický jazyk, 44 odpovědí (61,11 %) z celkového počtu 72 odpovědí, německý jazyk se vyskytl ve 13 odpovědích (18,06 %), ruský jazyk ve 12 odpovědích (16,67 %), jednou se

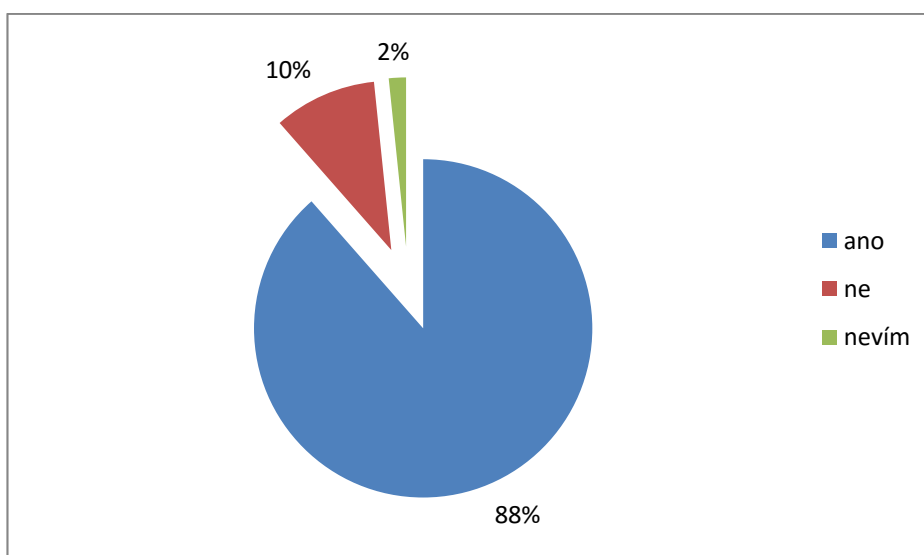
vyskytla odpověď, že respondent nehovoří žádným cizím jazykem (1,38 %). Tato položka měla možnost i jiné odpovědi, ta se vyskytla ve dvou případech, kdy jeden respondent uvedl, že hovoří také francouzsky a druhý respondent chorvatsky.

**Položka 9 – Myslíte si, že je důležité, aby sestra znala alespoň jeden jazyk na komunikativní úrovni?**

Tabulka 10 Důležitost znalosti cizího jazyka

Znalost	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	54	88,52 %
ne	6	9,84 %
nevím	1	1,64 %
<b>Celkem</b>	<b>61</b>	<b>100,00 %</b>

Graf 9 Důležitost znalosti cizího jazyka



Tato položka nebyla pro průzkum nijak zvlášť důležitá, šlo o zvědavost, jaký mají všeobecné sestry na jazykovou vybavenost názor a převážná většina všeobecných sester 54 (88,52 %) si myslí, že by sestry měly umět alespoň jeden cizí

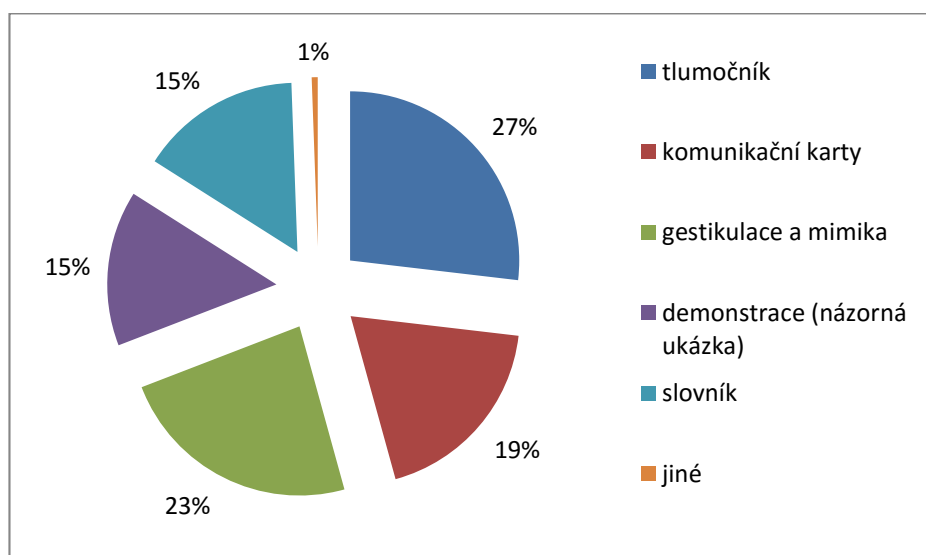
jazyk na komunikativní úrovni, 6 všeobecných sester (9,84 %) si nemyslí, že je důležité znát cizí jazyk a 1 všeobecná sestra (1,64 %) neví, zda je to důležité.

**Položka 10 – Pokud byste se s pacientem nedorozuměla, jaké z následujících alternativních způsobů komunikace byste upřednostňovala/a? (možnost více odpovědí)**

Tabulka 11 Alternativní způsoby komunikace

Alternativní formy	Absolutní četnost	Relativní četnost
tlumočník	47	26,86 %
komunikační karty	33	18,86 %
gestikulace a mimika	41	23,43 %
demonstrace (názorná ukázka)	26	14,86 %
slovník	27	15,43 %
jiné	1	0,56 %
<b>Celkem</b>	<b>175</b>	<b>100,00%</b>

Graf 10 Alternativní způsoby komunikace



V této otázce jsme zkoumali, jaké alternativní způsoby komunikace by respondenti upřednostnili v případě, že by nebyli schopni se s pacienty dorozumět prostřednictvím cizího jazyka. Byla zde možnost více odpovědí, celkem jsme získali 175 odpovědí, z nichž nejčastější formou alternativní komunikace, kterou by respondenti upřednostnili, byl tlumočnick, celkem 47 odpovědí (26,86 %), další nejčastější způsob, který byl v odpovědích zastoupen je gestikulace a mimika, celkem 41 (23,43 %), na další pozici jsou řazeny komunikační karty, celkem 33 odpovědí (18,86 %), někteří respondenti by zvolili použití slovníku, 27 odpovědí (15,43 %), méně často odpovědí byla demonstrace neboli názorná ukázka, celkem 26 odpovědí (14,86 %) a pouze v jednom případě byla vybrána možnost jiné a zde respondent uvedl, že by použil online překladač Google.

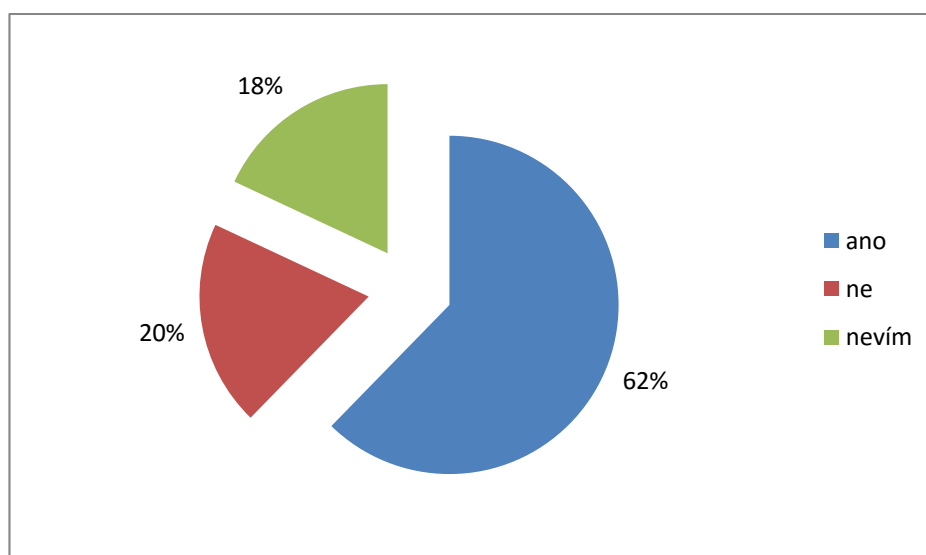
**Položka 11 – Myslíte si, že na Vašem pracovišti jsou brány ohledy na specifika pacientů jiných národností nebo kultur? (například na jejich odlišné stravovací návyky, duchovní potřeby...)**

Tabulka 12 Braní ohledů na specifika pacientů jiných národností nebo kultur

<b>Specifika</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
ano	38	62,30 %
ne	12	19,67 %
nevím	11	18,03 %
<b>Celkem</b>	<b>61</b>	<b>100,00 %</b>



Graf 11 Brání ohledů na specifika pacientů jiných národností nebo kultur



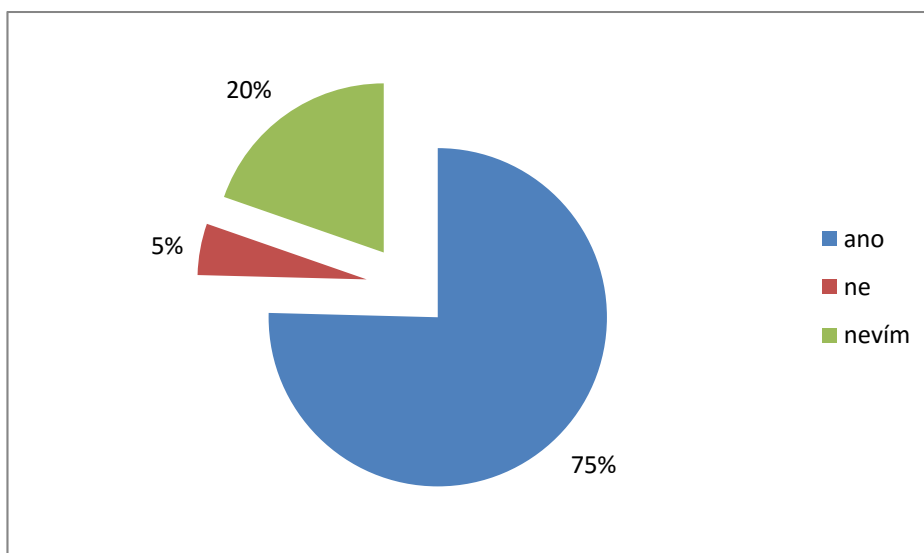
Z celkového počtu 61 respondentů uvedlo 45 (62,30 %), že jsou na jejich pracovišti brány ohledy na odlišná specifika pacientů z jiných národností či kultur, 12 respondentů (19,67 %) uvedlo, že na jejich pracovišti brány ohledy nejsou a 11 respondentů (18,03 %) neví, zda jsou brány ohledy na specifika těchto pacientů.

### Položka 12 – Umožňujete pacientům například modlitbu?

Tabulka 13 Specifikum pacientů – modlitba

Modlitba	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	46	75,41 %
ne	3	4,92 %
nevím	12	19,67 %
<b>Celkem</b>	<b>61</b>	<b>100,00 %</b>

Graf 12 Specifika pacientů – modlitba



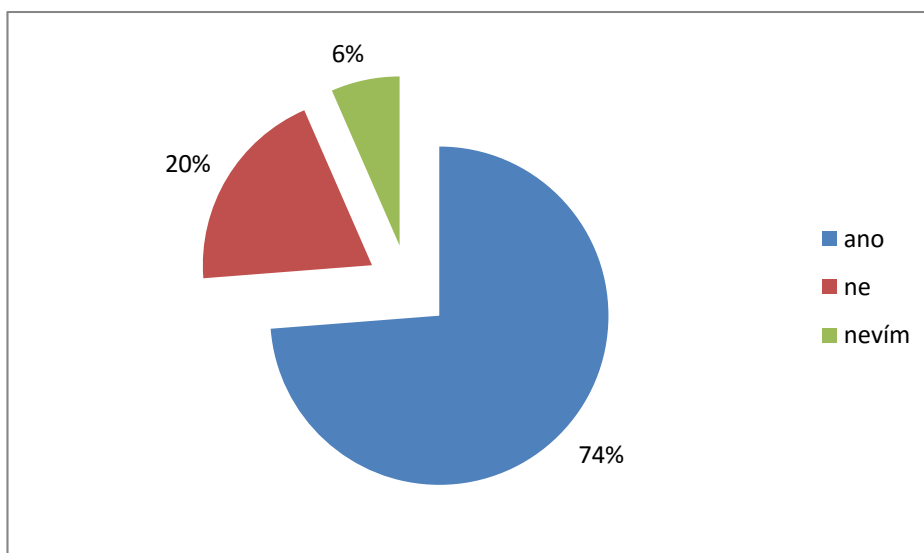
V této položce jsme zkoumali, zda respondenti umožňují konkrétní činnost pacientům jiných národností a to modlitbu, jelikož pro mnoho národností může být právě modlitba mnohem důležitější než pro nás. 46 respondentů (75,41 %) uvedlo, že tuto činnost pacientům umožňují, malý počet respondentů, celkem 3 (4,92 %) uvedli, že tuto činnost neumožňují a 12 respondentů neví, lze tedy předpokládat, že se s touto zkušeností nesetkali.

### Položka 13 – Zajímáte se o jejich odlišné stravovací návyky?

Tabulka 14 Odlišné specifikum pacientů – stravovací návyky

Stravovací návyky	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	45	73,77 %
ne	12	19,67 %
nevím	4	6,56 %
<b>Celkem</b>	<b>61</b>	<b>100,00 %</b>

Graf 13 Odlišné specifikum pacientů – stravovací návyky



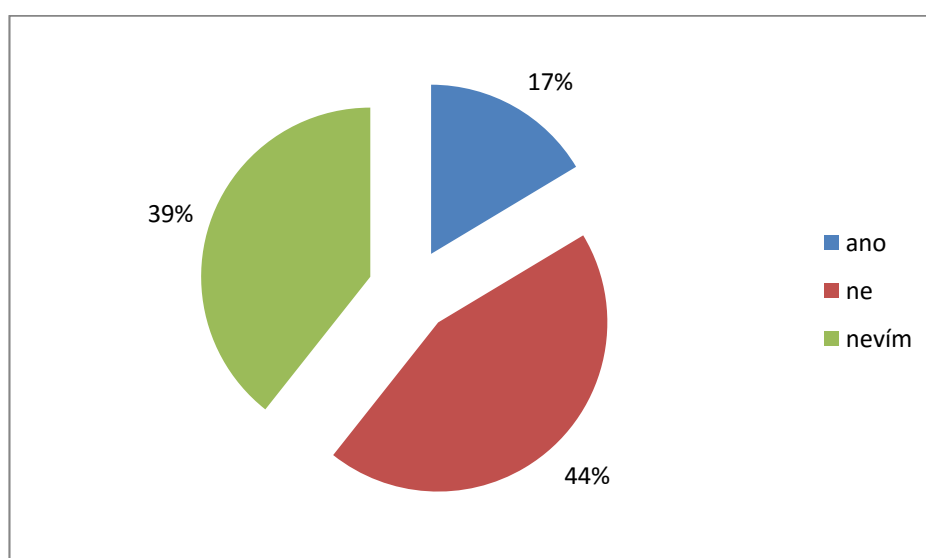
V této položce jsme zkoumali, zda jsou brány specifika i na odlišné stravovací návyky, v tomto případě už byly výsledky jiné, téměř stejné procento respondentů jako u předešlé položky se o odlišné stravovací návyky zajímá, tedy 45 respondentů (73,77 %), v této položce na rozdíl od předešlé však více respondentů uvedlo, že se o odlišné stravovací návyky nezajímá, celkem 12 (19,67 %) respondentů. Lze předpokládat, že je to spíše z důvodu toho, že se jídlo pro pacienty připravuje v jídelně a sestry nejsou schopny tolik ovlivnit jeho složení. Pouze 4 respondenti (6,56 %) neví, zda jsou brány ohledy na odlišná specifika ve stravovacích návycích.

**Položka 14 – Provádí Vaše zdravotnické zařízení semináře, či školení týkající se problematiky multikulturního ošetřovatelství?**

Tabulka 15 Semináře či školení

Vzdělávání	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	10	16,39 %
ne	27	44,26 %
nevím	24	39,35 %
<b>Celkem</b>	<b>61</b>	<b>100,00 %</b>

Graf 14 Semináře či školení



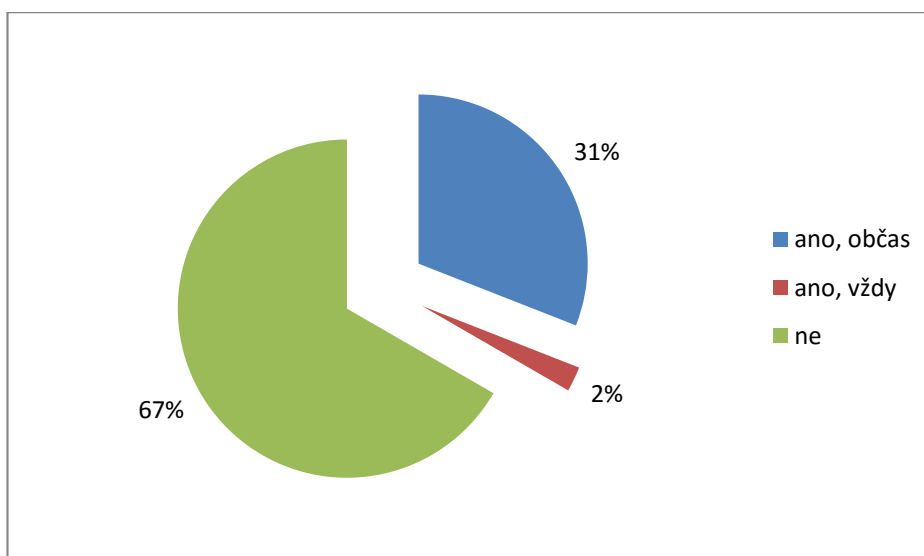
Zde nás zajímalo, zda vůbec zdravotnická zařízení uskutečňují semináře či školení zaměřená na multikulturní ošetřovatelství z celkového počtu 61 respondentů uvedlo pouze 10 (16,39 %), že ano, 27 respondentů (44,26 %) tedy největší procento uvedlo, že jejich zdravotnické zařízení tato školení neprovádí. 24 respondentů (39,35 %) neví, lze tedy předpokládat, že o vzdělávání v této problematice nejeví zájem.

### Položka 15 – Pokud ano, účastníte se těchto seminářů či školení?

Tabulka 16 Účast na seminářích či školení

Účast	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano, občas	13	30,95 %
ano, vždy	1	2,38 %
ne	28	66,67 %
<b>Celkem</b>	<b>42</b>	<b>100,00 %</b>

Graf 15 Účast na seminářích či školení



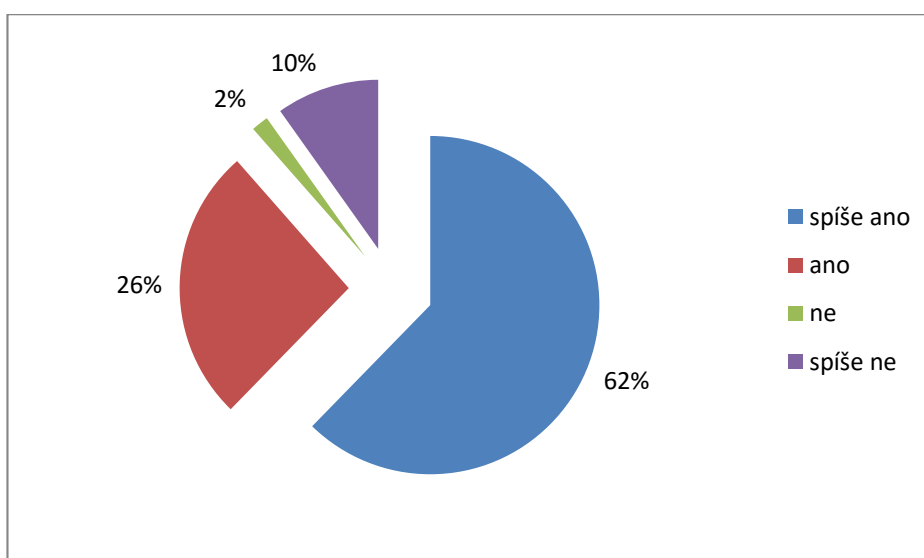
Tato položka nebyla povinná pro všechny respondenty, pouze pro ty, kterým jejich zdravotnické zařízení umožňuje semináře týkající se problematiky multikulturního ošetrovatelství, předešlá položka popisuje, že jich bylo pouze 10, nicméně tuto položku vyplnilo nakonec více respondentů, tudíž to nelze brát jako objektivní. Pouze 1 respondent (2,38 %) uvedl, že se vždy účastní školení či seminářů, 13 respondentů (30,95 %) uvedlo, že občas se těchto školení účastní a 28 respondentů (66,67 %) se seminářů neúčastní.

**Položka 16 – Uvítal/a byste školení či semináře týkající se problematiky multikulturního ošetřovatelství?**

Tabulka 17 Zájem o školení či semináře

Zájem	Absolutní četnost	Relativní četnost
spíše ano	38	62,29 %
ano	16	26,23 %
ne	1	1,64 %
spíše ne	6	9,84 %
<b>Celkem</b>	<b>61</b>	<b>100,00 %</b>

Graf 16 Zájem o školení či semináře



V poslední položce jsme se zaměřili na zájem respondentů o školení či semináře, které by je obohatily o informace v oblasti problematiky multikulturního ošetřovatelství. Výsledky jsou uspokojivé, 38 respondentů (62,29 %) uvedlo spíše ano, s určitostí by školení či semináře uvítalo 16 respondentů (26,23 %), pouze 1 respondent (1,64 %) uvedl, že by neměl zájem o vzdělávání se v oblasti této problematiky a spíše ne uvedlo také malé množství respondentů, a to 6 (9,84 %).

Z výsledků je tedy zřejmé, že větší procento respondentů má zájem se v oblasti multikulturního ošetrovatelství vzdělávat.

## 7.4 VÝSLEDKY TESTU CHÍ-KVADRÁT

K potvrzení či vyvrácení hypotéz jsme použili test nezávislosti chí-kvadrát s pomocí programu (<http://www.milankabrt.cz/testNezavislosti/index.php>).

**V první hypotéze** jsme zjišťovali, zda spolu souvisí léta praxe sester se zkušenostmi v ošetrování pacientů odlišných národností, kultur či etnik. Z dotazníku jsme vybrali otázky týkající se délky praxe sester a počtu ošetřených pacientů.

Vybrané otázky z dotazníku:

Jak dlouho již pracujete ve zdravotnictví?

- a) 0–4 roky
- b) 5–10 let
- c) 11–15 let
- d) 16–20 let
- e) 20 a více let

Kolik pacientů jiné národnosti nebo kultury jste během své praxe ošetroval/a?

- a) 1–5
- b) 6–10
- c) 11–15
- d) 16 a více

Znak 1 – léta praxe sester

Znak 2 – počet ošetřených pacientů

Úkol testu: rozhodnout, zda sestry s více letou praxí budou mít více zkušeností s ošetrováním pacientů jiných národností, kultur či etnik.

Tabulka 18a – Skutečné četnosti

	0–4 roky	5–10 let	11–15 let	20 a více	<b>Celkem</b>
1–5	31	0	1	4	<b>36</b>
6–10	6	4	0	1	<b>11</b>
11–15	0	3	1	1	<b>5</b>
16 a více	3	0	0	4	<b>7</b>
<b>Celkem</b>	<b>40</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>10</b>	<b>59</b>

Ve sloupcích tabulky jsou vyjádřené hodnoty znaku 1 – léta praxe sester a v řádcích tabulky jsou vyjádřené hodnoty znaku 2 – počet ošetřených pacientů. Např. 31 sester, které pracují v délce 0–4 roky ošetřovaly 1–5 pacientů jiné národnosti. Mezi hodnotami znaku 1 není uvedena kategorie délka praxe 16–20 let, jelikož se s touto skupinou neztotožnil žádný respondent.

Tabulka 18b – Očekávané četnosti

	0–4 roky	5–10 let	11–15 let	20 a více	<b>Celkem</b>
1–5	24,41	4,27	1,22	6,1	<b>36</b>
6–10	7,46	1,31	0,37	1,86	<b>11</b>
11–15	3,39	0,59	0,17	0,85	<b>5</b>
16 a více	4,75	0,83	0,24	1,19	<b>7</b>
<b>Celkem</b>	<b>40</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>10</b>	<b>59</b>

Zjišťovali jsme, zda souvisí délka praxe sester s počtem ošetřených pacientů jiné národnosti. Vypočtená hodnota testového kritéria s hladinou významnosti 0,1 % je 39,052, kritická hodnota je 27,877. Na hladině významnosti 0,1 % nulovou hypotézu o nezávislosti jednotlivých znaků zamítáme a přijímáme hypotézu alternativní, která nám říká, že mezi délkou ošetrovatelské praxe a počtem ošetřených pacientů jiné národnosti určitá závislost existuje.



**V druhé hypotéze** jsme zjišťovali, zda spolu souvisí věk sester a schopnost dorozumět se s pacientem jiné národnosti. Z dotazníku jsme vybrali otázky týkající se věku respondentů a schopnosti dorozumět se.

Vybrané otázky z dotazníku:

Jaký je Váš věk?

- a) 19–25 let
- b) 26–35 let
- c) 36–45 let
- d) 46–55 let
- e) 56 let a více

Bylo by pro Vás obtížné se s pacientem jiné národnosti dorozumět?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) spíše ne

Znak 1 – věk sester

Znak 2 – schopnost dorozumět se

Úkol testu: rozhodnout, zda pro mladší sestry nebude tak obtížné se s pacienty jiné národnosti dorozumět.

Tabulka 19a – Skutečné četnosti

	19–25 let	26–35 let	36–45 let	46–55 let	56 a více	<b>Celkem</b>
ano	2	2	0	1	1	<b>6</b>
spíše ano	14	4	2	4	0	<b>24</b>
ne	11	4	0	0	0	<b>15</b>
spíše ne	12	1	1	2	0	<b>16</b>
<b>Celkem</b>	<b>39</b>	<b>11</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>61</b>

Ve sloupcích tabulky jsou vyjádřené hodnoty znaku 1 – věk sester a v řádcích tabulky jsou vyjádřené hodnoty znaku 2 – schopnost dorozumět se. Např. 2 sestry, které jsou ve věku 19–25 let uvedly ano v otázce, zda by pro ně bylo obtížné se s pacientem jiné národnosti dorozumět.

Tabulka 19b – Očekávané četnosti

	19–25 let	26–35 let	36–45 let	46–55 let	56 a více	<b>Celkem</b>
ano	3,84	1,08	0,3	0,69	0,1	<b>6</b>
spíše ano	15,34	4,33	1,18	2,75	0,39	<b>24</b>
ne	9,59	2,7	0,74	1,72	0,25	<b>15</b>
spíše ne	10,23	2,89	0,79	1,84	0,26	<b>16</b>
<b>Celkem</b>	<b>39</b>	<b>11</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>61</b>

Vypočtená hodnota testového kritéria s hladinou významnosti 0,1 % je 17,29, kritická hodnota je 32,91. Na hladině významnosti 0.1 % nulovou hypotézu o nezávislosti jednotlivých znaků nezamítáme.

**Ve třetí hypotéze** jsme zjišťovali, zda spolu souvisí zkušenosti sester v ošetřování pacientů jiných národností a zájem o vzdělávání se v multikulturním ošetřovatelství. Z dotazníku jsme vybrali otázky týkající se počtu ošetřených pacientů a zájmu o školení či semináře v oblasti multikulturního ošetřovatelství.

Vybrané otázky z dotazníku:

Kolik pacientů jiné národnosti nebo kultury jste během své praxe ošetřoval/a?

- a) 1–5
- b) 6–10
- c) 11–15
- d) 16 a více

Uvítal/a byste školení či semináře týkající se problematiky multikulturního ošetrovatelství?

- a) spíše ano
- b) ano
- c) ne
- d) spíše ne

Znak 1 – počet ošetřených pacientů

Znak 2 – zájem o další vzdělávání

Úkol testu: rozhodnout, zda sestry s více zkušenostmi v ošetrování pacientů jiných národností budou mít větší zájem o vzdělávání v oblasti multikulturního ošetrovatelství.

Tabulka 20a – Skutečné četnosti

	1–5	6–10	11–15	16 a více	<b>Celkem</b>
spíše ano	20	7	4	5	<b>36</b>
ano	12	3	0	1	<b>16</b>
ne	0	0	0	1	<b>1</b>
spíše ne	4	1	1	0	<b>6</b>
<b>Celkem</b>	<b>36</b>	<b>11</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>59</b>

Ve sloupcích tabulky jsou vyjádřené hodnoty znaku 1 – počet ošetřených pacientů a v řádcích tabulky jsou vyjádřené hodnoty znaku 2 – zájem o vzdělávání. Např. 20 sester, které ošetrovaly 1–5 pacientů jiné národnosti, uvedlo spíše ano v otázce, zda by uvítaly školení či semináře v oblasti multikulturního ošetrovatelství.

Tabulka 20b – Očekávané četnosti

	1–5	6–10	11–15	16 a více	<b>Celkem</b>
spíše ano	21,97	6,71	3,05	4,27	<b>36</b>
ano	9,76	2,98	1,36	1,9	<b>16</b>
ne	0,61	0,19	0,08	0,12	<b>1</b>
spíše ne	3,66	1,12	0,51	0,71	<b>6</b>
<b>Celkem</b>	<b>36</b>	<b>11</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>59</b>

Vypočtená hodnota testového kritéria s hladinou významnosti 0,1 % je 11,469, kritická hodnota je 27,877. Na hladině významnosti 0.1 % nulovou hypotézu o nezávislosti jednotlivých znaků nezamítáme.

## 8 DISKUZE

V bakalářské práci jsme se zaměřili na zkušenosti sester v oblasti multikulturního ošetřovatelství.

Není snadné srovnávat práci se zaměřením na tuto problematiku s pracemi jiných autorů, jelikož mnoho autorů se zabývá konkrétními oblastmi multikulturního ošetřovatelství, například problematikou ošetřování romského etnika, či ošetřování vietnamské menšiny a podobně, kdežto naše práce má spíše obecný charakter.

Některé položky našeho průzkumu jsme porovnali s bakalářskou prací Radany Uhýrkové, která absolvovala univerzitu Tomáše Bati ve Zlíně, v roce 2011. Její práce se jmenovala Multikulturní ošetřovatelství v přednemocniční péči očima záchranářů, tento průzkum tvořilo celkem 134 respondentů. Sice je to práce zaměřená na záchranáře nikoliv na všeobecné sestry, ale našli jsme zde podobné položky, na které jsme se zaměřili a které můžeme porovnávat.

Jeden z výsledků v jejím šetření ukázal, že všech 134 (100 %) respondentů se setkalo s odlišnými národnostními menšinami, v našem průzkumu to bylo 59 respondentů (97 %), kteří měli zkušenost s ošetřováním pacientů odlišných národností, kultur či etnik. Výsledky jsou tedy velice podobné a liší se pouze ve 3 %. Dále pak její výsledky ukazují, že se respondenti nejvíce setkávají s Romy 124 (40,13 %) odpovědí zaujímali Romové, v našem průzkumu se také Romové dostali na první pozici v oblasti ošetřování. Uhýrková se také zaměřila na cizí jazyk, kterým respondenti hovoří. V jejím průzkumu byl však nejvíce zastoupen jazyk ruský 80 (33,76 %) z jejího celkového počtu odpovědí 237 (100 %), kdežto v našem průzkumu figuroval jazyk anglický 44 (61,11 %) ze 72 (100 %) odpovědí. Zaměřila se také na zájem respondentů o odborný seminář. Avšak v jejím průzkumu by pouze 31 (23,13 %) respondentů mělo zájem o odborný seminář, i kdyby si ho měli sami uhradit, v našem průzkumu uvedlo 38 (62,29 %) respondentů spíše ano v otázce, zda by uvítali školení či semináře a ano uvedlo 16 (26,23 %) respondentů. Náš výsledek považujeme tedy za úspěšnější.

## **Doporučení pro praxi**

Vzhledem k výsledkům, které vyplývají z našeho průzkumu, můžeme stanovit následující doporučení pro praxi, které je směřované jak pro všeobecné sestry, tak pro zdravotnická zařízení.

### **Doporučení pro všeobecné sestry:**

- věnovat větší pozornost specifikům pacientů odlišných národností či kultur
- účastnit se seminářů či školení, dále se vzdělávat
- zdokonalovat své jazykové dovednosti

### **Doporučení pro zdravotnická zařízení:**

- umožnit všeobecným sestřám vzdělávací programy zaměřené na multikulturní ošetřovatelství
- umožnit jazykové kurzy či jiné aktivity směřující ke zlepšení jazykových dovedností
- zlepšit alternativní způsoby komunikace, především zajistit tlumočnické služby pro nemocnice

## ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit rozsah zkušeností sester v oblasti multikulturního ošetrovatelství.

Významnou položkou v průzkumu se stal počet sester, které mají zkušenosti s ošetřováním pacientů jiných národností, kultur či etnik. Téměř 97 % sester potvrdilo tuto zkušenost, tato položka byla pro náš výzkum stěžejní, jelikož poukazuje na četnost výskytu cizinců v našich zdravotnických zařízeních a tudíž na význam vzdělávání sester nejen v oblasti multikulturního ošetrovatelství, ale také v oblasti jazykových dovedností.

V práci byly také stanoveny dílčí cíle, na které jsme se zaměřili. Jedním z těchto cílů bylo zjistit, kolik pacientů sestry přibližně ošetřily, kdy nejvíce sester, celkem 61,02 % uvedlo, že během své pracovní kariéry ošetřily 1–5 pacientů jiných národností, kultur či etnik. V dalším cíli jsme zjišťovali, s jakou odlišnou národností, etnikem či kulturou se sestry ze zkoumaného souboru setkávají nejvíce. Není překvapující, že se nejvíce setkávají s romským etnikem vzhledem k počtu Romů, kteří žijí na našem území, jak je rovněž uvedeno v teoretické části. Celkem 22,80 % odpovědí se týkalo romského etnika. V dalším cíli jsme zjišťovali, jak sestry hodnotí své jazykové dovednosti, bohužel 39 % sester uvedlo spíše ano v otázce, zda by pro ně bylo obtížné se s pacientem dorozumět, z čehož vyplývá, že hodnotí své jazykové dovednosti spíše negativně. V dalším cíli jsme se zaměřili na to, zda jsou brány ohledy na odlišná specifika pacientů, 62 % sester uvedlo, že jejich zdravotnická zařízení berou ohledy na odlišná specifika pacientů jiných národností, kultur či etnik. Uspokojivý byl výsledek posledního cíle, ve kterém jsme se zaměřili na zájem sester se v oblasti multikulturního ošetrovatelství dále vzdělávat. Celkem 62,29 % sester uvedlo spíše ano v otázce, zda by uvítaly školení či semináře, týkající se této problematiky.

V práci jsme také stanovili tři pracovní hypotézy. V první hypotéze jsme zkoumali, zda sestry s víceletou praxí budou mít více zkušeností s ošetřováním pacientů odlišných národností či kultur. Potvrdila se nám hypotéza alternativní, která říká, že mezi délkou ošetrovatelské praxe a počtem ošetřených pacientů jiné

národnosti určitá závislost existuje. V druhé hypotéze jsme zkoumali, zda pro mladší sestry nebude tak obtížné se s pacientem jiné národnosti dorozumět. V tomto případě nulovou hypotézu o nezávislosti jednotlivých znaků nezamítáme. A ve třetí hypotéze jsme zkoumali, zda sestry s více zkušenostmi v oblasti ošetřování pacientů jiných národností budou mít větší zájem se v oblasti multikulturního ošetřovatelství dále vzdělávat a i v tomto případně nulovou hypotézu nezamítáme.

Všechny stanovené cíle jsme splnili a domníváme se, že je potřeba tomuto tématu věnovat další pozornost, vzhledem k migrační krizi a k přibývajícimu počtu cizinců v našich zdravotnických zařízeních.



## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. 2014. *Cizinci: Počet cizinců* [online]. [cit. 2016-03-20]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/cizinci/cizinci-pocet-cizincu>.

ELBERTOVÁ, Zuzana. 2010. Jazykové bariéry v českém zdravotnictví. In: *Lékařské listy*. [online]. 1(1), 2, [cit. 2016-03-20]. Dostupné z: <http://www.alfacz-preklady.cz/novinky/jazykove-bariery-v-ceskem-zdravotnictvi/>.

HORŇÁKOVÁ, Anna, 2008. Multikulturní komunikace při ošetřování klienta jiné kultury. In: *Sestra*. 18(9), 23-24. ISSN 1210-0404.

IVANOVÁ, K., L. ŠPIRUDOVÁ a J. KUTNOHORSKÁ, 2005. *Multikulturní ošetřovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1212-1.

JUŘENÍKOVÁ, Petra, 2010. *Zásady edukace v ošetřovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-6482-5.

KÁBRT, M., 2011. *Aplikovaná statistika* [online]. Test chí-kvadrát nezávislosti v kontingenční tabulce. [cit. 2016-03-20]. Dostupné z: <http://www.milankabrt.cz/testNezavislosti/step2.php>.

KNEZOVIĆ, Renata a Rebeka RALBOVKSÁ, Aplikácia etických princípov do multikulturného prístupu v rámci zdravotnej starostlivosti. In: *Aspekty práce pomáhajících profesí: konference AWHP: sborník z konference*, Praha: Manus, 2012. s. 128-145.

KOLEKTIV, 2003. *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče: respektování jejich transkulturní/multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN 80-7042-344-7.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2006. Multikulturní/transkulturní komunikace. In: *Interní medicína pro praxi*. 8(2), 96-98. ISSN 1212-7299.

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

MAREŠ, Jiří a Eva VACHKOVÁ, 2011. *Pacientovo pojetí nemoci III*. Brno: MSD. ISBN 978-80-7392-191-0.

MASTILIAKOVÁ, Dagmar, 2007. *Implementace multikulturní variability do kulturní identity české společnosti a její odraz ve zdravotnické praxi: podpora multikulturního ošetrovatelského přístupu v celoživotním zdravotnickém vzdělávání u nelékařských oborů*. 1. vyd. Opava: Slezská univerzita v Opavě. ISBN 978-80-7248-406-5.

NĚMCOVÁ, J. a kol., 2015. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Třetí vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978-80-904955-9-3.

PAVELOVÁ, L., I. NÁDASKÁ a M. LÍŠKOVÁ, 2015. Výživa a multikulturní ošetrovatelství. In: *Sestra*, **15**(3), 28-30. ISSN 1210-0404.

PAVLÍKOVÁ, Slavomíra, 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1211-3.

*Slovník cizích slov* [online]. 2005. [cit. 2016-03-20]. Dostupné z: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/>.

*Survio* [online]. 2012. [cit. 2016-03-20]. Dostupné z: <http://www.survio.com/cs/>.

ŠPIRUDOVÁ, L a kol., 2006. *Multikulturní ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada, ISBN: 80-247-1213-X.

TÓTHOVÁ, Valérie, 2012. *Zajištění kulturně diferencované ošetrovatelské péče ve vybraných minoritách v České republice*. Praha: Iga MZ ČR. Číslo grantové zprávy NS9606.

TÓTHOVÁ, Valérie, 2008. *Tematické kurzy celoživotního vzdělávání pro profesi všeobecná sestra*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.

UHÝRKOVÁ, Radana, 2011. *Multikulturní ošetrovatelství v přednemocniční neodkladné péči očima záchranářů*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Bakalářská práce. Fakulta humanitních studií.

URÍČKOVÁ, Alena a Jana BOROŇOVÁ. Komunikačné karty - alternatívna forma komunikácie v multikultúrnom ošetrovatel'stve. In: *Cesta k profesionálnému ošetrovatel'ství: sborník příspěvků Slezské konference ošetrovatel'ství s mezinárodní účastí*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2008. s. 81-83.

# PŘÍLOHY

Příloha A – Dotazník.....	I
Příloha B – Rešeršní protokol.....	VI
Příloha C – Čestné prohlášení.....	VII

## DOTAZNÍK

Dobrý den,

jsem studentkou Vysoké školy zdravotnické v Praze a obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku, který mi poslouží, jako podklad pro vytvoření mé bakalářské práce na téma zkušenosti sester v oblasti multikulturního ošetřovatelství.

Dovoluji si Vás také požádat, aby Vaše odpovědi byly pravdivé. Zakroužkujte odpovědi, se kterými se nejvíce ztotožňujete. Dotazník je zcela anonymní a zabere pouze pár minut.

Předem děkuji za spolupráci.

Tereza Pařilová

1. Jaký je Váš věk?

- a) 19–25 let
- b) 26–35 let
- c) 36–45 let
- d) 46–55 let
- e) 56 let a více

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) středoškolské
- b) vyšší odborné
- c) vysokoškolské

3. Jak dlouho již pracujete ve zdravotnictví?

- a) 0–4 roky
- b) 5–10 let
- c) 11–15 let
- d) 16–20 let
- e) 20 a více let

4. Ošetřoval/a jste během své praxe pacienta jiné národnosti, kultury či etnika?  
(pokud ne, pokračujte otázkou č. 7)

- a) ano
- b) ne

5. Kolik pacientů jiné národnosti nebo kultury jste během své praxe ošetřoval/a?

- a) 1–5
- b) 6–10
- c) 11–15
- d) 16 a více

6. Které pacienty jiných národností nebo kultur jste ošetřoval/a? (možnost více odpovědí)

- a) Slováky
- b) Vietnamce
- c) Ukrajince
- d) Romy
- e) Němce
- f) jiné (uved'te jaké).....

7. Bylo by pro Vás obtížné se s pacientem jiné národnosti dorozumět?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) spíše ne

8. Jakým jazykem byste s pacientem hovořil/a? (možnost více odpovědí)

- a) anglicky
- b) německy
- c) rusky
- d) nedomluví se žádným cizím jazykem
- e) jiný (uved'te jaký).....

9. Myslíte si, že je důležité, aby sestra znala alespoň jeden cizí jazyk na komunikativní úrovni?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

10. Pokud byste se s pacientem nedorozuměla, jaké z následujících alternativních způsobů komunikace byste upřednostňoval/a? (možnost více odpovědí)

- a) tlumočnick
- b) komunikační karty s obrázky
- c) gestikulace a mimika
- d) demonstrace (názorná ukázka)
- e) slovník
- f) jiné (uved'te jaké).....

11. Myslíte si, že na Vašem pracovišti jsou brány ohledy na specifika pacientů jiných národností nebo kultur? (například na jejich odlišné stravovací návyky, duchovní potřeby...)

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

12. Umožňujete pacientům například modlitbu?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

13. Zajímáte se o jejich odlišné stravovací návyky?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

14. Provádí Vaše zdravotnické zařízení semináře, či školení týkající se problematiky multikulturního ošetřovatelství?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

15. Pokud ano, účastníte se těchto seminářů či školení?

- a) ano, občas
- b) ano, vždy
- c) ne



16. Uvítal/a byste školení či semináře týkající se problematiky multikulturního ošetrovatelství?

- a) spíše ano
- b) ano
- c) ne
- d) spíše ne

ZKUŠENOSTI SESTER V OBLASTI MULIKULTURNÍHO  
OŠETŘOVATELSTVÍ

Tereza Pařilová

Jazykové vymezení:	angličtina, čeština
Klíčová slova:	multikulturní ošetrovatelství – multicultural nursing, transkulturní ošetrovatelství – transcultural nursing, zkušenosti sester – experiences of nurses
Časové vymezení:	2005 – 2015
Druhy dokumentů:	vysokoškolské práce, knihy, články, příspěvky ve sborníku, elektronické zdroje
Počet záznamů:	71 (vysokoškolské práce: 1, knihy: 21, články a příspěvky ve sborníku 30, elektronické zdroje: 19)
Použitý citační styl:	Harvardský, ČSN ISO 690-2:2011 (česká verze mezinárodních norem pro tvorbu citací tradičních a elektronických dokumentů).
Základní prameny:	katalog Národní lékařské knihovny ( <a href="http://www.medvik.cz">www.medvik.cz</a> ) databáze vysokoškolských prací ( <a href="http://www.theses.cz">www.theses.cz</a> )

## ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem ZKUŠENOSTI SESTER V OBLASTI MULTIKULTURNÍHO OŠETŘOVATELSTVÍ v rámci studia/odborné praxe realizované na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne .....

.....

Jméno a příjmení studenta