



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta  
Ústav humanitních studií v pomáhajících profesích

## Diplomová práce

Porovnání interkulturních kompetencí ošetrovatelského  
personálu v ČR a německy mluvících oblastech

Vypracovala: Bc. Tereza Týleová  
Vedoucí práce: Mgr. Vlastimila Ptáčnicková, Ph. D.  
České Budějovice 2016

## **Abstrakt**

Zvyšující se migrace obyvatelstva v 21. století zapříčiňuje vznik multikulturní společnosti. S narůstajícím počtem cizinců v jednotlivých zemích lze předpokládat i nárůst počtu pacientů/klientů odlišných kultur ve zdravotnických zařízeních. Tyto skutečnosti si žádají moderní pojetí ošetrovatelství, rozvíjení transkulturního ošetrovatelství, zařazení multikulturní/transkulturní výchovy do zdravotnických škol a rozvoj multikulturní kompetence u ošetrovatelského personálu. Výsledkem těchto potřebných změn by mělo být poskytnutí efektivní ošetrovatelské péče kulturně uzpůsobené pacientovi/klientovi, která bude brát ohled na specifika, zvyky a tradice jeho kultury a která mu saturuje všechny jeho bio–psycho–socio–spirituální potřeby v souladu s jeho rasou, národností nebo vírou.

Diplomová práce se zabývá multikulturním ošetrovatelstvím, má za úkol zmapovat úroveň multikulturních kompetencí ošetrovatelského personálu a prozkoumat, jaké podmínky poskytují nemocnice ošetrovatelskému personálu k poskytování kulturně uzpůsobené ošetrovatelské péče pacientům cizincům.

Výsledky výzkumu podají přehled o stavu kulturně kompetentní péče ve srovnatelných zdravotnických zařízeních v České republice, Německu, Rakousku a Švýcarsku a budou poskytnuty jako zpětná vazba zařízením, ve kterých byl prováděn dotazníkový průzkum. Takové sdělení může pomoci managementu nemocnic odhalit případné nedostatky v poskytování ošetrovatelské péče a být vodítkem pro případné nasměrování dalšího vzdělávání jejich ošetrojícího personálu.

Teoretická část práce definuje základní pojmy věnující se kultuře, etniku, rase či národu, je formulován rozdíl mezi pojmy multikulturní – interkulturní – transkulturní. Dále se teoretická část věnuje charakteristice multikulturního/transkulturního ošetrovatelství, multikulturní výchovy a kulturně kompetentní péče, rozpracovává nejběžnější oblasti specifických kulturních potřeb jedince, jimiž jsou komunikace, spiritualita, stravování nebo hygienická péče. Jsou zde též stručně rozpracovány modely pro rozvíjení kulturní kompetence, a to model rozvíjení kulturní kompetentnosti J. C. Bacote, model kulturních kompetencí I. Papadopoulosové a spoluautorek M. Tilkiové a G. Taylorové a Purnellův model získávání kulturních kompetencí. Dále jsou stručně

rozpracovány modely pro získávání kulturních dat, jimiž jsou model vycházejícího slunce M. Leiningerové, model kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče autorem J. N. Gigerové a R. E. Davidhizarové a Blochův průvodce etnicko–kulturním posuzováním.

Empirická část práce se věnuje zpracování a vyhodnocení dat získaných během kvantitativního výzkumného šetření. Sběr dat byl proveden anonymním dotazníkovým šetřením mezi ošetrovatelským personálem interních a chirurgických oddělení nemocnic v České republice a německy mluvících zemích. Byla vybrána vždy jedna nemocnice z velkoměsta a jedna nemocnice z města menšího. V České republice to byly nemocnice v Praze a Táboře, v Německu nemocnice v Dortmundu a Cottbusu, v Rakousku nemocnice v Salzburgu a Weizu a ve Švýcarsku nemocnice v Aarau a St. Gallen. Sběr dat probíhal jednak on–line, jednak v podobě tištěných dotazníků, jejichž distribuce se uskutečnila osobně nebo poštou. Získaná data byla vyhodnocena a pro přehlednost zpracována do grafů a tabulek.

Z odpovědí respondentů vyplývá, že dotazovaná zdravotnická zařízení v České republice neposkytují svým zaměstnancům podmínky pro poskytování kulturně kompetentní ošetrovatelské péče na takové úrovni, jako je tomu u dotazovaných zdravotnických zařízení v německy mluvících oblastech. Taktéž se ukázalo, že jazykové schopnosti ošetrovatelského personálu dotazovaných nemocnic v České republice jsou nižší než u ošetrovatelského personálu v německy mluvících oblastech. Stejně tomu je i u úrovně multikulturních kompetencí, i tady nedosahuje náš ošetrovatelský personál zahraničnímu protějšku. Je nutno podotknout, že zkoumaný vzorek dvou nemocnic z každé země ještě není dostatečně velkým souborem pro paušalizování výsledků na celou Českou republiku a německy mluvící oblasti.

Klíčová slova:

Kultura, multikulturalita, transkulturní ošetrovatelství, iterkulturní kompetence, pacient/klient-cizinec

## **Abstract**

The increasing migration of population in the 21 century causes development of multicultural societies. With the increasing number of foreigners in individual countries it is possible to also presume an increasing number of patients/clients from different cultures in medical facilities. These facts require modern attitude to nursing, developing of transcultural nursing, implementing multi- and transcultural education in the health care education and propagation of multicultural conception of nursing between the nursing personnel. The result of these necessary changes should be the ability to provide effective nursing care which is culturally adjusted to the patient/client that would also take their specifics, customs and traditions of their culture into account and that would saturate all their biological, psychological, social and spiritual needs according to their race, nationality or belief. This thesis deals with multicultural nursing and confronts cultural competence of the nursing staff in Czech Republic with that in German-speaking countries.

This thesis aim is to state the level of multicultural competence of the nursing staff and explore conditions provided to the nursing personnel of the hospital for giving culturally adapted care to patients-foreigners.

The results of the research give an overview of the state of culturally competent care in comparable medical facilities in Czech Republic, Germany, Austria and Switzerland. They will also give a feedback to the questioned hospitals. Such information may alert their management to possible lack of knowledge of their nursing personnel and help them direct its further education.

The theoretical part of the theses defines the basic concepts regarding culture, ethnic groups, race or nation, formulates the difference between the terms “multicultural” and “transcultural” nursing, multicultural education and culturally competent care, compile the most common sections of specific cultural needs of the individuals, such as communication, spirituality, diet and hygiene. In short it also processes J. Campinha-Bacote’s model of cultural competence in health care delivery, the Papadopoulos, Tilki and Taylor Model for developing cultural competence and the Purnell Model for cultural competence. It also shortly deals with nursing

frameworks for acquiring cultural data, such as the Sunrise model from M. Leininger, the Giger and Davidhizar Transcultural assessment model and Bloch's ethnic/cultural assessment guide.

The empirical part processes and evaluates data obtained during the quantitative research. The accumulation of the data was conducted through anonymous questionnaires that were distributed between the nursing personnel of internal and surgical wards of the hospitals in Czech Republic and in German-speaking countries.

Every time a hospital in a smaller and one in a larger city was selected. In Czech Republic these were hospitals in Prague and in Tábor, in Germany a hospital in Dortmund and one in Cottbus, in Austria the hospitals in Salzburg and in Weiz and in Switzerland a hospital in Aarau and one in St. Gallen. The collection of the data was conducted either on-line or by way of printed questionnaire forms. The acquired data were valorized and sorted into diagrams and tables for further clarity.

From the respondent's answers follows that the queried medical facilities in Czech Republic do not provide sufficient conditions for their workers to give culturally competent nursing care on such a level, as it is at the facilities questioned in the German-speaking areas. The results also show that language skills of the nursing personnel in these hospitals in Czech Republic are worse than those in the German-speaking countries. With the level of multicultural competence the situation is similar; in this field Czech nursing personnel does not match their foreign counterpart. It is necessary to remark that this research sample of two hospitals from each of the countries is insufficient for the results to be applied on the whole Czech Republic or German speaking countries.

Keywords:

Culture, multiculturalism, transcultural nursing, intercultural competence, foreign patient/client

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 18. 8. 2016

.....

Bc. Tereza Týleová

### **Poděkování**

Ráda bych poděkovala vedoucí práce paní Mgr. Vlastimile Ptáčnickové, Ph. D. za odborné vedení, cenné rady, trpělivost a čas, který mi věnovala. Děkuji také paní Mgr. Olze Dvořáčkové za pomoc při statistickém zpracování výsledků výzkumného šetření. V neposlední řadě patří poděkování všem odpovědným osobám, které mi umožnily provedení výzkumu, stejně tak i respondentům, kteří vyplnili dotazník.

# Obsah

<b>ÚVOD .....</b>	<b>10</b>
<b>1 SOUČASNÝ STAV.....</b>	<b>12</b>
1.1 ZÁKLADNÍ POJMY .....	12
1.1.1 <i>Kultura</i> .....	12
1.1.2 <i>Etnicita</i> .....	14
1.1.3 <i>Národ, národnost</i> .....	15
1.1.4 <i>Rasa, rasismus</i> .....	16
1.1.5 <i>Multikulturní / interkulturní / transkulturní, multikulturalismus</i> .....	17
1.2 FENOMÉN MIGRACE .....	19
1.2.1 <i>Menšinové zastoupení v České republice, Německu, Rakousku a ve Švýcarsku</i> .....	19
1.3 TRANSKULTURNÍ / MULTIKULTURNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ.....	20
1.3.1 <i>Definice a cíl multikulturního ošetřovatelství</i> .....	20
1.3.2 <i>Multikulturní výchova</i> .....	21
1.3.3 <i>Specifikace kulturních potřeb pacienta</i> .....	22
1.3.4 <i>Multikulturní kompetence v ošetřovatelství</i> .....	27
1.3.4.1 <i>Modely pro rozvíjení kulturní kompetence</i> .....	28
1.3.4.2 <i>Modely pro získávání kulturních dat</i> .....	31
<b>2 CÍLE A HYPOTÉZY PRÁCE .....</b>	<b>37</b>
2.1 CÍLE PRÁCE .....	37
2.2 HYPOTÉZY.....	37
<b>3 METODIKA VÝZKUMU .....</b>	<b>37</b>
3.1 METODIKA A TECHNIKA VÝZKUMU.....	37
3.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU .....	39
3.3 REALIZACE VÝZKUMU .....	40
3.4 STATISTICKÉ ZPRACOVÁNÍ DAT .....	41



<b>4</b>	<b>VÝSLEDKY</b> .....	<b>43</b>
4.1	POPISNÁ STATISTIKA DLE NEMOCNIC .....	43
4.2	POPISNÁ STATISTIKA ČR VERSUS NĚMECKÉ OBLASTI .....	87
4.3	STATISTICKÉ TESTOVÁNÍ HYPOTÉZ .....	99
<b>5</b>	<b>DISKUZE</b> .....	<b>104</b>
<b>6</b>	<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>119</b>
<b>7</b>	<b>SEZNAM POUŽITÝCH DROJŮ</b> .....	<b>122</b>
<b>8</b>	<b>SEZNAM TABULEK A GRAFŮ</b> .....	<b>130</b>
<b>9</b>	<b>PŘÍLOHY</b> .....	<b>133</b>

## Úvod

Žijeme v období globalizace, kterou je možné označit za spontánní proces vyznačující se mimo jiné multikulturní společností. Naše společnost se skládá z mnoha kultur žijících v různém složení v rozdílných společenských uspořádáních. Multikulturalita klade vysoké nároky nejen na příslušníky menšin žijících ve většinové společnosti, ale i na společenskou většinu.

V České republice se počet cizinců výrazně zvyšuje v posledních třech desetiletích, tedy od doby, kdy se uvolnily hranice kolem nejen politicky izolované Československé socialistické republiky. Nová situace umožnila našim občanům volně a svobodně cestovat do zahraničí a poznávat zejména svět a kulturu na západ od našich hranic. Prakticky ve stejné době se uskutečnil proces pádu totalitního režimu a nástup demokratizace v mnoha zemích východního bloku. I jejich obyvatelé ve velkém množství využívali možnost svobodně a beztravně vycestovat nejen jako turisté, ale i s cílem usadit se v zahraničí a začít zde pracovat a založit rodinu. Musíme si uvědomit, že vzhledem ke geografické poloze představovala naše republika pro občany z východních či jižních států, kteří se chtěli dostat do vytoužených západních zemí, nejbližší dobře dostupný cíl. Z tohoto důvodu prošlo naší zemí velké množství cizinců, kteří často chtěli po určité době pokračovat dál, například do Německa, Rakouska, Švýcarska nebo Francie. Již tehdy se samozřejmě objevily problémy v českých zdravotnických zařízeních, která ošetřovala pacienty-cizince bez znalostí jazyka, jejich kultury a dalších údajů. V první emigrantské vlně se mnoho nedostatků vyřešilo na základě dobré vůle, ochoty a porozumění pro migranty. Ale s postupující dobou se hodně změnilo, hlavně se zvýšil počet cizinců nejrůznějšího původu pobývajících na našem území, s čímž souvisí jejich vyšší počet mezi klienty zdravotnických zařízení. Celá naše společnost musí tento fakt přijmout a je potřeba, aby se vyrovnala s tím, že příslušníci národnostních menšin se stali její nedílnou součástí, a aby se naučila s menšinami žít, tj. respektovat jejich kulturní odlišnosti. Tento požadavek se týká i ošetrovatelského personálu.

V německy mluvících evropských státech nebyli pacienti-cizinci dříve žádnou vzácností vzhledem k celkem početným nastálo usazeným minoritám. Ale i tyto země

jsou v současnosti vystaveny velkému náporu cizinců. Multikulturní/transkulturní ošetrovatelství se tak stalo velmi aktuálním tématem nejen u nás. Každý jedinec má právo na saturaci bio-psycho-socio-spirituálních potřeb, ať je jakékoliv víry či rasy. Každému by se mělo dostat kulturně ohleduplné ošetrovatelské péče, která bude v souladu s jeho kulturou, tradicemi a zvyky.

Je známo, že psychický stav pacienta/klienta velmi ovlivňuje jeho úspěšné léčení, takže je potřeba, aby se ve zdravotnických zařízeních setkal s ošetrovatelským personálem, který bude obeznámen s problematikou multikulturního/transkulturního ošetrovatelství na vysoké úrovni.

Je otázkou, zda a do jaké míry je ošetrovatelský personál vybaven potřebnými znalostmi, které umožňují poskytnout kulturně kompetentní péči, a jak se v tomto ohledu liší situace v České republice a v německy mluvících zemích.

V každém případě by mělo probíhat zvyšování motivace sester k dalšímu vzdělávání v oblasti transkulturního ošetrovatelství, k nabytí kulturní kompetentnosti a k využívání modelů ke kulturnímu zhodnocení pacientů, což by mělo přinést potřebné informace o kulturních odlišnostech jedinců a vést k poskytování kulturně vhodné péče během ošetrovatelského procesu.

K volbě tématu mé diplomové práce mě přivedly zejména dvě skutečnosti. Za prvé fakt, že cizinců v nemocnicích přibývá velmi rychle, takže už v průběhu svého studia jsem mohla sledovat, jak se zdravotnické školství a nemocniční personál s tímto trendem vyrovnávají, nebo jaké jim naopak přináší potíže. Za druhé mám zkušenosti z absolvování 10měsíční praxe v německé nemocnici v rámci studentského vysokoškolského programu Erasmus, takže jsem na vlastní kůži mohla poznat odlišnosti mezi tammím zdravotnickým zařízením a českými nemocnicemi. Měla jsem zájem prozkoumat tyto odlišnosti a zjistit situaci v dalších nemocnicích.

Za cíl jsem si stanovila porovnat úroveň kulturních kompetencí ošetrovatelského personálu ve zdravotnických zařízeních v České republice, Německu, Rakousku a ve Švýcarsku a zjistit, zda samy nemocnice zajišťují sestřám dostačující podmínky k poskytování kulturně vhodné péče pacientovi/klientovi.

# 1 SOUČASNÝ STAV

## 1.1 ZÁKLADNÍ POJMY

### 1.1.1 *Kultura*

Pojem kultura je velmi široký a těžko jednoznačně definovatelný. Existuje mnoho vzájemně odlišných významů, ale v podstatě je kultura všechno, co člověka obklopuje, všechno, co je výsledkem lidské činnosti jak materiální, tak duchovní. Má normativní charakter, není vrozená ani geneticky podmíněná, předává se však z generace na generaci a člověk si ji osvojuje během svého života. Užší pojetí kultury se vztahuje k chování osob určitého společenství lidí, k jejich zvyklostem, normám, hodnotám a tradicím (Plevová, 2011).

Podle Ivanové (2008) je kultura jedním z klíčových pojmů multikulturního ošetrovatelství. Každý člověk, tudíž i pacient/klient je svým způsobem kulturní, žije v určité komunitě, různě velké skupině lidí, které jsou vlastní určité zvyklosti, tradice, obyčeje, přesvědčení, normy, morální zásady, zákony a víra. To všechno ovlivňuje specifickým způsobem myšlení, jednání a rozhodování jedince.

Dominantní kultura, respektive dominantní skupina nebo také hlavní či majoritní kultura/skupina zahrnuje hlavní znaky jako jazyk, náboženství, společenské zvyky, hodnoty, které jsou většinovou normou pro celkovou společnost. Je typická pro velká společenství lidí s výjimečným postavením a zpravidla je tvořena dílčími skupinami, tzv. subkulturami neboli minoritami či menšinami, respektive minoritními kulturami/skupinami (Čeněk, 2016; Plevová, 2011).

Skupina lidí, která existuje v rámci dominantní kultury, tvoří podle Čenka (2016) subkulturu, resp. menšinu či minoritu. Početně se jí nemůže rovnat, nestaví se do opozice a sdílí s ní její hlavní znaky, spojuje ji sociologicky významný znak a určité sociální znevýhodnění (náboženská menšina, národnostní menšina), snaha řešit kolektivně prožívané problémy a společenské rozpory a svými hodnotami a normami se neslučuje s kulturou dominantní. Kutnohorská (2013) specifikuje zvláštní formu

subkultury, kterou je kontrakultura, což je opoziční typ subkultury, tedy minoritní skupina, která neuznává hodnoty skupiny majoritní.

Kulturní relativismus ve své podstatě v určité míře dokládá kulturní pluralismus. Kulturní relativismus obhájí rovnocennost všech kultur. Každá kultura je souborem hodnot, norem a idejí, které jí jsou vlastní a jsou odlišné od kultur jiných, udává Jandourek (2012). Cakirpaloglu (2012) je názoru, že žádnou kulturu nelze zcela pochopit, aniž by byl pozorovatel její součástí. Univerzální měřítko vyspělosti a morálních hodnot kultury neexistuje. Hodnocení jedné kultury pomocí kultury vlastní vede k egocentrismu.

Z kulturního relativismu odvíjí Sokol (2010) princip kulturní plurality. Dnešní společnost je velmi kulturně rozmanitá a jednotlivá společenství (národy, etnika, kmeny, rasy, náboženské skupiny) mají své specifické kultury, které je podle teorie kulturního relativismu nutné považovat za zcela rovnocenné a respektovat jejich právo na odlišnosti. Rozdílné kultury vytvářejí různá řešení pro stejné nebo podobné problémy. Pro fungující společnost je nutné vnímat pluralitu společnosti jako výhodu a snažit se o to, aby subkultury žily s dominantní kulturou a ne jenom v jejím rámci. Ivanová (2005) vysvětluje, že zdrojem konfliktů je nedostatek vůle ze strany dominantní kultury i ze strany subkultur ke společnému soužití, což vede k situacím, kdy každá z kultur považuje svou verzi řešení za jedinou správnou a přirozenou.

Etnocentrismus je de facto opakem kulturního relativismu. Vlastní kultura je považována za nadřazenou, jedinou správnou a je brána jako měřítko k porovnávání a hodnocení kultur odlišných. Takto ho charakterizuje Kutnohorská (2013). Určitá míra etnocentrismu je vlastní všem osobám a podporuje jejich soudržnost se skupinou, k níž přísluší (Hrabáková, 2007).

Enkulturační je celoživotní proces, při němž se zprvu bezkulturní jedinec s určitým potenciálem k socializaci v průběhu svého života stává kulturním členem společnosti, k níž se přizpůsobuje, a vědomě či podvědomě se učí a přejímá její kulturu v užším i širším slova smyslu (Průcha, Veteška 2014). Aby daná kultura nezanikla, musí se společnost postarat o to, aby její kulturní normy byly důkladně předány dalším generacím (Ivanová, 2005).

Akultura je proces, při němž se již kulturní jedinec s osvojenými charakteristickými znaky vlastní kultury dlouhodobým působením kultury cizí přizpůsobuje jejímu vlivu a přijímá ji za vlastní. Proces, kdy se dostávají do kontaktu dvě odlišné kultury a dlouhodobě na sebe vzájemně působí, přičemž nakonec dojde u jedné z nich ke kulturním změnám. Předávání kultury z generace na generaci je občas také nazýváno endokultura (Kutnohorská, 2013; Průcha, Veteška 2014).

Kulturní šok byl popsán antropology jako prudká emocionální reakce na setkání se jedince s cizí kulturou, etnikem, rasou či jiným přírodním prostředím a na ztrátu kontaktu se zvyky, hodnotami, normami a ostatními členy vlastní kultury. Jandourek (2012) vysvětluje kulturní šok jako rychlý zvrat s možnými dlouhodobými následky. Podle Kopecké (2015) záleží na míře schopnosti adaptace jedince, jak silný kulturní šok bude a jak snadno/rychle se s jeho následky jedinec vyrovná.

### ***1.1.2 Etnicita***

Termín „etnikum“ je obsahově téměř totožný s termíny „etnická skupina“, „etnická komunita“ či „etnická menšina“, jak uvádí Ralbovská (2010). Čeněk (2016) dodává, že s tímto výrazem jsou spojována další synonyma jako kmen, rasa, národ či národnostní skupina. To jsou však synonyma ne zcela přesná. V antické řečtině, z níž výraz etnikum vychází, slovo ethnos znamenalo kmen, národ. Pravděpodobně proto mnoho lidí i slovníků považuje mylně tyto dva výrazy, etnikum a národ, za shodné. Ne všichni příslušníci jednoho etnika musí být nutně příslušníky stejného národa. Na rozdíl od rasy nemají příslušníci etnika fyzické znaky, kterými by se lišili od příslušníků většiny. Výraz kmen je možné chápat jako předchůdce etnika, jímž byl v podstatě nahrazen (Čeněk, 2016; Ralbovská, 2010).

Etnická skupina je společenství jedinců se společným rodovým a rasovým původem, národností a náboženstvím, kteří se od jiných skupin odlišují svojí etnicitou, historií, dějinami, vědomím společného původu, kteří obývají společné území a vnímají se sami jako etnicky odlišní a jsou si vědomi toho, že je tak vnímají i ostatní. Členství v etnické skupině je ve většině případů dáno narozením (Jandourek, 2012).

Etnicita je souhrn vlastností nebo znaků vymezujících etnikum. Jde o odlišnosti naučené, mocně udržované, předávané z generace na generaci jako kulturní dědictví. Jedná se o specifické kulturní znaky, jako jsou jazyk, tradice, obyčeje a rituály, hodnotový systém a mentalita, životní styl a styl oblékání a zdobení se (Eriksen, 2008; Ralbovská, 2010).

Dalšími příbuznými termíny jsou etnická příslušnost a etnické vědomí. Etnické vědomí neboli identita je vědomí sounáležitosti s určitou etnickou skupinou, jsou to znaky, které příslušníci etnika považují za vlastní, pro sebe charakteristické. Povýší-li se vlastní etnické vědomí nad ostatní etnika, je-li bráno jako jediné správné, hovoříme o etnocentrismu. Etnická příslušnost jednotlivce s etnickou skupinou je výsledkem výchovy, nikdo ji nenařizuje, ale vzniká na základě dobrovolné identifikace jedince s etnicitou. Etnická příslušnost se může v průběhu života jedince změnit jeho asimilací v jiné zemi, k jinému etnickému prostředí (Jandourek, 2012; Průcha, 2010).

### ***1.1.3 Národ, národnost***

Pojmem národnost nazývá Jandourek (2012) příslušnost určité osoby k určitému národu, tj. příslušnost ke skupině osob se společným původem, kulturou, jazykem a náboženstvím. Tato příslušnost může být daná stejně tak z etnických jako politických důvodů. Jelikož etnická příslušnost/národnost založená na etnických podkladech je zpravidla dána narozením jedince do určité skupiny, bývá dle Ivanové (2005) často používáno synonymum státní příslušnost.

Národnostní menšinou rozumí Čeněk (2016) společenství lidí kteří se od ostatních občanů liší zpravidla společným etnickým původem, jazykem, kulturou a tradicemi. Obvykle se minoritní národnostní skupiny soustřeďují na určitém území, v lokalitě, popřípadě v městské čtvrti, kde se naopak často stávají národnostní skupinou majoritní. Podle Angsta (2012) členové národnostní menšiny společně usilují o zachování a rozvoj vlastní svébytnosti, jazyka a kultury a chrání své společenství, které se historicky vytvořilo, a zároveň projevují vůli být považováni za národnostní menšinu.

Národem je historicky vzniklá pospolitost lidí, na jejíž utváření mají vliv společné dějiny a společné území. Formuje se na základě charakteristických rysů objektivních,

jako jsou společné území a jazyk, a rysů subjektivních nebo duchovních (společné tradice a dějiny, postoje a tíž politický osud). Pro přesné vymezení národa neexistují žádná pevná jednotná kritéria. Jako rozhodující se uvádí akt vůle určité pospolitosti – snaha být národem a svobodné rozhodnutí jednotlivce přihlásit se k určitému národu a sdílet jeho osud. Národ je ztotožňován s lidem a chápán jako přirozený rámeček politického společenství a nositel suverenity (Jandourek, 2012).

Nacionalismus jako pojem byl dle Jandourka (2012) dříve chápán spíše s pozitivním významem – jako národní vědomí, uvědomění. V současné době dostává tento výraz negativní charakter, stejně tak jako etnocentrismus, a pro vyjádření národního vědomí jsou používány výrazy vlastenectví nebo patriotismus. Nacionalismus se popisuje jako nepřiměřené/nadhodnocené národní uvědomění, přesvědčení, že vlastní národ je něco speciálního, povyšování jeho významnosti nad ostatní národy.

#### **1.1.4 Rasa, rasismus**

Pojem „rasa“ je používán především ve fyzické, ale také kulturní antropologii. Klasifikace lidských ras, k jejímuž rozvoji významně přispěl český antropolog Aleš Hrdlička, je založena na rozdílu v některých nápadných anatomických, ale z biologického hlediska nepodstatných tělesných znacích (např.: pigmentace kůže, morfologie vlasů, lebky a obličeje či tělesné proporce). Z tohoto pohledu je pojem rasa neutrální, každý člověk patří k určité rase, tak jako každý jedinec patří k určitému pohlaví (Jandourek, 2012).

Jiné klasifikování rasy uvádí Ivanová (2005), podle které jsou též klasifikovány dle kulturních znaků, a to například podle jazyka, náboženství nebo vzorců chování.

Čeněk charakterizuje rasu jako populaci určitého druhu, která se geneticky, a tím také ve svých charakteristických znacích (fenotypově) v určité míře odlišuje od ostatních populací téhož druhu. Lidské rasy vznikly jako následek postupného genetického rozlišování, k čemuž docházelo po rozsáhlých migracích lidí v historii. Izolace skupin vystavených dlouhodobě rozdílným přírodním podmínkám vedly ke genetickým posunům, k čemuž nejlepším příkladem je přizpůsobení se životnímu prostředí. Každá



rasa je více vybavena těmi vlastnostmi, které nejlépe korespondovaly s daným prostředím, ve kterém žila. Žádná rasa nemůže být čistá, neboť se při migraci nutně museli zkřížit příslušníci různých ras. Rozlišujeme tři základní lidské rasy, a to euroasijskou (europoidní), asijsko-americkou (mongoloidní) a ekvatoriální (negroidní).

Rasismus je teorie popírající rovnocennost ras. Jako rasismus označuje Ivanová (2005) soubor nevědeckých teorií založených na předpokladu fyzické a duševní nerovnoprávnosti jednotlivých lidských ras. Jsou to postoje a chování lidí, kteří bez znalostí, bezmyšlenkovitě, podle předsudků a zažitých stereotypů opovrhují členy jiných ras z důvodu jejich barvy pleti, kultury nebo etnického původu, neboť předpokládají, že s těmito odlišnými znaky úzce souvisí i psychologická kvalita jednotlivců. Dle Ralbovské (2010) bývá rasismus často přirovnáván k etnocentrismu, avšak je chápán mnohem negativněji. Etnocentrismus je brán Čeňkem (2016) jako postoj, který své vlastní etnikum povyšuje a upřednostňuje, necítí však přímo nenávisť k etnikům cizím. Rasismus je spíše chápán jako opovržení a diskriminace jiné rasy na základě fenotypových odlišností jejich členů nežli jako upřednostňování rasy vlastní.

#### ***1.1.5 Multikulturní / interkulturní / transkulturní, multikulturalismus***

Pojmy multikulturní, interkulturní a transkulturní odlišuje Domenig (2007) následovně. Pojem interkulturní se používá prakticky pouze v souvislosti se společností, tedy interkulturní společnost, zatímco pojem transkulturní se v tomto slova smyslu prakticky nepoužívá a je hojně zmiňován v souvislosti s ošetřovatelstvím, tj. transkulturní ošetřovatelství. Pojem multikulturní neboli mnohokulturní je multivýznamový a používá se hojně v obou případech, jak multikulturní společnost (v zahraniční literatuře, angl. multicultural society), tak multikulturní ošetřovatelství.

Multikulturalitu či interkulturalitu společnosti hodnotí Kutnohorská (2013) na základě postoje majoritní společnosti k minoritám.

Interkulturní společnost je společnost, v níž má majoritní skupina pozitivní vztah k menšinám. Žijí spolu a mají z toho oboustranný prospěch. Navzájem se zajímají o odlišnosti, mají k nim respekt a tolerují je. Snaží se vyvarovat předsudkům a stereotypům a na případné konflikty najít konstruktivní řešení (Nováková, 2008).

Multikulturní společnost je tvořena majoritní společností, ve které žijí různé etnické, sociální a náboženské subkultury. Tyto menšiny ale žijí izolovaně, jsou majoritní společností pouze akceptovány, nevzniká žádná spolupráce a existuje jen minimum společných znaků (Archalousová, 2006).

Pojem „multikulturní ošetřovatelství“ je v praxi často používán jako synonymum k pojmu „transkulturní ošetřovatelství“. Používání pojmu multikulturní ošetřovatelství převažuje podle Archalousové (2006) v české a slovenské literatuře, zatímco pro literaturu zahraniční je typičtější pojem transkulturní ošetřovatelství (angl. transcultural nursing). Transkulturní znamená přesahující hranice, kultury se střetávají a vzájemně ovlivňují, jsou mezi nimi identifikované společné prvky. Transkulturní je dle Kurnohorské (2013) to, co je společné kulturám zainteresovaných skupin.

Výraz „multikulturalismus“ je spjatý s migrací obyvatel. Stále častější migrace způsobuje, že se moderní společnost neustále rozrůstá a stává se kulturně, nábožensky, etnicky a jazykově mnohotvárnou. To dalo vzniknout koncepcím, jak se s imigranty vyrovnat a jak je začlenit do většinové společnosti (Jandourek, 2012).

Nejdříve byla snaha o asimilaci migrantů do majoritní skupiny, aniž by byla narušena její identita. Posléze se vyvinula koncepce multikulturalismu, který podporoval zachování identity migrantů, nesnažil se je moc integrovat, ale spíše jen tolerovat, což vedlo k nežádané izolaci minorit v rámci dominantní společnosti, vytváření ghett, tendenci k segregaci a ke společenskému znevýhodňování těchto minorit (Schubert, 2016).

K zajištění poklidného a užitečného spoluzití rozdílných kulturních a životních stylů nejvíce vyhovovala koncepce transkulturalismu. Ten se totiž zakládá na obousměrné interakci dominantní společnosti a minorit, jejich vzájemném ovlivňování se a obohacování se, mísení kultur. Ve zdravotnické péči je to pak interakce mezi zdravotníkem a pacientem/klientem a mezi zdravotníkem a rodinou či komunitou pacienta/klienta (Kober, 2008; Kutnohorská, 2013).

## 1.2 FENOMÉN MIGRACE

Migrace je přesun jednotlivců, rodin, skupin nebo celé populace z rodného území do ciziny z důvodu tíživé životní situace v domovině, ať už z ekonomických, společenských či zdravotních důvodů. Za migranty jsou považovány pouze osoby, které se odstěhují ze své domoviny do cizí země na určitou minimální dobu, na dobu neurčitou nebo napořád. Osoby, které jezdí denně do zahraničí za prací, nebo osoby, které se v zahraničí z nejrůznějších důvodů zdržují pouze krátkodobě, nejsou považovány za migranty. Rozlišujeme pojmy emigrace čili vystěhování, opuštění země a imigrace, tedy přistěhování do země nové (Drbohlav, 2010; Hitzemann, 2011).

### *1.2.1 Menšinové zastoupení v České republice, Německu, Rakousku a ve Švýcarsku*

Česká republika je státem národnostně homogenním. Podle dat z posledního sčítání lidu, která zveřejnily ČSÚ a MV ČR, činil počet obyvatel České republiky 10 512 400. Určit přesné zastoupení menšin v České republice není zcela možné, neboť uvedení národnosti je při sčítání lidu dobrovolné, navíc při posledním sčítání lidu v roce 2011 neuvedlo národnost přes 25 % obyvatel, což byl při porovnání s výsledky ze sčítání lidu v roce 2001 významný nárůst. V r. 2001 to byla necelá 2 %. Navíc poslední sčítání lidu umožňovalo uvedení dvojí národnosti, a tak se někteří hlásili k více národnostem, nejčastěji k české a slovenské, české a německé, české a romské, české a polské. Z definitivních výsledků ČSÚ vyplývá, že podíl cizinců v ČR tvoří přibližně 5 % populace. Nejvíce je zastoupena národnost slovenská, ukrajinská a vietnamská (Český statistický úřad, 2014; Machdalová, 2015).

Německo je podle údajů z posledního sčítání lidu z roku 2011 s přibližně 82 miliony obyvatel nejlidnatější zemí EU. Z tohoto počtu tvoří téměř 11 % lidé s jinou než německou národností. Ze všech cizinců žijících v Německu téměř jednu čtvrtinu tvoří Turci, dalšími nejpočetnějšími skupinami jsou Italové a Poláci, ale pokud bychom brali obyvatele států bývalé Jugoslávie jako celek, dostali by se na druhé místo (Nováková, 2012; Statistisches Bundesamt, 2011).

Rakousko v roce 2011 obývalo 8,4 milionů lidí. To vyplývá ze sčítání lidu z téhož roku. Z celkového počtu obyvatel tvoří necelých 10 % cizinci. Největší zastoupení mají obyvatelé ze států bývalé Jugoslávie, bereme-li je jako celek. Podrobnější výsledky ukazují, že nejpočetnější menšinou jsou Němci, následováni Srby, Turky a obyvateli Bosny a Hercegoviny (Statistik Austria, 2011).

Ve Švýcarsku udává Švýcarský statistický úřad počet obyvatel v roce 2011 bezmála 8 milionů. Téměř pětina obyvatelstva je tvořena cizinci. Shodně kolem 15 % jsou zastoupení Italové, Němci a Portugalci, méně pak Srbové s Chorvaty a Rumuni. Počet obyvatel Švýcarska stále narůstá, v roce 2014 počet obyvatel dosáhl 8,2 mil., což byl nárůst o 3,5 %, počet cizinců však roste rychleji, nárůst činil 10 % v roce 2014 oproti roku 2011 (Bundesamt für Statistik, 2012).

### **1.3 TRANSKULTURNÍ / MULTIKULTURNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ**

#### ***1.3.1 Definice a cíl multikulturního ošetřovatelství***

Ošetřovatelství je podle Farkašové (2006) humanitní věda založená na vědních poznacích, jež se zabývá uspokojováním individuálních potřeb člověka a zkoumá interakce mezi osobou, zdravím a prostředím v závislosti na saturaci potřeb.

Transkulturní ošetřovatelství je potom teoreticko–praktický obor, který se zaměřuje na kulturní odlišnosti a zvláštnosti ve vztahu ke zdraví a podobnosti a rozdíly v péči o různé kultury. Snaží se nalézt kulturně vhodnou zdravotní péči, která bude v souladu s osobností a kulturou jedince. Cílem multikulturního ošetřovatelství je poskytovat holistickou, individualizovanou, kulturní, citlivou a účinnou podporu a pomoc ve zdraví a nemoci při respektování kulturních specifik jedince, včetně jeho rodiny a rodinného zázemí (Giger, 2007; Nováková, 2008).

Farkašová (2006) uvádí, že požadavek na rychlejší rozvoj multikulturního ošetřovatelství je kladen na české zdravotnictví především od vstupu České republiky do Evropské unie, kdy se zintenzivnil kontakt zdravotníků s příslušníky jiných států, národů, etnik, kultur apodobně.

Migranti často přicházejí do země, která je pro ně zcela cizí. Nezvyklé jsou jim klimatické i životní podmínky, způsob výživy, jazyk, rituály a v neposlední řadě jim je cizí rovněž celý zdravotnický systém. Jejich reakce na všechny tyto odlišnosti popisuje Ralbovská (2010) jako kulturní šok. Cizinec prožívá negativní pocity jako pocity vykořenění, ztráty, deprivace či úzkosti. Záleží na míře schopnosti adaptace jedince, jak silný kulturní šok bude a jak snadno nebo rychle se s jeho následky jedinec vyrovná. (Papadopoulos, 2012).

Cíl transkulturního ošetřovatelství popisuje Kutnohorská (2013) jako poskytnutí univerzální a zároveň individualizované péče, nezávislé na národnosti, etnickém původu, náboženství a vyznání, politických a světových názorech, sociálním statutu, stáří, pohlaví a zdravotním pojištění pacienta/klienta. Podle Csiska (2012) jde o poskytnutí péče, která saturuje všechny pacientovy životní potřeby, nejen ty základní, ale mj. potřeby bezpečí a jistoty či duchovní a kulturní. Taková péče bude dle Doodyho (2012) v souladu s kulturními odlišnostmi pacienta/klienta a nezpůsobí mu nelibé pocity vykořistění, bezmoci či beznaděje nebo kulturní bolest a nepovede k tomu, že by měl pacient/klient důvod poskytovanou péči odmítnout.

### ***1.3.2 Multikulturní výchova***

Poskytování kulturně vhodné holistické péče předpokládá podle Kutnohorské (2013) velmi kvalitní vzdělání zdravotníka v oblasti multikulturního ošetřovatelství a jeho hluboké znalosti odlišných kultur a jejich specifíků. Na zdravotnických školách, ať už středních, vyšších či vysokých, běžně najdeme přednášky zabývající se multikulturní problematikou.

Podle Průchy (2006) by měl zdravotnický personál umět zhodnotit aktuální zdravotní stav pacienta/klienta a zajistit mu saturaci všech neuspokojených potřeb, včetně těch, které souvisí s jeho odlišnou kulturou. Zkušenosti z praxe však ukazují, že zdravotníci nejsou schopni zajistit pacientovi/klientovi kulturně vhodnou péči z důvodu nedostatečného vzdělání a vědomostí o odlišnostech kultury daného pacienta/klienta (Repo, 2016). K získání potřebných informací by mohly ošetřovatelskému personálu napomoci ošetřovatelské modely pro získávání kulturních dat.

Multikulturní výchova by měla sestřám poskytnout detailní informace o etnických, kulturních a náboženských menšinách, měla by je naučit otevřenosti, toleranci a respektu k odlišným skupinám, či v nich upevnit již osvojené postoje (Kober, 2008; Průcha, 2006).

Základní vědomosti o jednotlivých náboženstvích jsou dle Berkyové (2008) pro ošetrovatelský personál nesmírně důležité, neboť náboženství a víra výrazně ovlivňují jedince v jeho běžném životě a o to více se k nim jedinec upíná v době nemoci. Pochopení náboženských jevů může pomoci porozumět jedinci a individuálním a citlivým přístupem zajistit jeho spokojenost s kvalitou poskytované péče (Průcha, 2006).

### ***1.3.3 Specifikace kulturních potřeb pacienta***

Nejčastějšími odlišnostmi, se kterými se mohou zdravotníci při péči o pacienta/klienta jiné kultury během hospitalizace setkat, jsou mj. odlišný jazyk, různé stravovací zvyklosti, náboženské vyznání a s ním spojené praktikování náboženských rituálů, kulturně ovlivněné pojetí umírání a smrti či standardy při odnímání tkání a částí těla, transfuzi, transplantaci a pitvě (Domenig, 2008; Šupínová, 2014).

Základní podmínkou pro poskytnutí kvalitní ošetrovatelské péče je efektivní komunikace. Komunikace je v interakci mezi pacientem/klientem a ošetrovatelským personálem nevyhnutelná, ať už v jakékoli svojí podobě. Jak uvádí Kutnohorská (2013), je potřeba aby sestra s pacientem komunikovala o jeho potřebách a předešla tak případným problémům. Navíc se při rozhovoru s pacientem může dozvědět cenné informace, které pak může zhodnotit při ošetrování pacientů/klientů téže kultury.

Komunikace je proces, jehož základem je mezilidské spojení. Ptáček (2011) uvádí, že existuje více než 6000 různých jazyků ve světě. Bezpochyby největší překážkou mezi pacientem/klientem a zdravotnickým personálem je jazyková bariéra, která zapříčiňuje neefektivní verbální komunikaci. Pro její efektivitu je potřeba naleznout společný jazyk, který bude přijatelný jak pro poskytovatele, tak příjemce ošetrovatelské péče, nebo zvolit alternativní řešení, a to např. pomoc člena rodiny, který bude překládat, nebo vyhledání profesionálního tlumočnicka (Mikuláščík, 2008).

Nutností pro ošetrovatelský personál je vždy najít vhodný způsob verbální i neverbální komunikace, ať už společný jazyk či zprostředkovatele/tlumočnicka, pomůcky, demonstraci, piktogramy–komunikační karty nebo cizojazyčné informační materiály.

Ošetrovatelský personál se podle Ptáčka (2011) také musí vypořádat s tzv. komunikačním šumem, neboli zkreslením informací, který může být jednak vnější, jako je hluk, cizí jazyk a neznámé prostředí, jednak vnitřní, kam řadíme bolest, strach a neschopnost porozumět cizímu jazyku. Právě komunikační šum velmi ovlivňuje komunikaci s klienty z různých kultur.

Jak uvádí Venglářová (2006), je při verbální komunikaci je pro sestru a pacienta nejdůležitější vzájemná úcta, důvěryhodnost, ochota dávat a ne jen přijímat, odložit masku a hlavně přátelská atmosféra. Mezi dovednosti sestry patří empatie, úcta, vyjádření porozumění a umožnění autonomie pacienta. K zásadám, kterých by se měla sestra držet při komunikaci s pacientem z ciziny, patří zjistit, v jakém jazyce se s pacientem dorozumí a do jaké míry daný jazyk ovládá, hovořit pomalu, zřetelně artikulovat a nezvyšovat hlas, snažit se používat jednoduché a srozumitelné věty, najít si dostatek času při komunikaci, vyhnout se předsudkům a kulturním bariérám, naslouchat a všimnout si projevů neverbální komunikace, používat piktogramy na doplnění informací o pacientovi, při komunikaci přes tlumočnicka je důležité mluvit přímo na klienta, v krátkých větách a trvat na doslovném překladu a vyvarovat se odborné terminologii.

Komunikaci přes tlumočnicka rozvádí Kolman (2005). Nesmíme při ní pominout, že vedeme stále rozhovor s pacientem/klientem a otázky klademe jemu, tlumočnick nám pouze konsekutivně tlumočí. Tlumočnick by měl znát nejen jazyk, ale i zdravotnickou problematiku. Též se musí vyrovnat s rozdíly ve slovní zásobě, které jsou dány jednak geograficky, jednak způsobem života a kulturou. Etnika žijící v severských zemích mají například podrobná pojmenování různých druhů sněhu, ale chybí jim výrazy rozlišující různé druhy bolesti nebo pocitů.

K dalším možným odlišnostem verbální komunikace patří pravidla při oslovování, kterými se zabývá Horňáková (2008). Podle přání pacienta/klienta uvedeme

či neuvedeme při oslovení jeho titul a dohodneme se, zda chce být oslovován křestním jménem nebo příjmením, v jaké podobě a tvaru. V některých zemích se používají zdvořilostní fráze, například „jak se máš“, na které se odpovídá stejnou frází. Další odlišností je tvorba jména (Nový, 2015). V České republice si ženy při sňatku většinou přebírají příjmení manžela, v Rusku při narození dítěti dostanou křestní jméno, za kterým je jméno a příjmení otce. V Jižní Koreji se uvádí první příjmení, dále střední jméno a nakonec křestní jméno. Problematika pravdy je také odlišná v různých zemích. V ČR je normální a běžné říkat pravdu, ale například v Afghánistánu se při rozhovorech pravda nepoužívá. Afghánci raději lžou, než aby řekli pravdu, kterou by mohli někoho urazit. V českém jazyce rozlišujeme tykání a vykání, kdy zdvořilostí je použití množného čísla a tedy vykání. (Venglářová, 2006).

Prostřednictvím verbální komunikace, tedy slov, je předávána pouze malá část zprostředkovaných informací. Většina sdělení je komunikována beze slov, tedy nonverbálně čili neverbálně. Neverbální komunikace zahrnuje tón a kvalitu hlasu, ale především řeč těla, tedy mj. mimiku, gestiku, haptiku, posturologii, proxemiku, doteky nebo též úpravu zevnějšku. (Kutnohorská, 2006). Špatenková (2009) uvádí, že mimoslovně je předávána více než polovina informací.

Neverbální komunikace je nejstarší způsob sociálního chování. Při rozhovoru dvou lidí sdělujeme nejvíce informací řečí těla a tónem hlasu. K druhům neverbální komunikace patří mimika, haptika, proxemika, kinezika, paralingvistika a také například úprava zevnějšku. Mimikou dokážeme vyjádřit základní emoce jako je štěstí, překvapení, strach, radost, smutek, klid, rozčilení a další. Haptikou stimulujeme receptory zakončené v kůži. S proxemikou souvisí osobní zóny člověka, jako je intimní zóna, osobní zóna, společenská a veřejná. Sestry tyto zóny u klientů často narušují. Narušení intimní zóny by ale mělo být se souhlasem pacienta a pouze na profesionální úrovni. Přenosem informací vyjádřených polohou a držením těla se zabývá posturologie. Ruce zkřížené přes hrudník vyjadřují v naší kultuře obranu. Ve Finsku postoj člověka s rukama v kapsách vyjadřuje nezdvořilost. Kinezika se zabývá pohyby lidského těla. Gestika zase pohyby těla, které doprovázejí komunikaci. Mezi nejhlubší neverbální projev patří pohled, respektive oční kontakt. Ve zdravotnictví je tento druh



neverbální komunikace používán velmi často při vyšetřování pacientů. Do oblasti paralingvistiky spadá barva a výška hlasu, jeho intenzita a melodie. Nedílnou součástí neverbální komunikace je i úprava zevnějšku. Pro určité kultury je velmi důležité, která část těla má být zahalená, například v Indii je nemravné obnažení ramena nebo horní část paže. (Ivanová, 2005; Ptáček, 2011)

Ivanová (2005) uvádí, že ne všechny projevy mají pro všechny příjemce stejný význam a výklad. Abychom předešli nesrovnalostem při neverbální komunikaci, je potřeba znát emické projevy (projevy typické pouze pro určitou skupinu) a etogramy (jednotné chování společné všem lidem). Ptáček (2011) uvádí několik příkladů, mj. úsměv může být vykládán mnoha způsoby a ne pro každou kulturu je pozitivním projevem tak jako pro nás, na druhou stranu existují univerzálně srozumitelné neverbální komunikační projevy, kterými jsou například pohyb čela a obočí při vyjádření překvapení, zamračení obličeje nebo zatěžení pěstí při zlosti, zakrytí obličeje rukama při studu nebo objímání a líbání.

Podle Mikuláščíka (2009) je při zahájení komunikace velmi důležitá znalost zvyklostí ohledně podávání ruky. Liší se míra stisku, potřesení rukou, u některých menšin potvrzujeme stisk pravé ruky ještě překrytím levou rukou, u jiných je podání ruky zcela tabu. Též přivítání polibkem se různí, pro některé národy je běžné políbení ruky, u jiných se liší počet polibků na tvář. Komunikace při ošetrovatelské péči se týká také problematika doteku, kterou rozvádí Kopecká (2015). Dotýkáme se nejen při pouhé komunikaci, jako projev přítomnosti či empatie, ale dotek je hojně používán při nejrůznějších vyšetřeních. Kulturně se liší, kdo se koho smí a nesmí dotknout, na kterých místech je dotek přípustný, na kterých je tabu a také četnost doteků obecně.

Alternativní způsob komunikace pomocí karet s piktogramy může být dle Nového (2015) sice mírně zdlouhavý, ale umožní nám komunikaci s pacientem, se kterým jsme nenalezli společný jazyk, tak jako s pacientem negramotným nebo dítětem. Ivanová (2005) doplňuje, že nezbytnou podmínkou pro použití piktogramů je spolupracující pacient.

Spiritualita je další oblastí specifických kulturních potřeb. Náboženství a víra výrazně ovlivňují jedince v jeho každodenním životě, odrážejí se v jeho konkrétním

chování a v době nemoci se k nim věřící často upíná jako ke své hlavní jistotě. Je proto pochopitelné, že pacienti/klienti požadují uspokojování spirituálních potřeb i během hospitalizace a zdravotnický personál by to měl v rámci poskytování holistické péče respektovat a umožnit pacientovi a jeho rodině adekvátní duchovní prožívání (Hejna, 2010). Náboženské regule výrazně ovlivňují pacientovo/klientovo vnímání zdraví, nemoci, umírání a smrti a determinují akceptovatelnost amputace, transfuze, transplantace nebo pitvy. (Ralbovská, 2010; Šupínová, 2014).

Podle Kalvínské (2008) někteří jedinci nahlízejí na nemoc jako na trest bohů za porušení zvyklostí či harmonie s přírodou, jiní jako na odplatu či mstu za amorální chování či minulé hříchy, zatímco Cichá udává, že onemocnění je považováno za zkoušku víry, která – pokud bude dostatečně silná – povede k uzdravení. Také mohou být pacienti/klienti přesvědčeni, že dojde k uzdravení při pokání nebo prostřednictvím modliteb.

Duchovní přesvědčení jedince vnitřně posiluje, což je pro uzdravovací proces velmi důležité, pomáhá lidem akceptovat chorobu a plánovat budoucnost. Náboženství dokáže dát smysl nejen životu, ale i smrti, a tak na ni jedince připravit (Hejna, 2010).

Některá náboženská přesvědčení jsou však v rozporu s ošetrovatelskou praxí. Ralbovská (2010) upozorňuje, že odmítáním určitých ošetrovatelských úkonů může dojít k ohrožení života, kupříkladu u svědků Jehovových při odmítání transfuze. Ohrožení života může také nastat samotným vykonáváním náboženských rituálů či tradičním způsobem léčení.

Stravování a s ním spojené návyky mohou být další příčinou nedorozumění mezi pacientem/klientem a ošetrovatelským personálem. Kulturní zvyky ovlivňují nejen výběr, ale i způsob přijímání potravy. Názory na výživu a stravování mohou výrazně ovlivňovat zdraví pacienta a také jeho adaptaci na nemocniční prostředí. Špatné stravování nebo špatné stravovací návyky bývají jednou z významných příčin onemocnění. Kulturní a náboženské zvyklosti mohou mít vliv nejen na výběr potravin, ale i na způsob přijímání potravy. Hlavním úkolem sestry je získat specifické a podrobné informace o stravovacích návycích, zvláštěnostech a omezeních, věnovat pozornost preferovaným a odmítaným potravinám, pitnému režimu a druhům nápojů

či způsobu stolování (Kober, 2008). Sestra by měla umět odlišit patologické chování od chování kulturně podmíněného, kupříkladu dodržování půstu od nechutenství apodobně. Neméně důležité je zjištění, zda existují alergie či intolerance některých potravin nebo omezení spojená s přijímáním parenterální výživy. Náboženské regule zpravidla udávají druhy masa, které se nesmějí konzumovat, v některých případech i druhy ryb, které jsou též tabu. Určují, jak může či musí být maso upraveno, či jak musí být zabito zvíře ke konzumaci. Kulturně ovlivněné je i stolování, počet jídel a jejich rozložení během dne, používání příboru či jedení pouze lžící, způsob konzumace některých potravin, kterým potravinám jsou připisovány léčivé účinky, při jakých příležitostech se pije káva a čaj, kdy se smí pít alkohol či jak se nakládá se zbytky (Bubík, 2005; Kopecká, 2015).

I při poskytování něčeho tak běžného, jako je hygienická péče, je nutné akceptovat několik kulturně ovlivněných zvyklostí daného pacienta/klienta. Pro většinu jedinců je velmi důležité zachování intimity, a tak nejraději vykonávají osobní hygienu sami, v případě nutnosti pomoci upřednostňují člena vlastní rodiny, v mnohých případech pokud možno stejného pohlaví. Některým ženám víra zakazuje odhalení těla, a tak se sprchují v šatech, které si při tom v podstatě i perou (Domenig, 2007).

Některé úkony osobní hygieny jsou v cizích kulturách povinné. Je jimi třeba rituální mytí, jež běžná hygienická péče nemůže nahradit. Provádí se kupříkladu před motlitbou, jídlem nebo při stavech, které považuje daná kultura za znečišťující. Dalším rituálním hygienickým opatřením je mužská obřízka (Cichá, 2007).

Sestra podle Kutnohorské (2013) musí brát v potaz, že při poskytování hygienické péče může přijít do kontaktu s jedincem, pro kterého nejsou tekoucí teplá voda, záchodová mísa či pisoár samozřejmostí. Pokud možno by měly být při poskytování hygienické péče zohledněny pacientovy/klientovy preference, například denní doba sprchování/koupání či frekvence mytí vlasů nebo holení.

#### ***1.3.4 Multikulturní kompetence v ošetrovatelství***

Získávání kulturní kompetentnosti je celoživotní proces, který si dle Abrama (2007) žádá celoživotní vzdělávání a zdokonalování se v interkulturní problematice.

Kulturní kompetenci neboli kulturní způsobilost definuje Ptáček (2014) jako nabývání znalostí o kulturně odlišných etnických skupinách obyvatel. Kulturní kompetence je nezbytná k poskytnutí kulturně kompetentní péče. Kulturně kompetentní zdravotnický pracovník má dle Abrama (2007) vědomosti, díky kterým může poskytnout vhodnou, „na míru ušitou“ péči pacientovi/klientovi odlišného sociokulturního původu a odlišného jazyka. Zná specifické znaky kultury pacienta/klienta, které ovlivňují jeho chování a jednání, zaujímá k těmto odlišnostem nekritizující a neodsuzující postoj, akceptuje je a umí s nimi pracovat. Je citlivý k sociokulturním odlišnostem pacienta/klienta a rozezná je od patologických jevů.

Kulturní kompetence rozděluje Repo (2016) na obecné a specifické. Kulturně obecné kompetence jsou použitelné napříč kulturami, kulturně specifické kompetence jsou zvláštní pro konkrétní skupiny.

V kontinuálním rozvíjení kulturní způsobilosti zdravotnického pracovníka hraje významnou roli zpracování ošetrovatelských modelů a teorií. Mezi některé autory teorií a modelů, kteří ve svých pracích definovali multikulturní kompetence, patří Madeleine Leininger, Josepha Campinha–Bacote, Larry Purnell či Irena Papadopulosová se spoluautorkami Mary Tilkiovou a Ginou Taylorovou.

#### *1.3.4.1 Modely pro rozvíjení kulturní kompetence*

*Josepha Campinha–Bacote* je jednou z autorek, která navazuje na teorii transkulturního ošetrovatelství Madeleine Leiningerové. Je autorkou modelu *Rozvíjení kulturní kompetentnosti*. Podle Uričkové (2010) zastává názor, že kulturní způsobilost není definitivní stav, ale děj, kontinuální proces nabývání schopnosti poskytnout kulturně uzpůsobenou péči vycházející z kulturního dědictví, přesvědčení a postojů těch, kterým je poskytována.

Hlavními pojmy procesu kulturní způsobilosti Bacotové (2002) jsou kulturní přání a touhy, kulturní uvědomění a vědomí, kulturní vědomosti, kulturní zkušenosti a dovednosti a kulturní setkávání/potkávání. *Kulturní přání* je alfou a omegou získání kulturní kompetence. Základem všeho je motivace sestry/ošetrovatelského personálu stát se kulturně kompetentní, uvědomělou, mít vědomosti a očekávat setkání. Kulturní

přání zahrnuje touhu setkávat se s kulturními odlišnostmi, obohacovat se jimi, akceptovat rozdíly a stavět na podobnostech. *Kulturní uvědomění/vědomí* je proces uvědomění si vlastní příslušnosti k vlastní kultuře, předsudků a předpokladů o někom, kdo je odlišný. *Kulturní vědomosti* zahrnují nabývání vědomostí o ostatních kulturách a etnických skupinách. *Kulturní zkušenosti a dovednosti* zahrnují schopnost získat relevantní informace o kulturně rozličných pacientech/klientech a adekvátně zhodnotit pacientovy/klientovy potřeby či problémy. *Kulturní setkávání/setkávání* je proces interakce zdravotníka a pacienta/klienta z kulturně odlišného prostředí. Interakce s pacienty zdokonalují či upravují existující názory ošetřovatelského personálu na kulturní skupiny a zabrání stereotypům.

Rozvíjení kulturní kompetence rozděluje Bacote (2002) do čtyř fází, jimiž jsou fáze nevědomě nekompetentní, vědomě nekompetentní, vědomě kompetentní a nevědomě kompetentní. Na začátku procesu může být poskytování ošetřovatelské péče bez příslušných kulturních znalostí, neuvědomování si či nepřipouštění si tohoto nedostatku. Toto stádium nazývá Bacote „fázi nevědomě nekompetentní“. V druhé fázi, *vědomé nekompetentnosti*, opět nemá poskytovatel péče odpovídající znalosti pro poskytnutí kulturně ohleduplné péče, o tomto nedostatku ale ví, nemá však motivaci s tím něco dělat. Ve třetí a čtvrté fázi hovoří již o kompetentnosti, opět vědomé a nevědomé. *Vědomě kompetentní* poskytovatel péče vynaloží úsilí k získání interkulturních vědomostí, nabyté znalosti o rozdílnosti kultur a kulturně specifické intervence aplikuje do ošetřovatelského procesu; *nevědomě kompetentní* poskytovatel péče poskytuje kulturně vhodné intervence intuitivně a automaticky.

Zatímco rozvoj transkulturního ošetřovatelství ve Spojených státech formovala Madeleine Leiningerová, v Evropě to byla Irena Papadopulosová. Spolu s kolegyněmi Mary Tilkiovou a Ginou Taylorovou publikovala *model kulturních kompetencí*. Jejich cílem bylo zavést multikulturní/transkulturní problematiku do profesní přípravy zdravotních pracovníků a pomoci jim tak rozvinout kulturní kompetence. Nabývání kulturní kompetence je v modelu rozděleno do čtyř stupňů, kterými jsou *kulturní vědomí* – uvědomění si vlastní příslušnosti k vlastní kultuře a kulturnímu dědictví,

zhodnocení své míry etnocentrismu a kulturní stereotypizace; *znalost kultury* – znalosti o ostatních kulturních a etnických skupinách, o jejich způsobu a stylu života, zvycích, hodnotách, přesvědčení, způsobu komunikace; *kulturní senzitivita* – navázání fungujícího rovnocenného vztahu s pacientem/klientem založeného na empatii, přijetí sociokulturních odlišností pacienta/klienta, respektu a důvěře; *kulturní kompetence* – aplikace tří předchozích stupňů, praktické zručnosti, schopnost posouzení potřeb pacienta/klienta, schopnost poskytnutí péče bez předsudků a stereotypů, schopnost čelit rasismu (Plevová, 2011).

*Model získávání kulturních kompetencí Larryho D. Purnella* můžeme pro jeho obsáhlost využít i k provádění kulturního hodnocení. Podobně jako M. Leiningerová začleňuje Larry Purnell do svého modelu koncept transkulturní péče. Jako některé předchozí modely byl i tento vytvořen pro vzdělávání ošetrovatelského personálu k rozvíjení jeho kulturních kompetencí. Premisou Purnellova modelu je vnímání kultury jako velmi silného faktoru, který ovlivňuje nejen zdraví a nemoc, ale také přijímání zdravotní péče, její poskytování a dopad ošetrovatelských intervencí (Purnel, 2002). Kulturní kompetenci vidí Purnell (2013) jako neukončený proces, který může mít čtyři fáze, stejně tak jako je definovala J. C. Bacote (2002). Jedná se o fáze nevědomě nekompetentní, vědomě nekompetentní, vědomě kompetentní a nevědomě kompetentní.

Kruhové zobrazení Purnellova modelu představuje celistvost interakce bio–psycho–socio–kulturní osobnosti ve vztahu ke 12 kulturním oblastem a neznámým proměnným, které na tuto jednotu mají vliv. Odráží se tu holistické pojetí filozofie. Jádro modelu není blíže specifikováno a představuje neznámé proměnné, které mohou mít vliv na kulturní oblasti. Z jádra vychází těchto dvanáct domén, a to komunikace, rodinné role a organizace, problematika zaměstnanosti, biokulturní ekologie, vysoce rizikové chování, výživa, těhotenství a rodičovská praxe, smrt a s ní spojené rituály, spiritualita, zdravotnické praktiky, poskytovatelé zdravotnické péče, přehled a dědictví. Všechno to obklopuje bio–psycho–socio–kulturní jednota – jedinec, kultura, komunita a globální společnost (Plevová, 2011; Tóthová, 2012).

#### 1.3.4.2 Modely pro získávání kulturních dat

K modelům určeným pro získávání kulturních dat řadíme Model a teorii transkulturní péče, Model kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče a Blochův průvodce etnicko–kulturním posuzováním.

U zrodu transkulturního ošetřovatelství v USA stála profesorka *Madeleine Leiningerová* se svým *Modelem a teorií transkulturní péče*. Pavlíková (2006) uvádí, že se Leiningerová zajímala o vlivy kultury na chování jedinců různých národností a etnik a že v praxi viděla, že chování jednotlivce se odlišuje dle jeho zvyklostí v dané kultuře – na tom závisely následné reakce na hospitalizaci, operační výkony, jednoduché sesterské výkony a další. V roce 1960 definovala Leiningerová transkulturní ošetřovatelství. Jako teoretická východiska použila M. Leiningerová pojmy z kulturní a sociální antropologie, kterými jsou mj. dominantní kultura a subkultura (Žiaková, 2007). M. Leiningerová je autorkou Teorie transkulturní péče, která je podle svého grafického znázornění nazývána též modelem vycházejícího slunce. Pavlíková (2006) uvádí, že tento model znázorňuje kulturní rozmanitost a univerzalitu ošetřovatelské péče. Leiningerová vycházela z předpokladu, že péče je univerzální fenomén, ale její pojetí, proces poskytování, formy a modely jsou kulturně podmíněné. Typy, modely a procesy péče se liší mezi jednotlivými kulturami a subkulturami, každá kultura má svoji tradiční (lidovou) péči a formální (profesionální) ošetřovatelskou praxi. Terapeutická ošetřovatelská péče může nastat jedině tehdy, když jsou známy a při poskytování péče respektované kulturní hodnoty, výrazy a praktiky. Leiningerová (2007) ve svém modelu definovala hlavní jednotky ošetřovatelství, a to *cíl ošetřovatelství* – poskytnout osobám rozdílných kultur všestrannou a kulturně specifickou péči; *pacient/klient* – holistická bytost ovlivněná sociálním prostředím, přičemž společenská kultura, filozofické názory a hodnoty se transkulturně liší a osoby tak různě vnímají nemoc, léčbu, závislost a nezávislost; *role sestry* – poznat kulturní pozadí pacienta/klienta, poznat tradiční způsob péče příslušný jeho kultuře a využít jeho kladných stránek v profesionální péči; *ohnisko zásahu* – problém související s rozdílem dominantní kultura versus subkultura, problém s rozdílností kultur; *způsob zásahu* – sestra působí jako zprostředkovatel mezi tradičním a profesionálním systémem

ošetřovatelské péče; *důsledky* – zdraví a blaho nebo klidná smrt pacienta/klienta, dosažená kulturně vhodnými prostředky a způsoby péče (Leininger, 2007; Pavlíková, 2006; Žiaková, 2007).

Teorie a její koncepce jsou graficky znázorněny jako model vycházejícího slunce, který má čtyři úrovně seřazené od nejabstraktnější (první) po nejméně abstraktní (čtvrtou) úroveň. První úroveň – *filozofický názor* – zobrazuje filozofický názor a úroveň sociálního systému, řadí se nad kulturu; druhá úroveň – *poznatky o jedincích* – 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 – *charakteristiky každého systému* – poskytuje charakteristiky každého systému a specifické rysy každé péče; čtvrtá úroveň – *rozhodování a poskytování ošetřovatelské péče* – zahrnuje rozhodování a poskytování ošetřovatelské péče v oblastech zachování anebo udržování kulturní péče, přizpůsobování nebo vyjednávání kulturní péče, tvorbu nových nebo restrukturalizaci již existujících kulturních vzorců. Na čtvrté úrovni se rozvíjí transkulturní ošetřovatelství tak, že je poskytovaná péče shodná s hodnotami té kultury, ke které pacient/klient patří. Slunečními paprsky jsou znázorněny sociální a kulturní struktury, které mají vliv na jedince a ovlivňují tak nejenom jeho vnímání zdraví a nemoci, ale také způsob péče, kterou jedinec využívá (Kober, 2008; Leininger, 2007; Plevová, 2011). Na práci Madeleine Leiningerové navázalo mnoho dalších autorů a autorek.

Dalším z modelů transkulturního hodnocení pacienta/klienta je *Model kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče* autorek Joyce Newman Gigerové a Ruth Elaine Davidhizarové. Autorky navazují na transkulturní ošetřovatelství Madeleine Leiningerové. Na rozdíl od teorie transkulturní péče Leiningerové je model Gigerové a Davidhizarové přizpůsobený více praxi, je zaměřený na přímou práci sester s konkrétním pacientem/klientem v iniciální fázi ošetřovatelského procesu a akceptuje potřeby sester průběžně hodnotit stav potřeb pacienta/klienta a kulturní proměnné společně s jejich vlivy na chování pacienta/klienta ve zdraví i v nemoci (Sedláková, 2007).



K premisám modelu patří respektování kulturní svébytnosti jedince a poskytování kulturně diverzifikované a ohleduplné péče. Sestry si musí během poskytování péče uvědomit své vlastní kulturní založení a vyvarovat se projekci vlastních kulturních představ na pacienta/klienta (Špirudová, 2006).

Model Gigerové a Davidhizarové nabízí sestřám systematický postup pro hodnocení šesti základních kulturních veličin, čímž zrychluje a zefektivňuje praktickou péči a výběr vhodných ošetrovatelských intervencí. K uvedeným kulturním veličinám podle tohoto modelu patří kulturně svébytný jedinec, biologické odlišnosti, pojetí času, sociální začlenění, prostor a komunikace.

*Kulturně svébytný jedinec* (pacient/klient) představuje svébytnou bytost s vlastním kulturním založením daným kulturou, rasou, teritoriem, odkud pochází, a případným časovým posuvem oproti místu původu.

*Biologické odlišnosti*, v podstatě též genetické odlišnosti jsou dalšími znaky, kterými se od sebe liší jedinci jednotlivých lidských ras. Všimáme si vizuálních odlišností jako tělesné výšky a hmotnosti, stavby těla, zbarvení kůže, očí či vlasů; rozdílů v laboratorních hodnotách – hemoglobin, hematokrit, srpkovité buňky, nebo geneticky podmíněných onemocnění specifických pro danou populaci. Sledujeme vnímavost jedinců k nemocem a onemocněním, stresovým situacím a preferenci určitých pokrmů či vyhýbání se jim. *Vliv prostředí a výchovy* determinuje vnímání zdraví a vztah k zdravotnickým službám. Sestry by měly znát definici zdraví a onemocnění dané kultury a míru efektivnosti obvykle poskytované péče o zdraví v dané kultuře. Víra v nadpřirozené síly, kouzla a modlitby může vést k odmítání zdravotní péče a jejímu těžšímu poskytování.

*Pojetí času* je pro sestry důležitá informace v závislosti na prevenci (nejlepší orientace na budoucnost), termínech vyšetření či pravidelném užívání léků. Dále se sestra zajímá o denní rozvržení aktivit, denní režim, pracovní dobu, využití času či spánkové zvyklosti.

*Sociální začlenění* se týká sociální role a funkce jedince, jeho postavení, nejčastěji ve vztahu k rodině, práci, celkové společnosti. Struktura skupiny a její organizace mají vždy vztah ke kultuře a etnicitě. Sestra se zajímá o rodinný stav, počet dětí,

vícegenerační rodinu a její hierarchii, zdravotní stav členů, sociální a pracovní postavení, trávení volného času apod.

*Prostor*, respektive interpersonální prostor se týká vzdálenosti mezi jedinci, kteří jsou ve vzájemné interakci. Každá osoba má své vlastní vnímání prostoru, své intimní, osobní, sociální a veřejné zóny. Tuto distanci určuje i kultura. Sestra musí zjistit vhodnou, pacientovi/klientovi příjemnou vzdálenost pro komunikaci a sleduje udržování blízkosti/vzdálenosti pacienta/klienta k ostatním osobám.

*Komunikace* bývá nejčastějším a nejzávažnějším problémem při poskytování péče pacientovi/klientovi odlišné kultury, odlišného jazyka. Je důležité zjistit mateřský jazyk pacienta/klienta a jakými dalšími jazyky je schopen hovořit. Všíáme si hlasu – jeho kvality a síly; způsobu vyjadřování – zřetelnosti výslovnosti, používání pauz a mlčení. Neméně důležité je všimnout si reakce na dotek, významu úsměvu a užívání neverbální komunikace (Giger, 2013; Tóthová, 2009; Tóthová, 2012).

Dalším systémem pro získávání kulturních dat je *Průvodce etnicko–kulturním posuzováním B. Blocha*. Svoji charakteristikou se podobá modelu Gigerové–Davidhizarové, ale je podrobnější, specifitěji identifikuje etnicko–kulturní zvláštnosti a je více orientovaný na ošetrovatelskou praxi. Průvodce B. Blocha se dělí na čtyři kategorie popisných etnicko–kulturních charakteristik, a to kulturní, sociologické, psychologické a biologicko–fyziologické.

*Kategorie kulturních charakteristik* zahrnuje informace o socio–kulturním původu pacienta/klienta, jazyku a komunikačních dovednostech, vlivu kultury a pacientovy/klientovy názory na zdraví. Základními údaji jsou etnický původ pacienta/klienta, jeho rasa a místo narození, zaznamenáváme další místa pobytu pacienta/klienta, jak často se stěhoval a zda v průběhu svého života žil na vesnici či ve městě.

Nezbytné jsou pro sestry údaje vztahující se k jazykovým a komunikačním zvyklostem. Sestry se dotazují na jazykovou vybavenost pacienta/klienta, zjišťují, v kterých jazycích je schopen číst, v kterých psát, který jazyk je jeho mateřským jazykem a který používá kupříkladu pouze v práci.

Co se týče komunikace, je potřeba se jejím stylem přizpůsobit zvykům pacienta/klienta. Sestry řeší otázky týkající se vhodného tempa komunikace, očního kontaktu, norem důvěrnosti, výkladu neverbální komunikace.

Další oblast je zaměřena na kulturně podmíněné chování. V této oblasti nesmí sestry opomenout zjistit, jaké má pacient/klient návyky a jaké dodržuje zvyky. Sestry zjišťují, jaký význam je připisován soukromí, zdvořilosti, úctě ke starším lidem, jaké chování je při projevování emocí, pocitů či reakcí na nemoc kulturou akceptováno a jak kultura omezuje odhalování těla či některé chirurgické zákroky.

Součástí kulturních údajů jsou i názory týkající se života a smrti, zdraví a nemoci a systému zdravotnické péče. Sestry sledují míru důvěry ke všeobecnému systému poskytování zdravotní péče a léčitelské praktiky dané kultury. Se zdravím úzce souvisí názory na výživu – preferovaná či odmítaná jídla, a stravovací praktiky – způsob přípravy jídla, rozdělení jídel během dne.

*Kategorie sociologických charakteristik* zahrnuje socio–ekonomické postavení jedince a jeho rodiny ve společnosti. Sestry zjišťují informace o ekonomickém postavení jedince, jeho postavení a roli v rodině, postavení dalších členů rodiny, pracovní pozici a příjmu, kdo rodinu zabezpečuje finančně, statut rodiny ve společnosti... Zjišťují také vzdělanostní úroveň jak jedince, tak rodiny, což by jim mělo pomoci vhodně přizpůsobit komunikaci. Zdravotnický personál se zajímá o příbuzné, blízké přátele či kamarády, bere rodinu jako podpůrnou skupinu a jsou pro něj velmi cenné informace, zda a jak moc je důležité být během hospitalizace člena rodiny neustále s ním a zda a jak se chtějí jeho blízcí podílet na ošetrovatelské péči o pacienta například při koupání či krmení. Sestry se též zajímají o vliv podpůrných institucí na pacienta/klienta a zaměřují se na institucionální rasismus.

*Kategorie psychologických charakteristik* zohledňuje psychologickou stránku pacientovy osobnosti zahrnující v první řadě jeho sebehodnocení, dále mentalitu, religiózní vlivy a reakce na ovlivňující faktory a stres.

Sestry by si měly všimnout, jak pacient/klient projevuje rasovou a kulturní identitu, zda se identifikuje s nějakou etnickou skupinou a měly by zjistit podobnosti s jinými členy dominantní společnosti nebo kulturní či rasové skupiny.

Existuje mnoho faktorů, které mohou ovlivnit sebevědomí jedince. Sestry by si měly všimnout, jak na pacienta/klienta působí a jak na ně on reaguje. Takovými faktory mohou být například rodina, spolužáci, zevní prostředí či instituce. Důležité je si také všimnout, jak se pacient/klient vyrovnává s rasismem nebo ošetřovatelským personálem, který opomíjí individuální přístup a posuzuje lidi na základě stereotypů, neboť tyto faktory mohou vyústit v sociální úzkost, odmítání péče ve zdravotnickém zařízení nebo záměrné ignorování institucí poskytujících tuto péči.

Vnímání zdraví a nemoci a vztah jedince k zdravotnickému zařízení i personálu jsou ovlivněny nejen mentalitou a chováním určité etnické či kulturní skupiny, ale nepochybně také náboženskými vlivy. Je tedy nutné odhalit, do jaké míry je vztah ke zdraví, nemoci a jejím následkům, ošetřovatelským a lékařským praktikám kulturou a vírou ovlivněn a jakou roli v procesu léčby mají talismany, náboženské názory a posvátné úkony. Ani význam duchovních činitelů nesmí být opomenut. Kulturně determinováno je i vyrovnání se se zátěžovou situací, kterou nemoc a z ní vyplývající omezení nepochybně jsou, a také vnímání bolesti.

Kategorie *biologicko-fyziologických charakteristik* se zabývá v první řadě vizuálními odlišnostmi, které jsou typické pro jedince jednotlivých etnických a kulturních skupin. Mezi tyto rasové odlišnosti patří barva kůže a sliznic, barva očí, struktura a barva vlasů, tělesná výška, typ kostry či tvar obličeje. Zkoumá také existenci růstových a vývojových charakteristik, kterými jsou například pohybové schopnosti, tloušťka a rozložení podkožního tuku nebo kostní denzita, také se zaměřujeme na vyhledávání odchylek v hematologických systémech, laboratorních hodnotách nebo na vyhledávání specifických onemocnění, která se častěji vyskytují u některých etnických a kulturních skupin. Tyto rozdíly mohou měnit nároky na poskytování ošetřovatelské péče, například je třeba věnovat pozornost barvě kůže při hodnocení jejích barevných změn, jako je hypopigmentace či hyperpigmentace, cyanóza, erytém nebo ikterus (Špirudová, 2006).

## **2 CÍLE A HYPOTÉZY PRÁCE**

### **2.1 Cíle práce**

Cíl 1: Zmapovat a porovnat úroveň interkulturních kompetencí ošetrovatelského personálu ve vybraných zdravotnických zařízeních v České republice a v německy mluvících oblastech.

Cíl 2: Prozkoumat, zda vybraná zdravotnická zařízení vytvářejí dostačující podmínky pro poskytování kulturně kompetentní péče ze strany ošetrovatelského personálu.

### **2.2 Hypotézy**

Hypotéza 1: Úroveň cizojazyčných komunikačních dovedností ošetrovatelského personálu v ČR se liší od úrovně personálu v německy mluvících oblastech.

Hypotéza 2: Úroveň interkulturních kompetencí ošetrovatelského personálu v ČR se liší od úrovně personálu v německy mluvících oblastech.

Hypotéza 3: personál v ČR a německy mluvících oblastech má rozdílné podmínky pro poskytování kulturně kompetentní ošetrovatelské péče.

## **3 Metodika výzkumu**

Pro empirickou část diplomové práce byla vybrána forma kvantitativního výzkumu. Technikou sběru dat bylo anonymní dotazníkové šetření, které proběhlo u zdravotnického ošetrovatelského personálu ve vybraných nemocnicích v České republice a německy mluvících zemích, konkrétně v Německu, Rakousku a ve Švýcarsku. Dotazníky, stejně tak souhlasy jsou uveřejněny v příloze číslo 1 a 2, respektive 3 až 10.

### **3.1 Metodika a technika výzkumu**

Pro výzkumné šetření byl vytvořen anonymní dotazník, který obsahoval celkem 28 otázek. V dotazníku bylo použito několik druhů otázek. Ve většině případů se jednalo o otázky uzavřené, respondenti mohli vybírat právě jednu odpověď z nabízených

možností, nebo zaškrtnout více odpovědí ze škály možností. V polouzavřených otázkách mohli respondenti doplnit nebo odůvodnit svoji volbu konkrétní možnosti. Dotazník obsahoval i několik otázek otevřených.

Distribuce dotazníků probíhala jednak on–line, kdy byl mezi zdravotnický ošetrovatelský personál rozeslán emailem odkaz na on–line dotazník, jednak v klasické tištěné podobě osobním rozděním na konkrétní oddělení a následným zpětným odběrem. On–line vyplňování dotazníků bylo upřednostňováno ve většině případů spolupráce s respondenty ze zahraničí, zatímco respondenti v České republice vyplnili vesměs dotazník tištěný. Pokud některé zahraniční nemocnice zvolily také metodu vyplňování tištěného dotazníku, jejich distribuce a sběr pak probíhaly poštou.

Obě metody umožnily získat právě požadovaný počet dotazníků. Aplikace pro vyplňování dotazníku on–line umožní nastavení maximálního počtu vyplněných dotazníků. Byla prováděna průběžná kontrola a neúplně či neadekvátně vyplněné dotazníky byly deaktivovány, čímž bylo možné získat právě 30 dotazníků z daného oddělení, respektive 60 z dané nemocnice. Osobní distribuce a sběr dotazníků v prvním kole nepřinesly dostatečný počet dotazníků, vybraná oddělení byla tedy kontaktována a navštívena podruhé a byl vyhledán ošetrovatelský personál, který dotazník zatím ještě nevyplnil. Do statistického zpracování dat bylo záměrně použito i několik neúplně vyplněných dotazníků, jejichž zařazení nijak nesníží váhu výzkumu, ale naopak demonstruje neochotu některých respondentů dotazník poctivě vyplnit.

Dotazníků v papírové podobě bylo rozdáno celkem 218 ve všech zúčastněných nemocnicích, které si zvolily tuto podobu. Vrátilo se jich vyplněných 184, což znamená 84% návratnost. Z nich bylo vyřazeno 24 ks (tj. chybovost 13 %) chybně vyplněných dotazníků, tj. takových, které by při zařazení do statistického vyhodnocování dat znehodnotily validitu výsledku, nebo by ho přinejmenším negativně ovlivnily. Jednalo se např. o neúplně vyplněné dotazníky či dotazníky, v nichž bylo vybráno více odpovědí, než bylo zadáním povoleno. K vyhodnocení zbylo použitelných 160 dotazníků, tedy ty, které byly vyplněny bezvadně. To jsou takové, které mohly být použity do statistického zpracování sebraných dat, protože byly vyplněny přesně podle zadání, neobsahovaly vynechané či neúplně vyplněné otázky, neobsahovaly více

zaškrtnutých odpovědí u otázek, kde bylo možno zaškrtnout pouze jednu odpověď, a podobně.

U on-line vyplněných dotazníků jsme mohli předpokládat stejnou chybovost, ale ta činila pouze 4 %. Snížené procento chybovosti bylo dáno tím, že aplikace pro on-line vyplňování dotazníku upozorní respondenta na neúplně zodpovězenou otázku, neumožní mu zaškrtnout více odpovědí u otázek, kde se musí zaškrtnout právě jedna, a neumožní odeslání nedostatečně vyplněného dotazníku. Návratnost dotazníku vyplněných on-line nemůže být přesně spočítána. Budeme-li vycházet z údajů z on-line aplikace, která uvádí, že byly dotazníky zobrazeny 372krát, a nebudeme-li uvažovat možnost, že jeden respondent si mohl daný dotazník zobrazit před vyplněním několikrát, vyjde nám 90% návratnost.

**Tabulka 1:** Návratnost a chybovost dotazníků v závislosti na nemocnici

	Rozdáno	Nevyplněno	Vráceno	Vyřazeno	Chybovost	Návratnost	Zpracováno
Praha	84	14	70	10	14%	83%	60
Tábor	79	11	68	8	12%	86%	60
St. Gallen	71	7	64	4	6%	90%	60
Aarau	66	6	60	0	0%	91%	60
Cottbus	81	13	68	8	12%	84%	60
Dortmund	71	8	63	3	5%	89%	60
Weiz	73	8	65	5	8%	89%	60
Salzburg	65	5	60	0	0%	92%	60
Papír	218	34	184	24	13%	84%	160
On-line	372	38	334	14	4%	90%	320
Celkem	590	72	518	38	7%	88%	480

Zdroj: vlastní statistika

### 3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl vytvořen z ošetrovatelského personálu z interních a chirurgických oddělení nemocnic v České republice, Německu, Rakousku a ve Švýcarsku. Z každé země byly vybrány dvě nemocnice, jedna z velkoměsta a druhá z města menšího. Výzkumné vzorky tvořilo vždy 30 sester a ošetrovatelek/ošetrovatelů

interního a 30 sester a ošetřovatelek/ošetřovatelů chirurgického oddělení dané nemocnice. Interní a chirurgická oddělení byla vybrána jako standardní oddělení podobná ve všech nemocnicích k získání dostatečného počtu respondentů, jejich další odlišování ve statistickém zpracování dat nemá nijak významnou váhu. Dotazníkové šetření proběhlo v České republice ve Fakultní nemocnici Motol v Praze a v Nemocnici Tábor, a. s. V Německu se dotazníkové šetření uskutečnilo v Klinikum Dortmund a v Carl–Thien–Klinikum v Cottbusu, v Rakousku v Landes–Krankenhaus ve městě Salzburg a Weiz. Ve Švýcarsku se dotazníkového šetření zúčastnily nemocnice v německy mluvícím kantonu, a to Kantonsspital ve městě Aarau a Kantonsspital ve městě St. Gallen. Z každé nemocnice bylo sebráno 60 dotazníků, tedy dohromady 120 z každé země. Celkem tedy bylo k dispozici 480 dotazníků pro kvantitativní výzkum.

### **3.3 Realizace výzkumu**

Aby byl nashromážděn dostatečný počet podkladů pro výzkumné šetření, bylo během podzimu 2015 osloveno velké množství nemocnic, bohužel však s žalostným výsledkem. Bylo naplánováno provedení dotazníkového šetření ve dvou rozdílně velkých nemocnicích v každé zemi, tedy celkem ve čtyřech státech. K získání souhlasu k provedení dotazníkového šetření ve dvou nemocnicích z každé země bylo celkem osloveno 41 nemocnic. E–mailem byly rozeslány žádosti o povolení distribuce dotazníků se stručnou charakteristikou výzkumu a s návrhem dotazníku. Tyto žádosti byly adresované hlavním sestrám, respektive náměstkyním/náměstkům pro ošetřovatelskou péči vybraných nemocnic, v německy mluvících zemích tuto funkci zastávají „Pflegedirektor/in“. Zároveň bylo na oplátku nabídnuto poskytnutí stručného vyhodnocení výsledků výzkumného šetření, které by nemocnice mohly použít pro své účely. Podle připomínek oslovených osob, se kterými jsem byla v kontaktu, byl dotazník několikrát upravován až do finální podoby. Udělení či neudělení souhlasu trvalo v mnohých případech více než čtvrt roku. Téměř do všech nemocnic byly e–maily rozesílány opakovaně třeba i čtyřikrát a nemálo nemocnic ani neodpovědělo, přestože nám bylo zpět doručeno potvrzení o přečtení emailu.



V České republice byla úspěšnost získání souhlasu nejvyšší, k získání dvou nemocnic byly osloveny pouze tři. Souhlas s distribucí dotazníků udělila pražská Fakultní nemocnice Motol a Nemocnice Tábor. Třetí nemocnice by výzkum povolila pouze v případě, že bych byla jejím zaměstnancem nebo studentem.

V Rakousku bylo osloveno 9 zdravotnických zařízení. Souhlas udělila Landeskrankenhaus Salzburg a Landeskrankenhaus Weiz. V obou případech byla dohodnuta on-line distribuce dotazníků. Na žádost o povolení výzkumu nereagovala pouze jedna nemocnice, ostatní alespoň odpověděly. Důvody odmítnutí byly převážně časové.

V Německu bylo osloveno 17 nemocnic, 2 souhlasily, 7 odmítlo a 8 neodpovědělo ani po 1–2 urgencích, i když u všech přišlo potvrzení o přečtení. V některým nemocnicích jsem byla odkazována na další a další kompetentnější osoby, nakonec však se záporným výsledkem. Jako důvod byla běžně uváděna časová vytíženost, nezájem o zahraniční výzkum. S výzkumem nakonec souhlasily nemocnice Carl–Thiem–Klinikum Cottbus a Klinikum Dortmund. Nemocnice Dortmund si nejdříve vyžádala doplňující informace k výzkumu a diplomové práci a také požadovala oficiální žádost z univerzity, kterou jí poskytla vedoucí mé diplomové práce. S nemocnicí Dortmund bylo dohodnuto on-line vyplňování dotazníku, v nemocnici Cottbus proběhl sběr dat na jejich přání v tištěné podobě poštou.

Ve Švýcarsku bylo osloveno 13 zdravotnických zařízení, čímž jsem v podstatě vyčerpala všechny možnosti srovnatelných zařízení s ostatními ve výzkumu, neboť byly vybírány pouze kantony, kde je úředním jazykem němčina. Odmítnutí bylo obdrženo od 8, žádná odpověď od tří. Ze švýcarských nemocnic se s výzkumem souhlasily Kantonsspital Aarau Kantonsspital a St. Gallen. V obou případech byla zvolena forma on-line dotazníku.

### **3.4 Statistické zpracování dat**

Ke statistickému zpracování dat a následné tvorbě grafů a tabulek byl použit program Microsoft Excel. K popisné statistice byly použity základní funkce jako

Četnosti, Když, Suma a podobně. Data byla zpracována do tabulek a sloupcových a výšečového grafu.

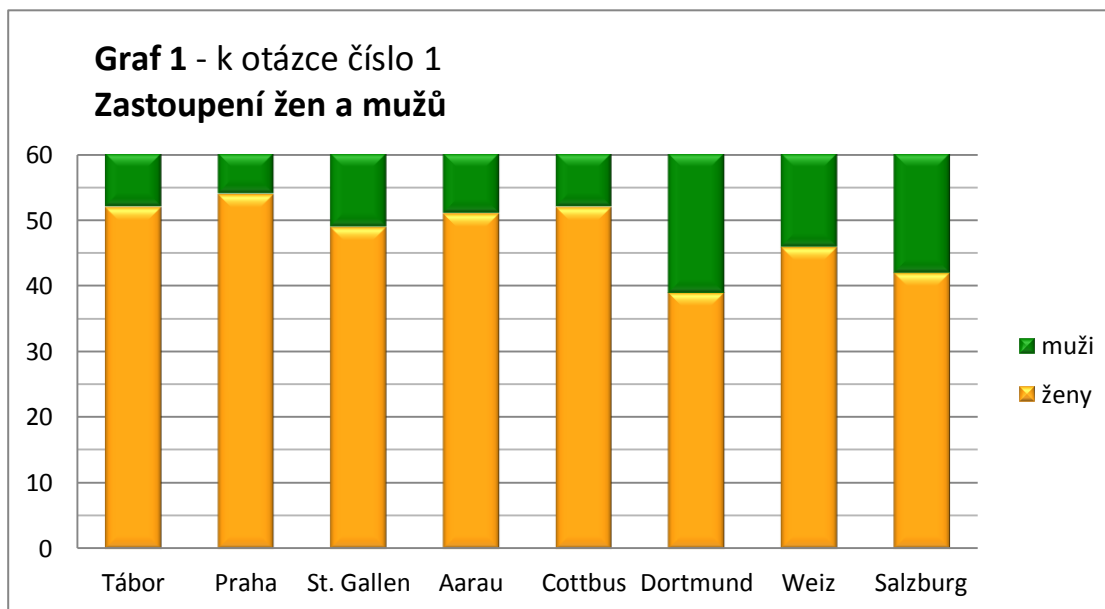
Statistické testování hypotéz probíhalo rovněž v programu Microsoft Excel. Byl použit Mediánový test a Chí–kvadrát test dobré shody. Pro potřeby těchto testů byl vypočítán medián, společný medián a vytvořena kontingenční tabulka. Vypočtená hladina významnosti  $p$  byla porovnáována se zvolenou hladinou významnosti  $\alpha = 5 \%$ .

K výpočtu tzv. testového kritéria může být použit vzorec  $x^2 = \sum \frac{(P-O)^2}{O}$ , kdy  $x^2$  je tzv. testové kritérium,  $P$  pozorované četnosti a  $O$  četnosti očekávané. Počet stupňů volnosti  $N = n-1$  byl v našem případě 1 a při zvolené hladině významnosti  $\alpha = 5 \%$  dosahuje podle tabulek kritická hodnota významnosti 3,841. Je-li hodnota testového kritéria nižší než kritická hodnota významnosti, rozdíl mezi porovnávanými skupinami je statisticky nevýznamný a přijímáme  $H_0$ . Je-li hodnota testového kritéria větší než kritická hodnota významnosti, rozdíl mezi porovnávanými skupinami je statisticky významný,  $H_0$  zamítáme a přijímáme  $H_A$ .

Platí  $H_0$  pro  $x^2 < 3,841 < x^2$  platí  $H_A$ , tak jako platí  $H_0$  pro  $x^2 > 5 \% > x^2$  platí  $H_A$ .

## 4 VÝSLEDKY

### 4.1 Popisná statistika dle nemocnic

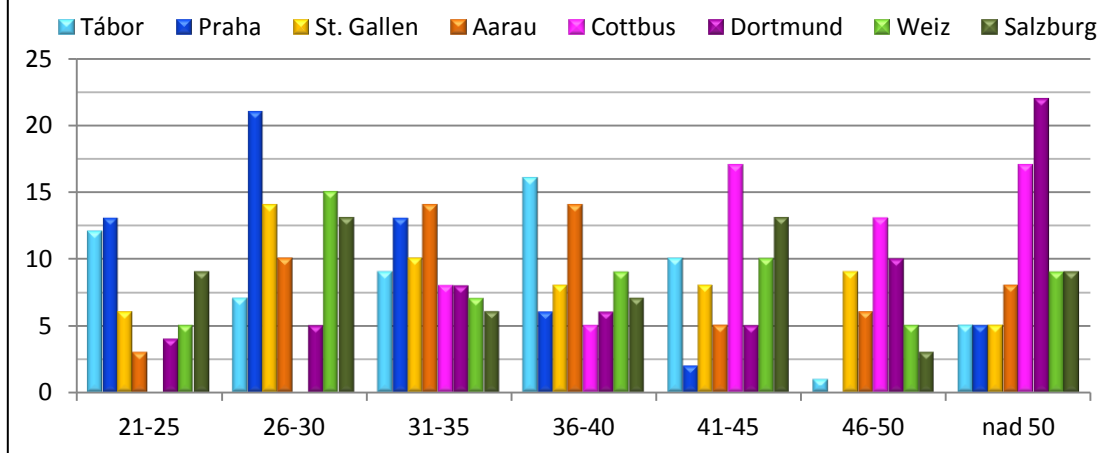


Zdroj: vlastní výzkum

Zkoumaný soubor tvořilo celkem 480 respondentů–zdravotnických pracovníků, tj. po 60 zdravotnických pracovnících z 8 nemocnic. Zastoupení žen a mužů v jednotlivých nemocnicích bylo 52:8 (86,7 % : 13,3 %) v nemocnici v Táboře, 54:6 (90,0 % : 10,0 %) v nemocnici v Praze, 49:11 (81,7 % : 18,3 %) v nemocnici v St. Gallen, 51:9 (85,0 % : 15 %) v nemocnici v Aarau, 52:8 (86,7 % : 13,3 %) v nemocnici v Cottbusu, 39:21 (65,5 % : 35 %) v nemocnici v Dortmundu, 46:14 (76,7 % : 23,3 %) v nemocnici ve Weizu a 42:18 (70,30 % : 30,0 %) v nemocnici v Salzburgu.

**Graf 2 - k otázce číslo 2**

**Věkové zastoupení ošetrovatelského personálu**

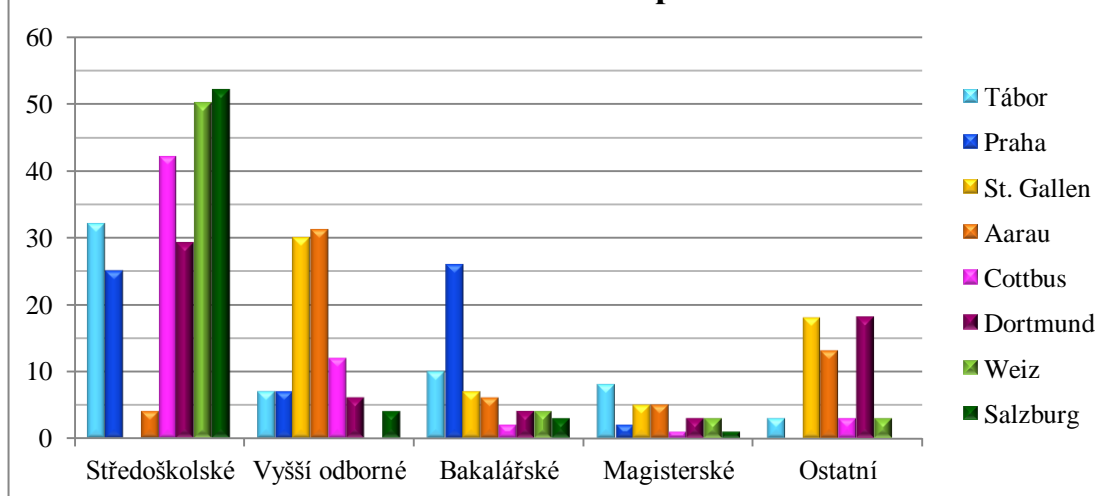


Zdroj: vlastní výzkum

Z 60 respondentů v každé nemocnici byly věkové kategorie zastoupeny následovně. V nemocnici v Táboře je zastoupení kategorie *do 20 let* 0 respondentů, *21–25 let* 12 (20,0 %) respondentů, *26–30 let* 7 (11,7 %) respondentů, *31–35 let* 9 (15,0 %) respondentů, *36–40 let* 16 (26,7 %) respondentů, *41–45 let* 10 (16,7 %) respondentů, *46–50 let* 1 (1,7 %) respondent a *nad 50 let* 5 (8,3 %) respondentů. V nemocnici v Praze je zastoupení kategorie *do 20 let* 0 respondentů, *21–25 let* 13 (21,7 %) respondentů, *26–30 let* 21 (35,0 %) respondent, *31–35 let* 13 (21,7 %) respondentů, *36–40 let* 6 (10,0 %) respondentů, *41–45 let* 2 (3,3 %) respondenti, *46–50 let* 0 respondentů a *nad 50 let* 5 (8,3 %) respondentů. V nemocnici v St. Gallen je zastoupení kategorie *do 20 let* 0 respondentů, *21–25 let* 6 (10,0 %) respondentů, *26–30 let* 14 (23,3 %) respondentů, *31–35 let* 10 (16,7 %) respondentů, *36–40 let* 8 (13,3 %) respondentů, *41–45 let* 8 (13,3 %) respondentů, *46–50 let* 9 (15,0%) respondentů a *nad 50 let* 5 (8,3 %) respondentů. V nemocnici v Aarau je zastoupení kategorie *do 20 let* 0 respondentů, *21–25 let* 3 (5,0 %) respondenti, *26–30 let* 10 (16,7 %) respondentů, *31–35 let* 14 (23,3 %) respondentů, *36–40 let* 14 (23,3 %) respondentů, *41–45 let* 5 (8,3 %) respondentů, *46–50 let* 6 (10,0 %) respondentů a *nad 50 let* 8 (13,3 %) respondentů. V nemocnici v Cottbusu je zastoupení kategorie *do 20 let* 0 respondentů, *21–25 let* 0 respondentů, *26–30 let* 0 respondentů, *31–35 let* 8 (13,3 %) respondentů, *36–40 let* 5 (8,3 %) respondentů, *41–45*

*let 17 (28,3 %) respondentů, 46–50 let 13 (21,7 %) respondentů a nad 50 let 17 (28,3 %) respondentů. V nemocnici v Dortmundu je zastoupení kategorie do 20 let 0 respondentů, 21–25 let 4 (6,7 %) respondenti, 26–30 let 5 (8,3 %) respondentů, 31–35 let 8 (13,3 %) respondentů, 36–40 let 6 (10,0 %) respondentů, 41–45 let 5 (8,3 %) respondentů, 46–50 let 10 (16,7 %) respondentů a nad 50 let 22 (36,7 %) respondenti. V nemocnici ve Weizu je zastoupení kategorie do 20 let 0 respondentů, 21–25 let 5 (8,3 %) respondentů, 26–30 let 15 (25,0 %) respondentů, 31–35 let 7 (11,7 %) respondentů, 36–40 let 9 (15,0 %) respondentů, 41–45 let 10 (16,7 %) respondentů, 46–50 let 5 (8,3 %) respondentů a nad 50 let 9 (15,0 %) respondentů. V nemocnici v Salzburgu je zastoupení kategorie do 20 let 0 respondentů, 21–25 let 9 (15,0 %) respondentů, 26–30 let 13 (21,7 %) respondentů, 31–35 let 6 (10,0 %) respondentů, 36–40 let 7 (11,7 %) respondentů, 41–45 let 13 (21,7 %) respondentů, 46–50 let 3 (5,0 %) respondenti a nad 50 let 9 (15,0 %) respondentů.*

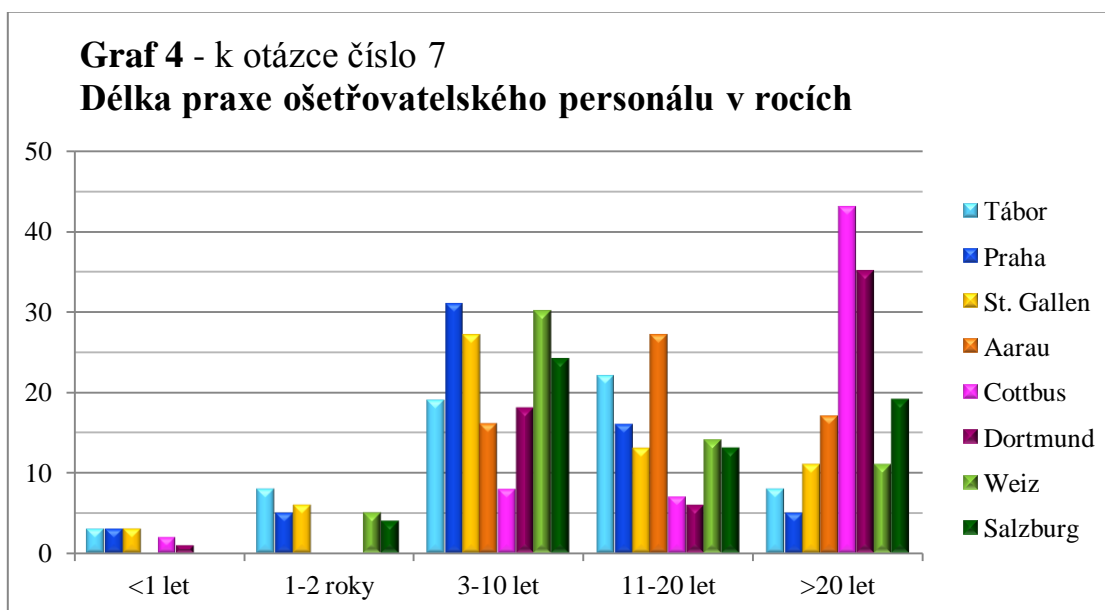
**Graf 3 - k otázce číslo 3**  
**Dosažené vzdělání ošetrovatelského personálu**



Zdroj: vlastní výzkum

Z 60 respondentů v každé nemocnici byly kategorie vzdělání zastoupeny následovně. V nemocnici v Táboře zodpověděli kategorii *středoškolské vzdělání* 32 (53,3 %) respondenti, *vyšší odborné vzdělání* 7 (11,7 %) respondentů, *bakalářské vzdělání* 10 (16,7 %) respondentů, *magisterské vzdělání* 8 (13,3 %) respondentů a *ostatní vzdělání* 3 (5,0 %) respondenti. V nemocnici v Praze zodpovědělo kategorii *středoškolské vzdělání* 25 (41,7 %) respondentů, *vyšší odborné vzdělání* 7 (11,7 %) respondentů, *bakalářské vzdělání* 26 (43,3 %) respondentů, *magisterské vzdělání* 2 (3,3 %) respondenti a *ostatní vzdělání* 0 (0,0 %) respondentů. V nemocnici v St. Gallen zodpovědělo kategorii *středoškolské vzdělání* 0 (0,0 %) respondentů, *vyšší odborné vzdělání* 30 (50,0 %) respondentů, *bakalářské vzdělání* 7 (11,7 %) respondentů, *magisterské vzdělání* 5 (8,3 %) respondentů a *ostatní vzdělání* 18 (30,0 %) respondentů. V nemocnici v Aarau zodpověděli kategorii *středoškolské vzdělání* 4 (6,7 %) respondenti, *vyšší odborné vzdělání* 31 (51,7 %) respondentů, *bakalářské vzdělání* 6 (10,0 %) respondentů, *magisterské vzdělání* 5 (8,3 %) respondentů a *ostatní vzdělání* 13 (21,7 %) respondentů. V nemocnici v Cottbusu zodpověděli kategorii *středoškolské vzdělání* 42 (70,0 %) respondenti, *vyšší odborné vzdělání* 12 (20,0 %) respondentů, *bakalářské vzdělání* 2 (3,3 %) respondenti, *magisterské vzdělání* 1 (1,7 %) respondent a *ostatní vzdělání* 3 (1,7 %) respondenti. V nemocnici v Dortmundu zodpovědělo

kategorii *středoškolské vzdělání* 29 (48,3 %) respondentů, *vyšší odborné vzdělání* 6 (10,0 %) respondentů, *bakalářské vzdělání* 4 (6,7 %) respondenti, *magisterské vzdělání* 3 (5,0 %) respondenti a *ostatní vzdělání* 18 (30,0 %) respondentů. V nemocnici ve Weizu zodpovědělo kategorii *středoškolské vzdělání* 50 (83,3 %) respondentů, *vyšší odborné vzdělání* 0 (0,0 %) respondentů, *bakalářské vzdělání* 4 (6,7 %) respondenti, *magisterské vzdělání* 3 (5,0 %) respondenti a *ostatní vzdělání* 3 (5,0 %) respondenti. V nemocnici v Salzburgu zodpověděli kategorii *středoškolské vzdělání* 52 (86,7 %) respondenti, *vyšší odborné vzdělání* 4 (6,7 %) respondenti, *bakalářské vzdělání* 3 (5,0%) respondenti, *magisterské vzdělání* 1 (1,7 %) respondent a *ostatní vzdělání* 0 (0,0 %) respondentů.



Zdroj: vlastní výzkum

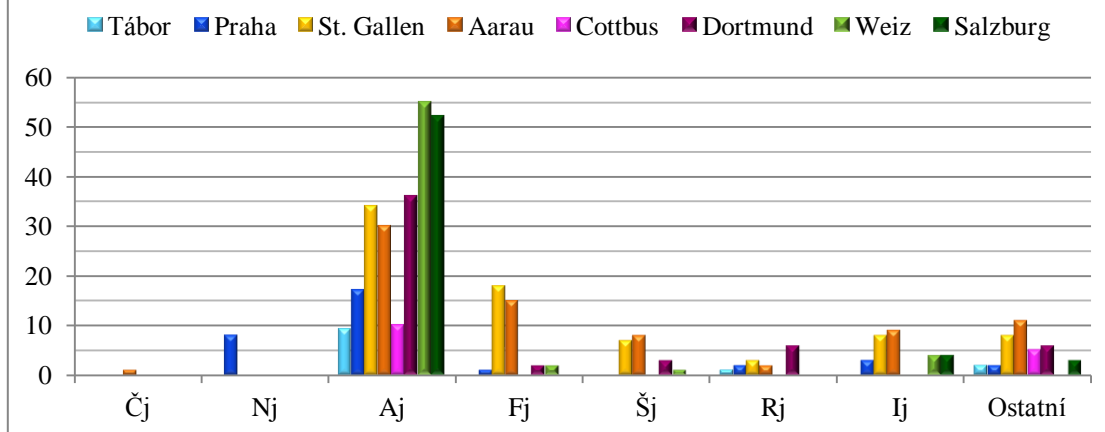
Z 60 respondentů v každé nemocnici byly kategorie délky praxe zastoupeny následovně. V nemocnici v Táboře zodpověděli kategorii *méně než 1 rok* 3 (5,0 %) respondenti, *1–2 roky* 8 (13,3 %) respondentů, *3–10 let* 19 (31,7 %) respondentů, *11–20 let* 22 (36,7 %) respondenti a *více než 20 let* 8 (13,3 %) respondentů. V nemocnici v Praze zodpověděli kategorii *méně než 1 rok* 3 (5,0 %) respondenti, *1–2 roky* 5 (8,3 %) respondentů, *3–10 let* 31 (51,7 %) respondent, *11–20 let* 16 (26,7 %) respondentů a *více než 20 let* 5 (8,3 %) respondentů. V nemocnici v St. Gallen zodpověděli kategorii *méně než 1 rok* 3 (5,0 %) respondenti, *1–2 roky* 6 (10,0 %) respondentů, *3–10 let* 27 (45,0 %) respondentů, *11–20 let* 13 (21,7 %) respondentů a *více než 20 let* 11 (18,3 %) respondentů. V nemocnici v Aarau zodpovědělo kategorii *méně než 1 rok* 0 (0,0 %) respondentů, *1–2 roky* 0 (0,0 %) respondentů, *3–10 let* 16 (26,7 %) respondentů, *11–20 let* 27 (45,5 %) respondentů a *více než 20 let* 17 (28,3 %) respondentů. V nemocnici v Cottbusu zodpověděli kategorii *méně než 1 rok* 2 (3,3 %) respondenti, *1–2 roky* 0 (0,0 %) respondentů, *3–10 let* 8 (13,3 %) respondentů, *11–20 let* 7 (11,7 %) respondentů a *více než 20 let* 43 (71,7 %) respondentů. V nemocnici v Dortmundu zodpověděl kategorii *méně než 1 rok* 1 (1,7 %) respondent, *1–2 roky* 0 (0,0 %) respondentů, *3–10 let* 18 (30,0 %) respondentů, *11–20 let* 6 (10,0 %) respondentů a *více než 20 let* 35 (58,3 %) respondentů. V nemocnici ve Weizu zodpovědělo kategorii *méně než 1 rok* 0 (0,0 %)



respondentů, *1–2 roky* 5 (8,3 %) respondentů, *3–10 let* 30 (50,0 %) respondentů, *11–20 let* 14 (23,3 %) respondentů a *více než 20 let* 11 (18,3 %) respondentů. V nemocnici v Salzburgu zodpovědělo kategorii *méně než 1 rok* 0 (0,0 %) respondentů, *1–2 roky* 4 (6,7 %) respondentů, *3–10 let* 24 (40,0 %) respondentů, *11–20 let* 13 (21,7 %) respondentů a *více než 20 let* 19 (31,7 %) respondentů.

### Graf 5 - k otázce číslo 8

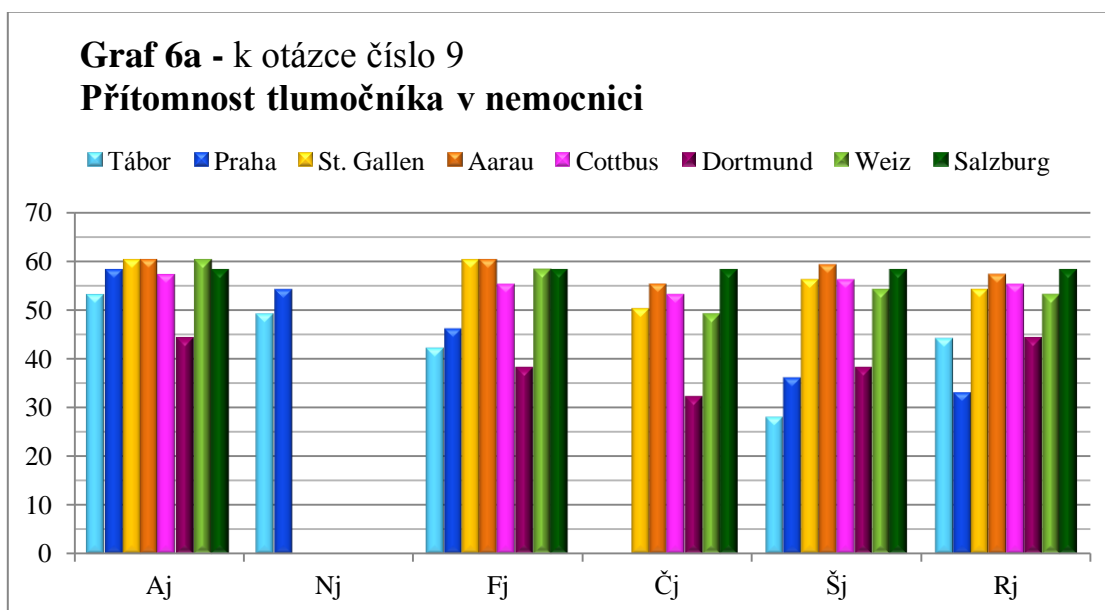
#### Jazyky, jimiž se ošetrovatelský personál domluví s pacientem cizincem



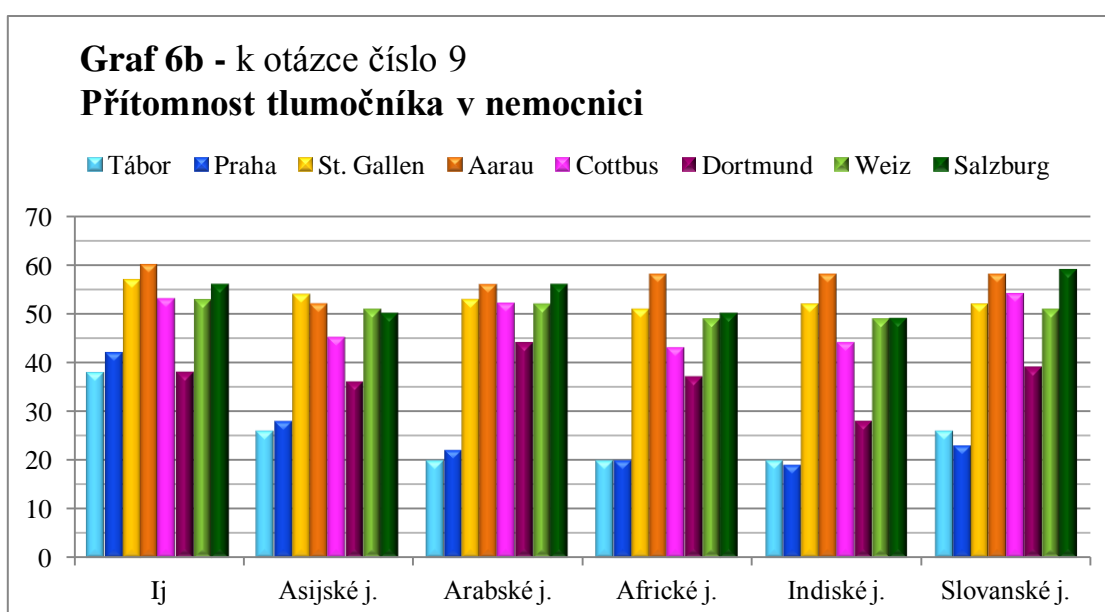
Zdroj: vlastní výzkum

Z 60 respondentů v každé nemocnici umí daným jedním z jazyků na komunikační úrovni následující počet respondentů. V nemocnici v Táboře se z cizích jazyků domluví německy 0 (0,0 %) respondentů, anglicky 9 (15,0 %) respondentů, francouzsky 0 (0,0 %) respondentů, španělsky 0 (0,0 %) respondentů, rusky 1 (1,7 %) respondent, italsky 0 (0,0 %) respondentů a ostatními jazyky 2 (3,3 %) respondenti. V nemocnici v Praze se z cizích jazyků domluví německy 8 (13,3 %) respondentů, anglicky 17 (28,3 %) respondentů, francouzsky 1 (1,7 %) respondent, španělsky 0 (0,0 %) respondentů, rusky 2 (3,3 %) respondenti, italsky 3 (5,0 %) respondenti a ostatními jazyky 2 (3,3 %) respondenti. V nemocnici v St. Gallen se domluví z cizích jazyků česky 0 (0,0 %) respondentů, anglicky 34 (56,7 %) respondentů, francouzsky 18 (30,0 %) respondentů, španělsky 7 (11,7 %) respondentů, rusky 3 (5,5 %) respondenti, italsky 8 (13,3 %) respondentů a ostatními jazyky 8 (13,3 %) respondentů. V nemocnici v Aarau se domluví z cizích jazyků česky 1 (1,7 %) respondent, anglicky 30 (50,0 %) respondentů, francouzsky 15 (25,0 %) respondentů, španělsky 8 (13,3 %) respondentů, rusky 2 (3,3 %) respondenti, italsky 9 (15,0 %) respondentů a ostatními jazyky 11 (18,3 %) respondentů. V nemocnici v Cottbusu se domluví z cizích jazyků česky 0 (0,0 %) respondentů, anglicky 10 (16,7 %) respondentů, francouzsky 0 (0,0 %) respondentů, španělsky 0 (0,0 %) respondentů, rusky 0 (0,0 %) respondentů, italsky 0 (0,0 %)

respondentů a *ostatními jazyky* 5 (8,3 %) respondentů. V nemocnici v Dortmundu se domluví z cizích jazyků česky 0 (0,0 %) respondentů, *anglicky* 36 (60,0 %) respondentů, *francouzsky* 2 (3,3 %) respondenti, *španělsky* 3 (5,0 %) respondenti, *rusky* 6 (10,0 %) respondentů, *italsky* 0 (0,0 %) respondentů a *ostatními jazyky* 6 (10,0 %) respondentů. V nemocnici ve Weizu se domluví z cizích jazyků česky 0 (0,0 %) respondentů, *anglicky* 55 (91,7 %) respondentů, *francouzsky* 2 (3,3 %) respondenti, *španělsky* 1 (1,7 %) respondent, *rusky* 0 (0,0 %) respondentů, *italsky* 4 (6,7 %) respondenti a *ostatními jazyky* 0 (0,0 %) respondentů. V nemocnici v Salzburgu se domluví z cizích jazyků česky 0 (0,0 %) respondentů, *anglicky* 52 (86,7 %) respondentů, *francouzsky* 0 (0,0 %) respondentů, *španělsky* 0 (0,0 %) respondentů, *rusky* 0 (0,0 %) respondentů, *italsky* 4 (6,7 %) respondenti a *ostatními jazyky* 3 (5,0 %) respondenti.



Zdroj: vlastní výzkum

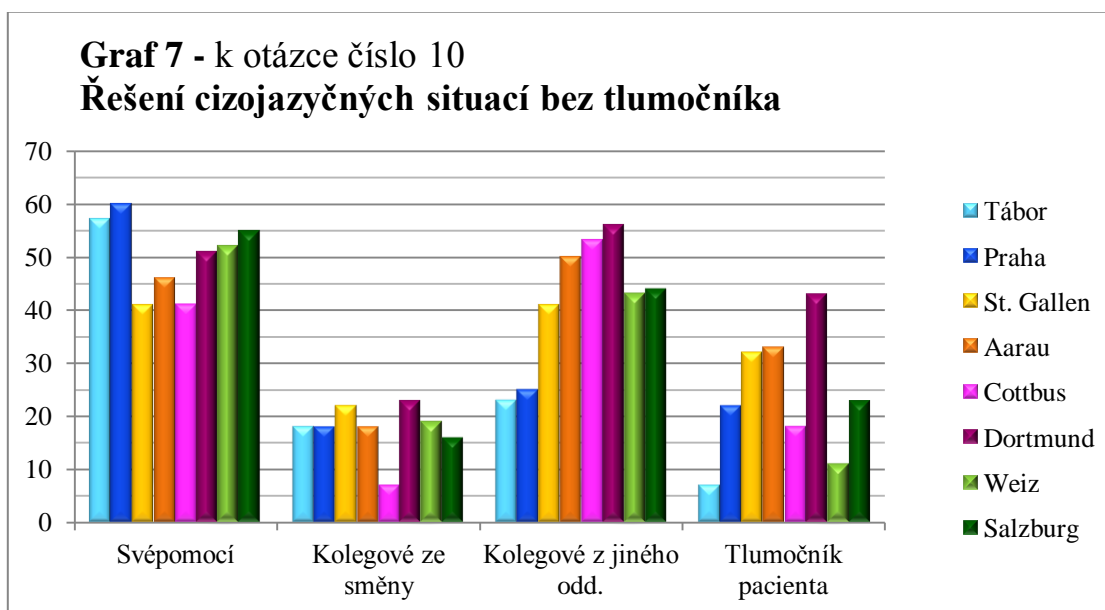


Zdroj: vlastní výzkum

Z 60 respondentů v každé nemocnici uvedl následující počet respondentů, že mají k dispozici tlumočníka dodaného cizího jazyka. V nemocnici v Táboře uvádí dispoziční tlumočníka do *angličtiny* 53 (83,3 %) respondenti, *němčiny* 49 (81,7 %) respondentů, *francouzštiny* 42 (70,0 %) respondenti, *španělštiny* 28 (46,7 %) respondentů, *ruštiny* 44 (73,3 %) respondenti, *italštiny* 38 (63,3 %) respondentů, *asijských jazyků* 26 (43,3 %)

respondentů, *arabských jazyků* 20 (33,3 %) respondentů, *afrických jazyků* 20 (33,3 %) respondentů, *indických jazyků* 20 (33,3 %) respondentů a *slovanských jazyků* 26 (43,3 %) respondentů. V nemocnici v Praze uvádí dispozici tlumočnicka do *angličtiny* 58 (96,7 %) respondentů, *němčiny* 54 (90,0 %) respondenti, *francouzštiny* 46 (76,7 %) respondentů, *španělštiny* 36 (60,0 %) respondentů, *ruštiny* 33 (55,0 %) respondenti, *italštiny* 42 (70,0 %) respondenti, *asijských jazyků* 28 (46,7 %) respondentů, *arabských jazyků* 22 (36,7 %) respondenti, *afrických jazyků* 20 (33,3 %) respondentů, *indických jazyků* 19 (31,7 %) respondentů a *slovanských jazyků* 23 (38,3 %) respondenti. V nemocnici v St. Gallen uvádí dispozici tlumočnicka do *angličtiny* 60 (100,0 %) respondentů, *francouzštiny* 60 (100,0 %) respondentů, *češtiny* 50 (83,3 %) respondentů, *španělštiny* 56 (93,3 %) respondentů, *ruštiny* 54 (90,0 %) respondenti, *italštiny* 57 (95,0 %) respondentů, *asijských jazyků* 54 (90,0 %) respondenti, *arabských jazyků* 53 (88,3 %) respondenti, *afrických jazyků* 51 (85,0 %) respondent, *indických jazyků* 52 (86,7 %) respondenti a *slovanských jazyků* 52 (86,7 %) respondenti. V nemocnici v Aarau uvádí dispozici tlumočnicka do *angličtiny* 60 (100,0 %) respondentů, *francouzštiny* 60 (100,0 %) respondentů, *češtiny* 55 (91,7 %) respondentů, *španělštiny* 59 (98,3 %) respondentů, *ruštiny* 57 (95,0 %) respondentů, *italštiny* 60 (100,0 %) respondentů, *asijských jazyků* 52 (86,7 %) respondenti, *arabských jazyků* 56 (93,3 %) respondentů, *afrických jazyků* 58 (96,7 %) respondentů, *indických jazyků* 58 (96,7 %) respondentů a *slovanských jazyků* 58 (96,7 %) respondentů. V nemocnici v Cottbusu uvádí dispozici tlumočnicka do *angličtiny* 57 (95,0 %) respondentů, *francouzštiny* 55 (91,7 %) respondentů, *češtiny* 53 (88,3 %) respondenti, *španělštiny* 56 (93,3 %) respondentů, *ruštiny* 55 (91,7 %) respondentů, *italštiny* 53 (88,3 %) respondenti, *asijských jazyků* 45 (75,0 %) respondentů, *arabských jazyků* 52 (86,7 %) respondenti, *afrických jazyků* 43 (71,7 %) respondenti, *indických jazyků* 44 (73,3 %) respondenti a *slovanských jazyků* 54 (90,0 %) respondenti. V nemocnici v Dortmundu uvádí dispozici tlumočnicka do *angličtiny* 44 (73,3 %) respondenti, *francouzštiny* 38 (63,3 %) respondentů, *češtiny* 32 (53,3 %) respondenti, *španělštiny* 38 (63,3 %) respondentů, *ruštiny* 44 (73,3 %) respondenti, *italštiny* 38 (63,3 %) respondentů, *asijských jazyků* 36 (60,0 %) respondentů, *arabských jazyků* 44 (73,3 %) respondenti, *afrických jazyků* 37 (61,7 %) respondentů, *indických*

*jazyků* 28 (46,7 %) respondentů a *slovanských jazyků* 39 (65,0 %) respondentů. V nemocnici ve Weizu uvádí dispozici tlumočnicka do *angličtiny* 60 (100,0 %) respondentů, *francouzštiny* 58 (96,7 %) respondentů, *češtiny* 49 (81,7 %) respondentů, *španělštiny* 54 (90,0 %) respondenti, *ruštiny* 53 (88,3 %) respondenti, *italštiny* 53 (88,3 %) respondenti, *asijských jazyků* 51 (85,0 %) respondent, *arabských jazyků* 52 (86,7 %) respondenti, *afrických jazyků* 49 (81,7 %) respondentů, *indických jazyků* 49 (81,7 %) respondentů a *slovanských jazyků* 51 (85,0 %) respondent. V nemocnici v Salzburgu uvádí dispozici tlumočnicka do *angličtiny* 58 (96,7 %) respondentů, *francouzštiny* 58 (96,7 %) respondentů, *češtiny* 58 (96,7 %) respondentů, *španělštiny* 58 (96,7 %) respondentů, *ruštiny* 58 (96,7 %) respondentů, *italštiny* 56 (93,3 %) respondentů, *asijských jazyků* 50 (83,3 %) respondentů, *arabských jazyků* 56 (93,3 %) respondentů, *afrických jazyků* 50 (83,3 %) respondentů, *indických jazyků* 49 (81,7 %) respondentů a *slovanských jazyků* 59 (98,3 %) respondentů.

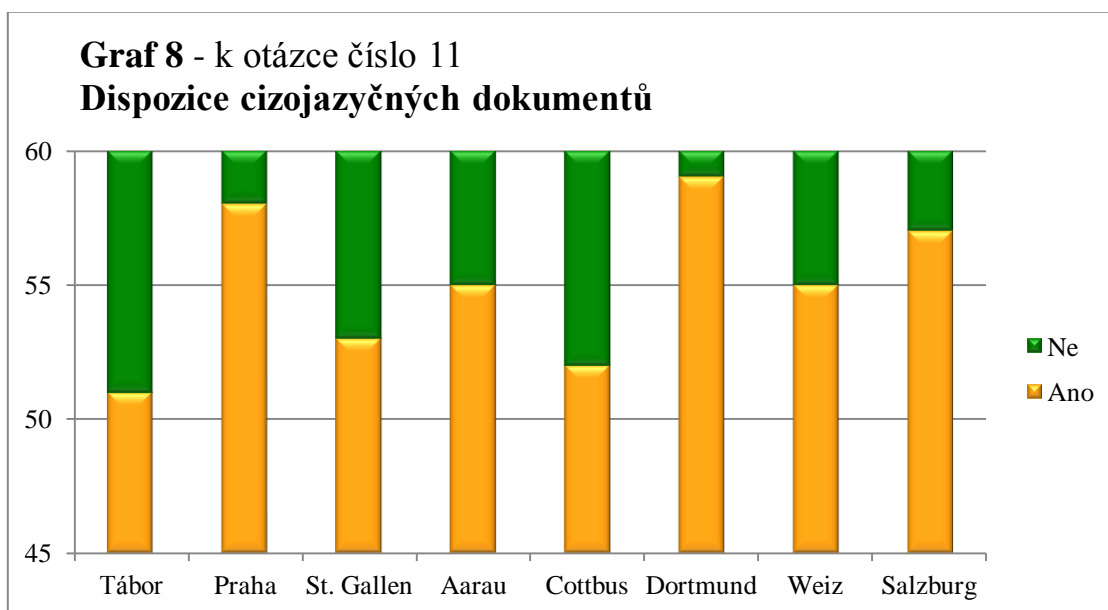


Zdroj: vlastní výzkum

Z 60 respondentů v každé nemocnici by situaci bez tlumočnicka jedním z nabízených způsobů řešil následující počet respondentů. V nemocnici v Táboře by řešilo situaci bez tlumočnicka *svépomocí* 57 (95,0 %) respondentů, *s pomocí kolegů ze směny* 18 (30,0 %) respondentů, *s pomocí kolegů z jiného oddělení* 23 (38,3 %) respondenti a *pacienta by o vlastního tlumočnicka požádalo* 7 (11,7 %) respondentů. V nemocnici v Praze by řešilo situaci bez tlumočnicka *svépomocí* 60 (100,0 %) respondentů, *s pomocí kolegů ze směny* 18 (30,0 %) respondentů, *s pomocí kolegů z jiného oddělení* 25 (41,7 %) respondentů a *pacienta by o vlastního tlumočnicka požádalo* 22 (36,7 %) respondentů. V nemocnici v St. Gallen by řešil situaci bez tlumočnicka *svépomocí* 41 (68,3 %) respondent, *s pomocí kolegů ze směny* 22 (36,7 %) respondenti, *s pomocí kolegů z jiného oddělení* 41 (68,3 %) respondent a *pacienta by o vlastního tlumočnicka požádalo* 32 (53,3 %) respondenti. V nemocnici v Aarau by řešilo situaci bez tlumočnicka *svépomocí* 46 (76,7 %) respondentů, *s pomocí kolegů ze směny* 18 (30,0 %) respondentů, *s pomocí kolegů z jiného oddělení* 50 (83,3 %) respondentů a *pacienta by o vlastního tlumočnicka požádali* 33 (55,0 %) respondenti. V nemocnici v Cottbusu by řešil situaci bez tlumočnicka *svépomocí* 41 (68,3 %) respondent, *s pomocí kolegů ze směny* 7 (11,7 %) respondentů, *s pomocí kolegů z jiného oddělení* 53 (88,3 %) respondenti a *pacienta by o vlastního tlumočnicka požádalo* 18 (30,0 %) respondentů.

V nemocnici v Dortmundu by řešil situaci bez tlumočnicka *svépomocí* 51 (85,0 %) respondent, *s pomocí kolegů ze směny* 23 (38,3 %) respondenti, *s pomocí kolegů z jiného oddělení* 56 (93,3 %) respondentů a *pacienta by o vlastního tlumočnicka požádalo* 43 (71,7 %) respondenti. V nemocnici ve Weizu by řešili situaci bez tlumočnicka *svépomocí* 52 (86,7 %) respondenti, *s pomocí kolegů ze směny* 19 (31,7 %) respondentů, *s pomocí kolegů z jiného oddělení* 43 (71,7 %) respondenti a *pacienta by o vlastního tlumočnicka požádalo* 11 (18,3 %) respondentů. V nemocnici v Salzburgu by řešilo situaci bez tlumočnicka *svépomocí* 55 (91,7 %) respondentů, *s pomocí kolegů ze směny* 16 (26,7 %) respondentů, *s pomocí kolegů z jiného oddělení* 44 (73,3 %) respondenti a *pacienta by o vlastního tlumočnicka požádalo* 23 (38,3 %) respondenti.

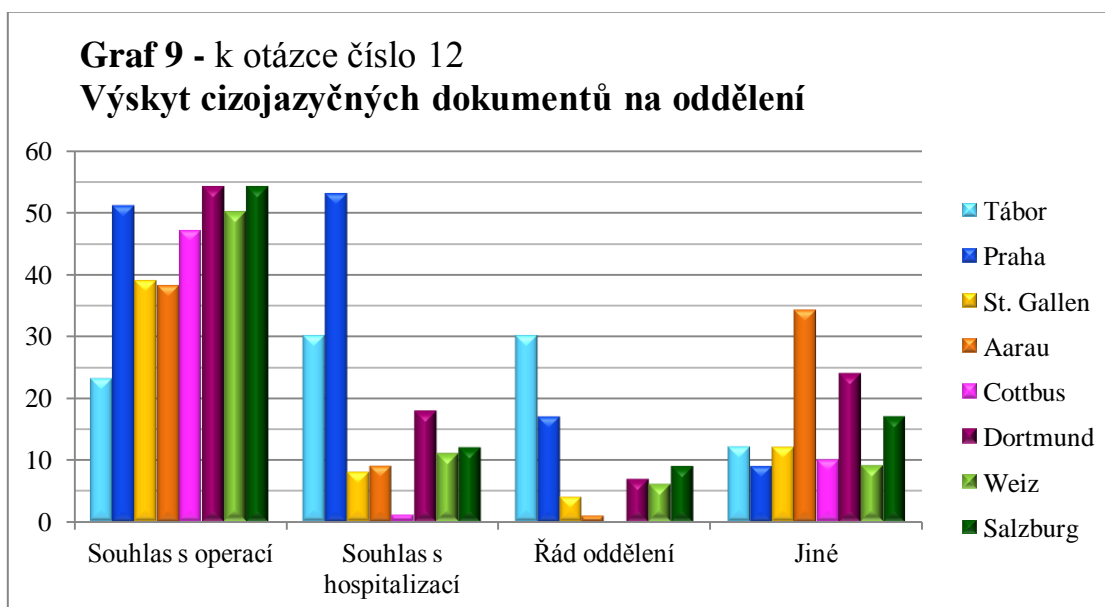




Zdroj: vlastní výzkum

Z 60 respondentů z každé nemocnice uvedl dispoziční cizojazyčných dokumentů na oddělení následující počet respondentů. V nemocnici v Táboře odpověděl *ano* 51 (85,0 %) respondent, *ne* 9 (15,0 %) respondentů. V nemocnici v Praze odpovědělo *ano* 58 (96,7 %) respondentů, *ne* 2 (3,3 %) respondenti. V nemocnici v St. Gallen odpověděli *ano* 53 (83,3 %) respondenti, *ne* 7 (11,7 %) respondentů. V nemocnici v Aarau odpovědělo *ano* 55 (91,7 %) respondentů, *ne* 5 (8,3 %) respondentů. V nemocnici v Cottbusu odpověděli *ano* 52 ( 86,7%) respondenti, *ne* 8 (13,3 %) respondentů. V nemocnici v Dortmundu odpovědělo *ano* 59 (98,3 %) respondentů, *ne* 1 (1,7 %) respondent. V nemocnici ve Weizu odpovědělo *ano* 55 (91,7 %) respondentů, *ne* 5 (8,3 %) respondentů. V nemocnici v Salzburgu odpovědělo *ano* 57 (95,0 %) respondentů, *ne* 3 (5,0 %) respondenti.

**Graf 9 - k otázce číslo 12**  
**Výskyt cizojazyčných dokumentů na oddělení**

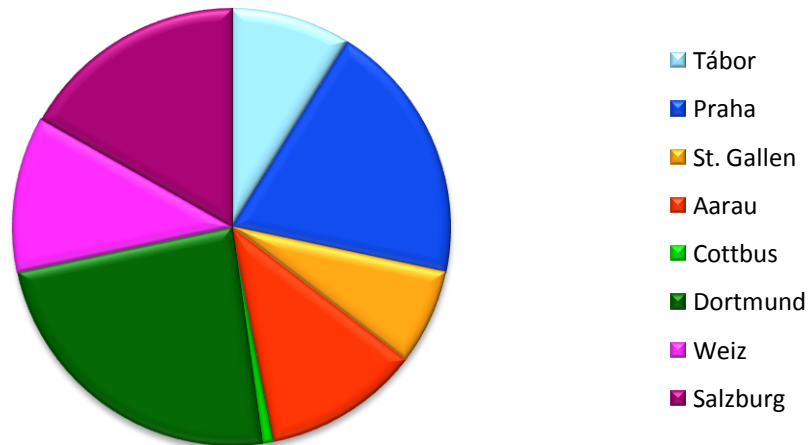


Zdroj: vlastní výzkum

Výskyt konkrétních cizojazyčných dokumentů na oddělení určovali pouze ti respondenti, kteří uvedli, že cizojazyčné dokumenty jsou jim na oddělení k dispozici. V nemocnici v Táboře uvedli z 51 respondentů z cizojazyčných dokumentů přítomnost *souhlasu s operací* 23 (45,1 %) respondenti, *souhlasu s hospitalizací* 30 (58,8 %) respondentů, *řádu oddělení* 30 (58,8 %) respondentů a *jiný dokument* 12 (23,5 %) respondentů. V nemocnici v Praze uvedl z 58 respondentů z cizojazyčných dokumentů přítomnost *souhlasu s operací* 51 (87,9 %) respondent, *souhlasu s hospitalizací* 53 (91,4 %) respondenti, *řádu oddělení* 17 (29,3 %) respondentů a *jiný dokument* 9 (15,5 %) respondentů. V nemocnici v St. Gallen uvedlo z 53 respondentů z cizojazyčných dokumentů přítomnost *souhlasu s operací* 39 (73,6 %) respondentů, *souhlasu s hospitalizací* 8 (15,1 %) respondentů, *řádu oddělení* 4 (7,5 %) respondenti a *jiný dokument* 12 (22,6 %) respondentů. V nemocnici v Aarau uvedlo z 55 respondentů z cizojazyčných dokumentů přítomnost *souhlasu s operací* 38 (69,1 %) respondentů, *souhlasu s hospitalizací* 9 (16,4 %) respondentů, *řádu oddělení* 1 (1,8 %) respondent a *jiný dokument* 34 (61,8 %) respondenti. V nemocnici v Cottbusu uvedlo z 52 respondentů z cizojazyčných dokumentů přítomnost *souhlasu s operací* 47 (90,4 %) respondentů, *souhlasu s hospitalizací* 1 (1,9 %) respondent, *řádu oddělení* 0 (0,0 %) respondentů a *jiný dokument* 10 (19,2 %) respondentů. V nemocnici v Dortmundu

vedli z 59 respondentů z cizojazyčných dokumentů přítomnost *souhlasu s operací* 54 (91,5 %) respondenti, *souhlasu s hospitalizací* 18 (30,5 %) respondentů, *řádu oddělení* 7 (11,9 %) respondentů a *jiný dokument* 24 (40,7 %) respondenti. V nemocnici ve Weizu uvedlo z 55 respondentů z cizojazyčných dokumentů přítomnost *souhlasu s operací* 50 (90,9 %) respondentů, *souhlasu s hospitalizací* 11 (20,0 %) respondentů, *řádu oddělení* 6 (10,9 %) respondentů a *jiný dokument* 9 (16,4 %) respondentů. V nemocnici v Salzburgu uvedli z 57 respondentů z cizojazyčných dokumentů přítomnost *souhlasu s operací* 54 (94,7 %) respondenti, *souhlasu s hospitalizací* 12 (21,1 %) respondentů, *řádu oddělení* 9 (15,8 %) respondentů a *jiný dokument* 17 (29,8 %) respondentů.

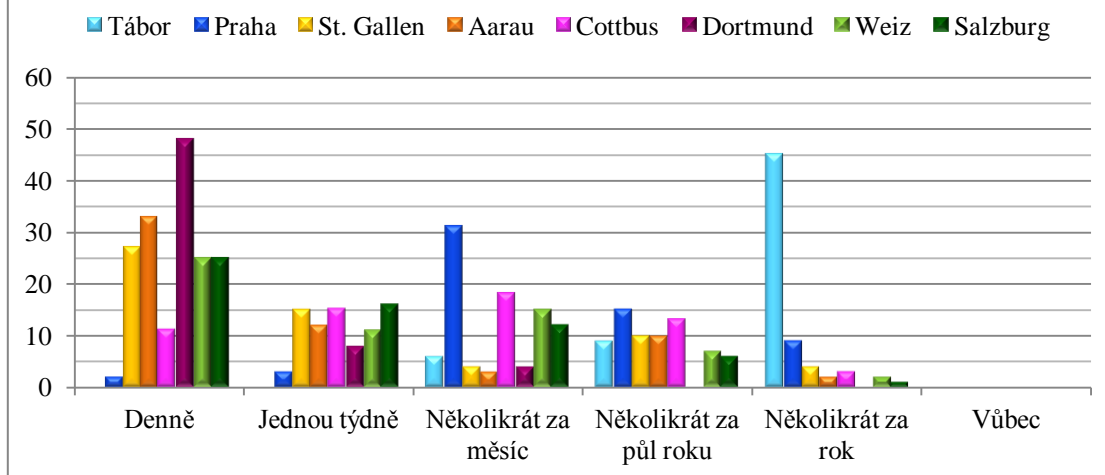
**Graf 10 - k otázce číslo 13**  
**Použití piktogramů v praxi**



Zdroj: vlastní výzkum

Z 60 respondentů z každé nemocnice uvedl využívání piktogramu v ošetrovatelské praxi následující počet respondentů. V nemocnici v Táboře odpovědělo *ano* 10 (16,7 %) respondentů, *ne* 50 (83,3 %) respondentů. V nemocnici v Praze odpověděli *ano* 22 (36,7 %) respondenti, *ne* 38 (63,3 %) respondentů. V nemocnici v St. Gallen odpovědělo *ano* 8 (13,3 %) respondentů, *ne* 52 (86,7 %) respondenti. V nemocnici v Aarau odpovědělo *ano* 13 (21,7 %) respondentů, *ne* 47 (78,3 %) respondentů. V nemocnici v Cottbusu odpověděl *ano* 1 (1,7 %) respondent, *ne* 59 (98,3 %) respondentů. V nemocnici v Dortmundu odpovědělo *ano* 27 (45 %) respondentů, *ne* 33 (55 %) respondenti. V nemocnici ve Weizu odpovědělo *ano* 13 (21,7 %) respondentů, *ne* 47 (78,3 %) respondentů. V nemocnici v Salzburgu odpovědělo *ano* 19 (31,7 %) respondentů, *ne* 41 (68,3 %) respondent.

**Graf 11 - k otázce číslo 14**  
**Četnost setkávání se s pacientem cizincem**



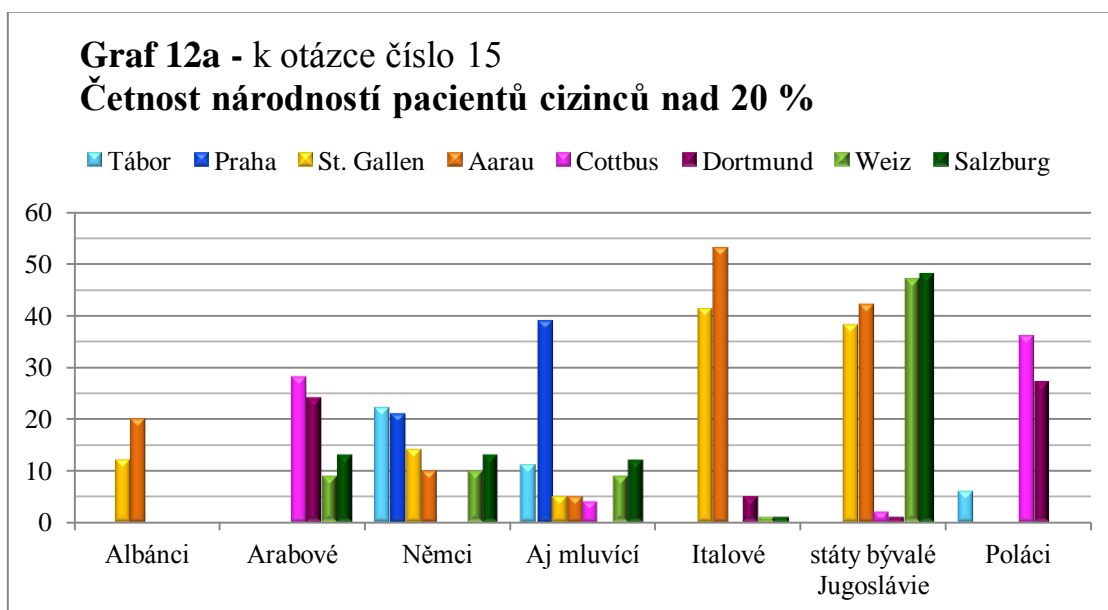
Zdroj: vlastní výzkum

Z 60 respondentů v každé nemocnici uvedl četnost setkávání se s pacientem cizincem následující počet respondentů jednotlivých nemocnic. V nemocnici v Táboře uvedlo četnost *denně* 0 (0,0 %) respondentů, *jednou týdně* 0 (0,0 %) respondentů, *několikrát za měsíc* 6 (10,0 %) respondentů, *několikrát za půl roku* 9 (15,0 %) respondentů, *několikrát za rok* 45 (75,0 %) respondentů a *vůbec* 0 (0,0 %) respondentů. V nemocnici v Praze uvedli četnost *denně* 2 (3,3 %) respondenti, *jednou týdně* 3 (5,0 %) respondenti, *několikrát za měsíc* 31 (51,7 %) respondent, *několikrát za půl roku* 15 (25,0 %) respondentů, *několikrát za rok* 9 (15,0 %) respondentů a *vůbec* 0 (0,0 %) respondentů. V nemocnici v St. Gallen uvedlo četnost *denně* 27 (45,0 %) respondentů, *jednou týdně* 15 (25,0 %) respondentů, *několikrát za měsíc* 4 (6,7 %) respondenti, *několikrát za půl roku* 10 (16,7 %) respondentů, *několikrát za rok* 4 (6,7 %) respondenti a *vůbec* 0 (0,0 %) respondentů. V nemocnici v Aarau uvedli četnost *denně* 33 (55,0 %) respondenti, *jednou týdně* 12 (20,0 %) respondentů, *několikrát za měsíc* 3 (5,0 %) respondenti, *několikrát za půl roku* 10 (16,7 %) respondentů, *několikrát za rok* 2 (3,3 %) respondenti a *vůbec* 0 (0,0 %) respondentů. V nemocnici v Cottbusu uvedlo četnost *denně* 11 (18,3 %) respondentů, *jednou týdně* 15 (25,0 %) respondentů, *několikrát za měsíc* 18 (30,0 %) respondentů, *několikrát za půl roku* 13 (21,7 %) respondentů, *několikrát za rok* 3 (5,0 %) respondentů a *vůbec* 0 (0,0 %) respondentů. V nemocnici

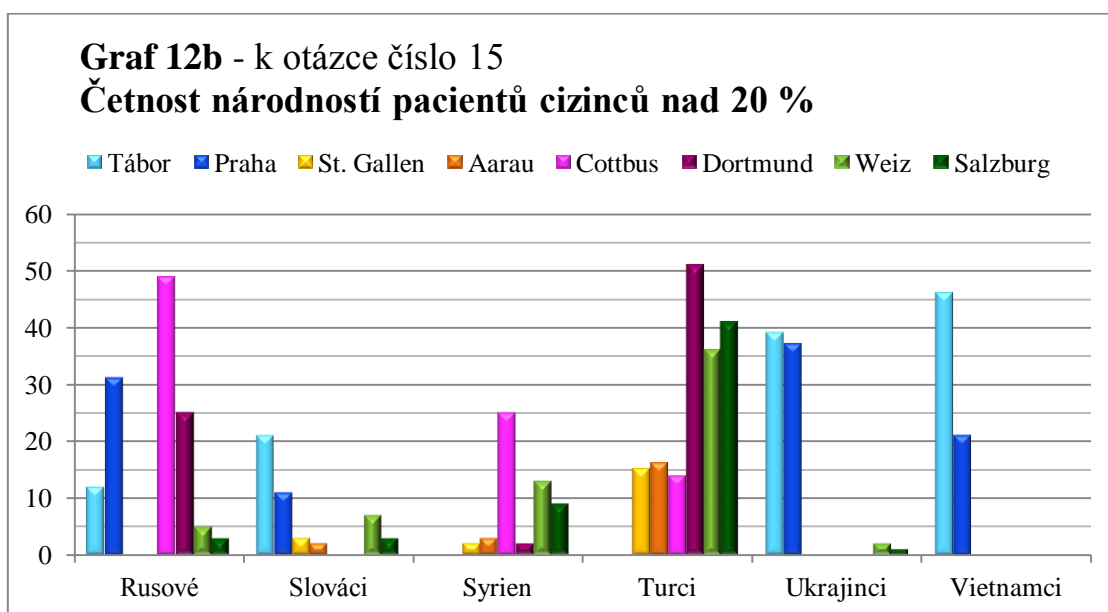
v Dortmundu uvedlo četnost *denně* 48 (80,0 %) respondentů, *jednou týdně* 8 (13,3 %) respondentů, *několikrát za měsíc* 4 (6,7 %) respondentů, *několikrát za půl roku* 0 (0,0 %) respondentů, *několikrát za rok* 0 (0,0 %) respondentů a *vůbec* 0 (0,0 %) respondentů. V nemocnici ve Weizu uvedlo četnost *denně* 25 (41,7 %) respondentů, *jednou týdně* 11 (18,3 %) respondentů, *několikrát za měsíc* 15 (25,0 %) respondentů, *několikrát za půl roku* 7 (11,7 %) respondentů, *několikrát za rok* 2 (3,3 %) respondentů a *vůbec* 0 (0,0 %) respondentů. V nemocnici v Salzburgu uvedlo četnost *denně* 25 (41,7 %) respondentů, *jednou týdně* 16 (26,7 %) respondentů, *několikrát za měsíc* 12 (20,0 %) respondentů, *několikrát za půl roku* 6 (10,0 %) respondentů, *několikrát za rok* 1 (1,7 %) respondent a *vůbec* 0 (0,0 %) respondentů.

**Tabulka 2:** Četnosti národností pacientů cizinců

15)	Tábor	Praha	St. Gallen	Aarau	Cottbus	Dortmund	Weiz	Salzburg
Afghánci	0	0	0	0	3	0	1	6
Afričané	0	0	4	5	5	3	0	3
Albánci	0	0	12	20	0	3	0	4
Američané	0	11	0	0	0	0	0	2
Angličané	11	28	5	5	4	0	9	10
Arabové	0	7	3	3	28	24	9	14
Asijci	0	3	1	0	8	0	5	2
Bulhaři	0	0	0	0	0	3	0	0
Češi	–	–	3	0	0	6	2	2
Francouzi	0	4	9	5	0	0	0	0
Gruzijci	0	0	0	0	0	1	0	0
Holandané	10	2	4	1	0	0	5	3
Indové	0	0	1	1	0	0	0	0
Iráčané	0	0	0	0	0	3	4	2
Italové	0	0	41	53	0	6	4	3
Japonci	2	0	0	0	0	0	3	1
„Jugoslávci“	0	0	38	42	2	1	47	48
Lybijci	0	0	1	1	0	0	0	0
Maďaři	0	0	0	0	0	0	7	4
Maročané	0	0	0	0	2	2	0	0
Němci	22	21	14	10	–	–	10	13
Poláci	6	0	0	0	36	29	0	0
Portugalci	0	0	7	2	0	0	0	0
Rakušané	2	0	5	0	0	3	2	2
Romové	9	1	0	0	0	0	0	0
Rumuni	0	0	0	0	0	8	6	3
Rusové	12	31	0	0	49	25	5	3
Řekové	0	0	0	0	0	2	0	0
Slováci	21	11	3	2	0	0	7	3
Slované	0	0	0	0	4	1	0	0
Srílančané	0	0	2	2	0	0	0	0
Syřané	0	0	2	3	25	2	13	9
Španělé	0	2	8	7	0	0	0	0
Turci	0	0	15	16	14	54	38	41
Ukrajinci	39	37	0	0	0	0	3	2
Vietnamci	46	21	0	0	0	0	0	0



Zdroj: vlastní výzkum



Zdroj: vlastní výzkum

Šedesát respondentů z každé nemocnice uvedlo celkem 37 různých národností pacientů, s nimiž se nejčastěji setkávají na svých odděleních. Grafy znázorňují 13 národností, jejichž četnost se alespoň v jedné z nemocnic vyšplhala nad 20 %. V nemocnici v Táboře se nejčastěji s *Albánci* setkává 0 (0,0 %) respondentů, *Araby* 0 (0,0 %) respondentů, *Němci* 22 (36,7 %) respondenti, *anglicky mluvícími pacienty* 11

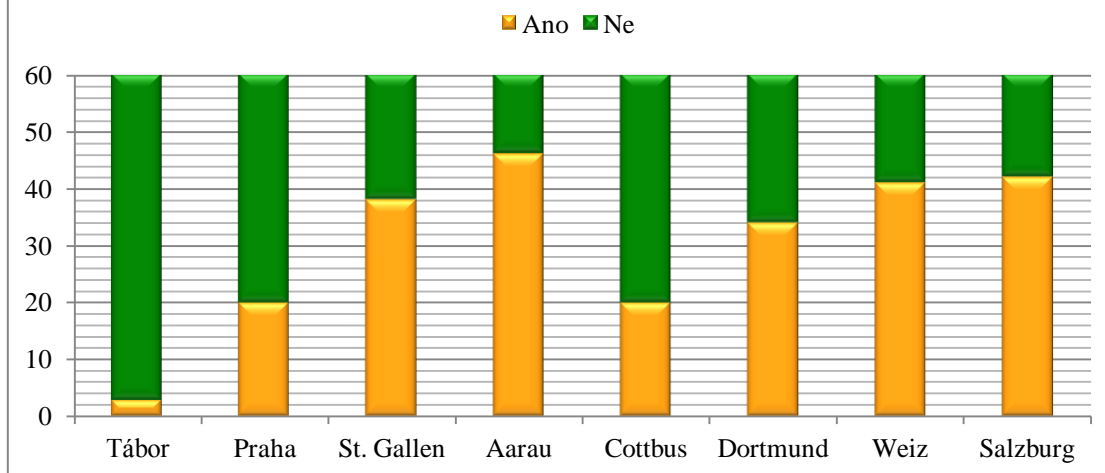


(18,3 %) respondentů, *Italy* 0 (0,0 %) respondentů, *obyvateli států bývalé Jugoslávie* 0 (0,0 %) respondentů, *Poláky* 6 (10,0 %) respondentů, *Rusy* 12 (20,0 %) respondentů, *Slováky* 21 (35,0 %) respondent, *Syřany* 0 (0,0 %) respondentů, *Turky* 0 (0,0 %) respondentů, *Ukrajinci* 39 (65,0 %) respondentů a *Vietnamci* 46 (76,7 %) respondentů. V nemocnici v Praze se nejčastěji s *Albánci* setkává 0 (0,0 %) respondentů, *Araby* 0 (0,0 %) respondentů, *Němci* 21 (35,0 %) respondent, *anglicky mluvícími pacienti* 39 (65,0 %) respondentů, *Italy* 0 (0,0 %) respondentů, *obyvateli států bývalé Jugoslávie* 0 (0,0 %) respondentů, *Poláky* 0 (0,0 %) respondentů, *Rusy* 31 (51,7 %) respondent, *Slováky* 11 (18,3 %) respondentů, *Syřany* 0 (0,0 %) respondentů, *Turky* 0 (0,0 %) respondentů, *Ukrajinci* 37 (61,7 %) respondentů a *Vietnamci* 21 (35,0 %) respondent. V nemocnici v St. Gallen se nejčastěji s *Albánci* setkává 12 (20,0 %) respondentů, *Araby* 0 (0,0 %) respondentů, *Němci* 14 (23,3 %) respondentů, *anglicky mluvícími pacienti* 5 (8,3 %) respondentů, *Italy* 41 (68,3 %) respondent, *obyvateli států bývalé Jugoslávie* 38 (63,3 %) respondentů, *Poláky* 0 (0,0 %) respondentů, *Rusy* 0 (0,0 %) respondentů, *Slováky* 3 (5,0 %) respondenti, *Syřany* 2 (3,3 %) respondenti, *Turky* 15 (25,0 %) respondentů, *Ukrajinci* 0 (0,0 %) respondentů a *Vietnamci* 0 (0,0 %) respondentů. V nemocnici v Aarau se nejčastěji s *Albánci* setkává 20 (33,3 %) respondentů, *Araby* 0 (0,0 %) respondentů, *Němci* 10 (16,7 %) respondentů, *anglicky mluvícími pacienti* 5 (8,3 %) respondentů, *Italy* 53 (88,3 %) respondenti, *obyvateli států bývalé Jugoslávie* 42 (70,0 %) respondenti, *Poláky* 0 (0,0 %) respondentů, *Rusy* 0 (0,0 %) respondentů, *Slováky* 2 (3,3 %) respondenti, *Syřany* 3 (5,0 %) respondenti, *Turky* 16 (26,7 %) respondentů, *Ukrajinci* 0 (0,0 %) respondentů a *Vietnamci* 0 (0,0 %) respondentů. V nemocnici v Cottbusu se nejčastěji s *Albánci* setkává 0 (0,0 %) respondentů, *Araby* 28 (46,7 %) respondentů, *anglicky mluvícími pacienti* 4 (6,7 %) respondenti, *Italy* 0 (0,0 %) respondentů, *obyvateli států bývalé Jugoslávie* 2 (3,3 %) respondentů, *Poláky* 36 (60,0 %) respondentů, *Rusy* 49 (81,7 %) respondentů, *Slováky* 0 (0,0 %) respondentů, *Syřany* 25 (41,7 %) respondentů, *Turky* 14 (23,3 %) respondentů, *Ukrajinci* 0 (0,0 %) respondentů a *Vietnamci* 0 (0,0 %) respondentů. V nemocnici v Dortmundu se nejčastěji s *Albánci* setkává 0 (0,0 %) respondentů, *Araby* 24 (40,0 %) respondenti, *anglicky mluvícími pacienti* 0 (0,0 %) respondentů, *Italy* 5 (8,3 %) respondentů, *obyvateli států*

*bývalé Jugoslávie* 1 (1,7 %) respondent, *Poláky* 27 (45,0 %) respondentů, *Rusy* 25 (41,7 %) respondentů, *Slováky* 0 (0,0 %) respondentů, *Syřany* 2 (3,3 %) respondenti, *Turky* 51 (85,0 %) respondentů, *Ukrajinci* 0 (0,0 %) respondentů a *Vietnamci* 0 (0,0 %) respondentů. V nemocnici ve Weizu se nejčastěji s *Albánci* setkává 0 (0,0 %) respondentů, *Araby* 9 (15,0 %) respondentů, *Němci* 10 (16,7 %) respondentů, *anglicky mluvícími pacienty* 9 (15,0 %) respondentů, *Italy* 1 (1,7 %) respondent, *obyvateli států bývalé Jugoslávie* 47 (78,3 %) respondentů, *Poláky* 0 (0,0 %) respondentů, *Rusy* 5 (8,3 %) respondentů, *Slováky* 7 (11,7 %) respondentů, *Syřany* 13 (21,7 %) respondentů, *Turky* 36 (60,0 %) respondentů, *Ukrajinci* 2 (3,3 %) respondenti a *Vietnamci* 0 (0,0 %) respondentů. V nemocnici v Salzburgu se nejčastěji s *Albánci* setkává 0 (0,0 %) respondentů, *Araby* 13 (21,7 %) respondentů, *Němci* 13 (21,7 %) respondentů, *anglicky mluvícími pacienty* 12 (20,0 %) respondentů, *Italy* 1 (1,7 %) respondent, *obyvateli států bývalé Jugoslávie* 48 (80,0 %) respondentů, *Poláky* 0 (0,0 %) respondentů, *Rusy* 3 (5,0 %) respondenti, *Slováky* 3 (5,0 %) respondenti, *Syřany* 9 (15,0 %) respondentů, *Turky* 41 (68,3 %) respondent, *Ukrajinci* 1 (1,7 %) respondent a *Vietnamci* 0 (0,0 %) respondentů.

**Graf 13 - k otázce číslo 16**

**Dotazování se na náboženskou příslušnost pacienta**

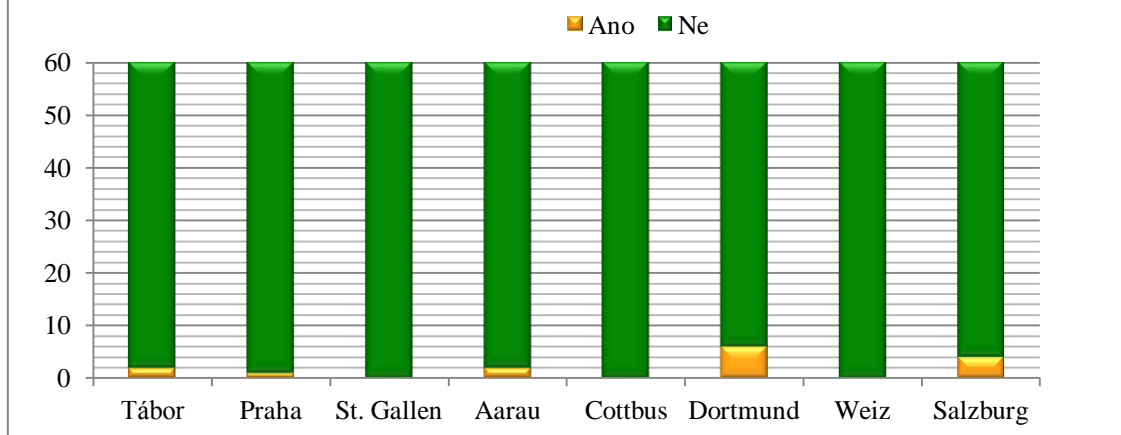


Zdroj: vlastní výzkum

Z 60 respondentů z každé nemocnice uvedl dotazování se na náboženskou příslušnost pacienta cizince následující počet respondentů. V nemocnici v Táboře odpověděli *ano* 3 (5 %) respondenti, *ne* 57 (95 %) respondentů. V nemocnici v Praze odpovědělo *ano* 20 (33,3 %) respondentů, *ne* 40 (66,6 %) respondentů. V nemocnici v St. Gallen odpovědělo *ano* 38 (63,3 %) respondentů, *ne* 22 (36,7 %) respondenti. V nemocnici v Aarau odpovědělo *ano* 46 (76,7 %) respondentů, *ne* 14 (23,3 %) respondentů. V nemocnici v Cottbusu odpovědělo *ano* 20 (33,3 %) respondentů, *ne* 40 (66,6 %) respondentů. V nemocnici v Dortmundu odpověděli *ano* 34 (56,7 %) respondenti, *ne* 26 (43,3 %) respondentů. V nemocnici ve Weizu odpověděl *ano* 41 (68,3 %) respondent, *ne* 19 (31,7 %) respondentů. V nemocnici v Salzburgu odpověděli *ano* 42 (70,0 %) respondenti, *ne* 18 (30,0 %) respondentů.

### Graf 14 - k otázce číslo 17

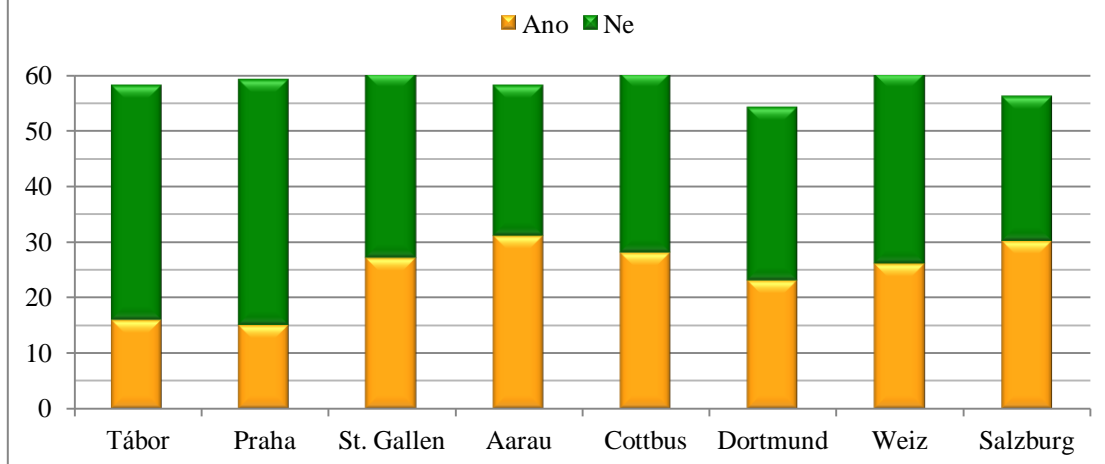
#### Dispozice specifické anamnézy pro pacienty cizince



Zdroj: vlastní výzkum

Z 60 respondentů z každé nemocnice uvedl dispozici specifické anamnézy pro pacienty cizince následující počet respondentů. V nemocnici v Táboře odpověděli *ano* 2 (3,3 %) respondenti, *ne* 58 (96,7 %) respondentů. V nemocnici v Praze odpověděl *ano* 1 (1,7 %) respondent, *ne* 59 (98,3 %) respondentů. V nemocnici v St. Gallen odpovědělo *ano* 0 (0,0 %) respondentů, *ne* 60 (100,0 %) respondentů. V nemocnici v Aarau odpověděli *ano* 2 (3,3 %) respondenti, *ne* 58 (96,7 %) respondentů. V nemocnici v Cottbusu odpovědělo *ano* 0 (0,0 %) respondentů, *ne* 60 (100,0 %) respondentů. V nemocnici v Dortmundu odpovědělo *ano* 6 (10,0 %) respondentů, *ne* 54 (90,0 %) respondenti. V nemocnici ve Weizu odpovědělo *ano* 0 (0,0 %) respondentů, *ne* 60 (100,0 %) respondentů. V nemocnici v Salzburgu odpověděli *ano* 4 (6,7 %) respondenti, *ne* 56 (93,3 %) respondentů.

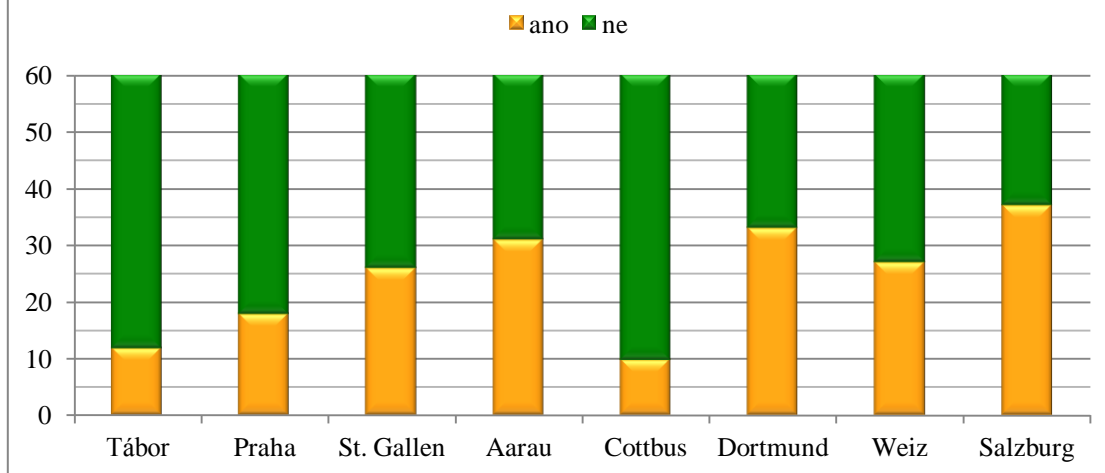
**Graf 15 - k otázce číslo 18**  
**Potřeba specifické anamnézy**



Zdroj: vlastní výzkum

Zda by uvítali specifickou ošetřovatelskou anamnézu pro pacienta cizince odpovídali pouze respondenti, kteří uvedli, že zatím takovouto anamnézu nemají. V nemocnici v Táboře odpovědělo z 58 respondentů *ano* 16 (27,6 %) respondentů, *ne* 42 (72,4 %) respondentů. V nemocnici v Praze odpovědělo z 59 respondentů *ano* 15 (25,4 %) respondentů, *ne* 44 (74,6 %) respondenti. V nemocnici v St. Gallen odpovědělo z 60 respondentů *ano* 27 (45,0 %) respondentů, *ne* 33 (55,0 %) respondenti. V nemocnici v Aarau odpověděl z 58 respondentů *ano* 31 (53,4 %) respondent, *ne* 27 (46,6 %) respondentů. V nemocnici v Cottbusu odpovědělo z 60 respondentů *ano* 28 (46,7 %) respondentů, *ne* 32 (53,3 %) respondenti. V nemocnici v Dortmundu odpověděli z 54 respondentů *ano* 23 (42,6 %) respondenti, *ne* 31 (57,4 %) respondent. V nemocnici ve Weizu odpovědělo z 60 respondentů *ano* 26 (43,3 %) respondentů, *ne* 34 (56,7 %) respondenti. V nemocnici v Salzburgu odpovědělo z 56 respondentů *ano* 30 (53,6 %) respondentů, *ne* 26 (46,4 %) respondentů.

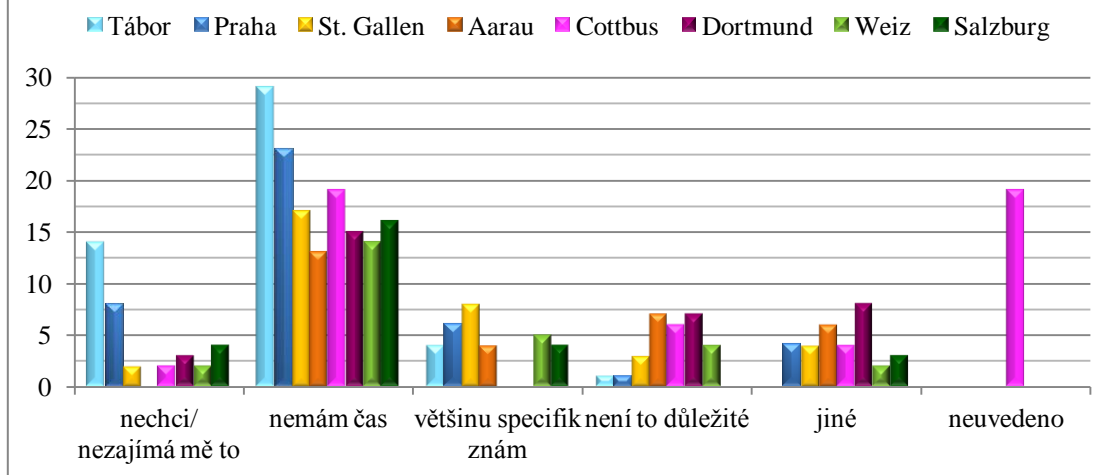
**Graf 16 - k otázce číslo 19**  
**Vyhledávání informací o pacientovi cizinci**



Zdroj: vlastní výzkum

Z 60 respondentů z každé nemocnice si po přijetí pacienta cizince vyhledá informace o jeho národnosti, náboženství, kultuře, zvycích aj. následující počet respondentů. V nemocnici v Táboře odpovědělo *ano* 12 (20 %) respondentů, *ne* 48 (80,0 %) respondentů. V nemocnici v Praze odpovědělo *ano* 18 (30,0 %) respondentů, *ne* 42 (70,0 %) respondenti. V nemocnici v St. Gallen odpovědělo *ano* 26 (43,3 %) respondentů, *ne* 34 (56,7 %) respondenti. V nemocnici v Aarau odpověděl *ano* 31 (51,7 %) respondent, *ne* 29 (48,3 %) respondentů. V nemocnici v Cottbusu odpovědělo *ano* 10 (16,7 %) respondentů, *ne* 50 (83,3 %) respondentů. V nemocnici v Dortmundu odpověděli *ano* 33 (55,0 %) respondenti, *ne* 27 (45,0 %) respondentů. V nemocnici ve Weizu odpovědělo *ano* 27 (45,0 %) respondentů, *ne* 33 (55,0 %) respondenti. V nemocnici v Salzburgu odpovědělo *ano* 37 (61,7 %) respondentů, *ne* 23 (38,3 %) respondenti.

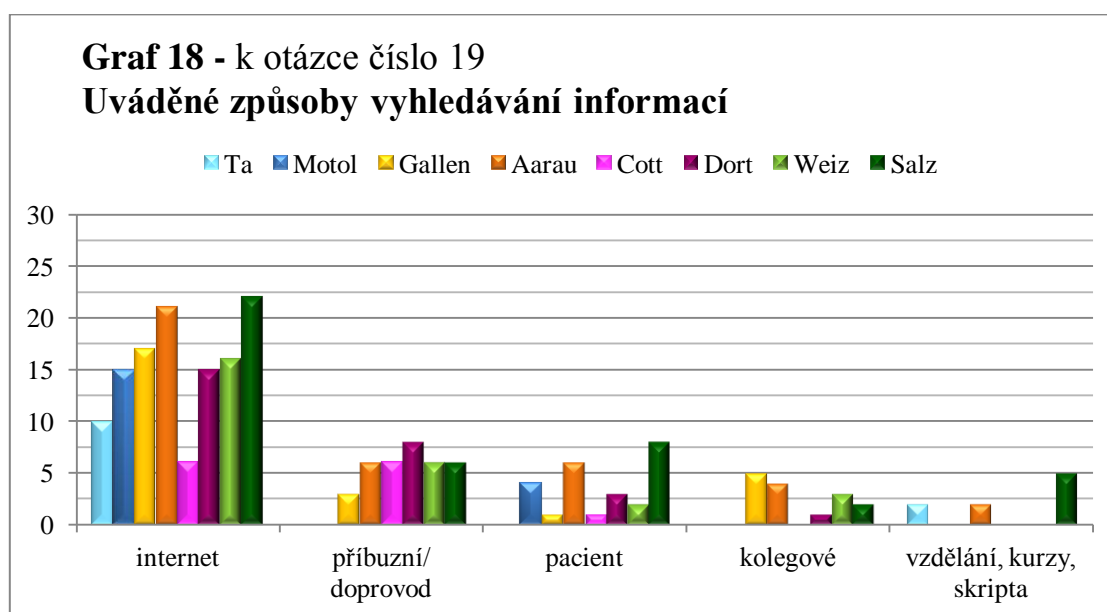
**Graf 17 - k otázce číslo 19**  
**Uváděné důvody nevyhledávání informací**



Zdroj: vlastní výzkum

V nemocnici v Táboře si z 48 respondentů nevyhledává specifické informace z důvodu *nechci/ nezajímá mě to* 14 (29,2 %) respondentů, *nemám čas* 29 (60,4 %) respondentů, *většinu specifík znám* 4 (8,3 %) respondenti, *není to důležité* 1 (2,1 %) respondent a *jiné* 0 (0,0 %) respondentů. V nemocnici v Praze si z 42 respondentů nevyhledává specifické informace z důvodu *nechci/ nezajímá mě to* 8 (19,0 %) respondentů, *nemám čas* 23 (54,8 %) respondenti, *většinu specifík znám* 6 (14,3 %) respondentů, *není to důležité* 1 (2,4 %) respondent a *jiné* 4 (9,5 %) respondenti. V nemocnici v St. Gallen si z 34 respondentů nevyhledávají specifické informace z důvodu *nechci/ nezajímá mě to* 2 (5,9 %) respondenti, *nemám čas* 17 (50,0 %) respondentů, *většinu specifík znám* 8 (23,5 %) respondentů, *není to důležité* 3 (8,8 %) respondenti a *jiné* 4 (11,8 %) respondenti. V nemocnici v Aarau si z 30 respondentů nevyhledává specifické informace z důvodu *nechci/ nezajímá mě to* 0 (0,0 %) respondentů, *nemám čas* 13 (43,3 %) respondentů, *většinu specifík znám* 4 (13,3 %) respondenti, *není to důležité* 7 (23,3 %) respondentů a *jiné* 6 (20,0 %) respondentů. V nemocnici v Cottbusu si z 50 respondentů nevyhledávají specifické informace z důvodu *nechci/ nezajímá mě to* 2 (4,0 %) respondenti, *nemám čas* 19 (38,0 %) respondentů, *většinu specifík znám* 0 (0,0 %) respondentů, *není to důležité* 6 (12,0 %) respondentů, *jiné* 4 (8,0 %) respondentů a 19 (38,0 %) respondentů neuvedlo konkrétní

důvod. V nemocnici v Dortmundu si z 33 respondentů nevyhledávají specifické informace z důvodu *nechci/ nezajímá mě to* 3 (9,1 %) respondenti, *nemám čas* 15 (45,5 %) respondentů, *většinu specifik znám* 0 (0,0 %) respondentů, *není to důležité* 7 (21,2 %) respondentů a *jiné* 8 (24,2 %) respondentů. V nemocnici ve Weizu si z 27 respondentů nevyhledávají specifické informace z důvodu *nechci/ nezajímá mě to* 2 (7,4 %) respondenti, *nemám čas* 14 (51,9 %) respondentů, *většinu specifik znám* 5 (18,5 %) respondentů, *není to důležité* 4 (14,8 %) respondenti a *jiné* 2 (7,4 %) respondenti. V nemocnici v Salzburgu si z 27 respondentů nevyhledávají specifické informace z důvodu *nechci/ nezajímá mě to* 4 (14,8 %) respondenti, *nemám čas* 16 (59,3 %) respondentů, *většinu specifik znám* 4 (14,8 %) respondenti, *není to důležité* 0 (0,0 %) respondentů a *jiné* 3 (11,1 %) respondenti.



Zdroj: vlastní výzkum

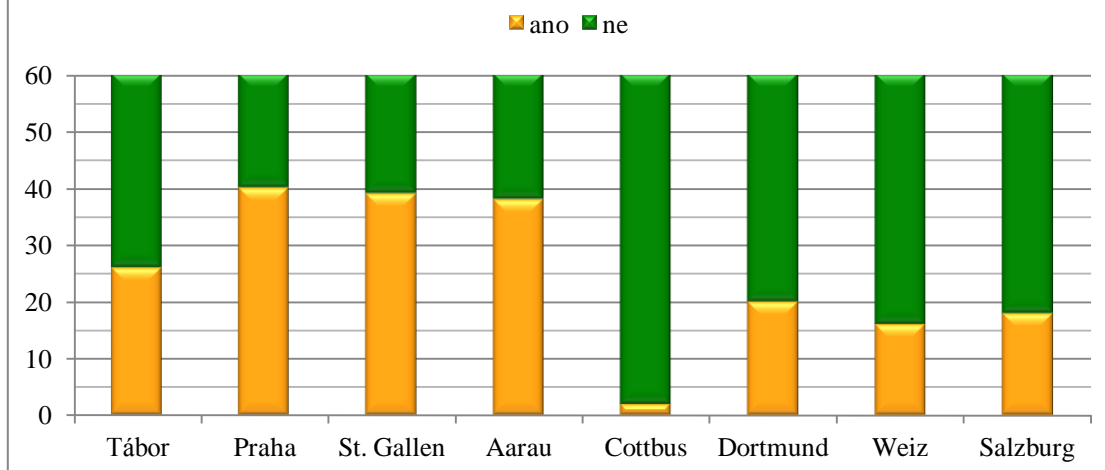
V nemocnici v Táboře si 12 respondentů zjišťuje specifické informace o pacientovi cizinci. Možnost *na internetu* byla zmíněna 10krát (83,3 %), *od příbuzných/doprovodu* 0krát (0,0 %), *od pacienta* 0krát (0,0 %), *od kolegů* 0krát (0,0 %) a *z literatury/vzdělání* 2krát (16,7 %). V nemocnici v Praze si 19 respondentů zjišťuje specifické informace o pacientovi cizinci. Možnost *na internetu* byla zmíněna 15krát (78,9 %), *od příbuzných/doprovodu* 0krát (0,0 %), *od pacienta* 4krát (21,1 %), *od kolegů* 0krát (0,0



%) a z *literatury/vzdělání* 0krát (0,0 %). V nemocnici v St. Gallen si 26 respondentů zjišťuje specifické informace o pacientovi cizinci. Možnost *na internetu* byla zmíněna 17krát (64,4 %), *od příbuzných/doprovodu* 3krát (11,5 %), *od pacienta* 1krát (3,8 %), *od kolegů* 5krát (19,2 %) a z *literatury/vzdělání* 0krát (0,0 %). V nemocnici v Aarau si 39 respondentů zjišťuje specifické informace o pacientovi cizinci. Možnost *na internetu* byla zmíněna 21krát (53,8 %), *od příbuzných/doprovodu* 6krát (15,4 %), *od pacienta* 6krát (15,4 %), *od kolegů* 4krát (10,3 %) a z *literatury/vzdělání* 2krát (5,1 %). V nemocnici v Cottbusu si 13 respondentů zjišťuje specifické informace o pacientovi cizinci. Možnost *na internetu* byla zmíněna 6krát (46,2 %), *od příbuzných/doprovodu* 6krát (46,2 %), *od pacienta* 1krát (7,7 %), *od kolegů* 0krát (0,0 %) a z *literatury/vzdělání* 0krát (0,0 %). V nemocnici v Dortmundu si 27 respondentů zjišťuje specifické informace o pacientovi cizinci. Možnost *na internetu* byla zmíněna 15krát (55,6 %), *od příbuzných/doprovodu* 8krát (29,6 %), *od pacienta* 2krát (11,1 %), *od kolegů* 1krát (3,7 %) a z *literatury/vzdělání* 0krát (0,0 %). V nemocnici ve Weizu si 27 respondentů zjišťuje specifické informace o pacientovi cizinci. Možnost *na internetu* byla zmíněna 16krát (59,3 %), *od příbuzných/doprovodu* 6krát (22,2 %), *od pacienta* 2krát (7,4 %), *od kolegů* 3krát (11,1 %) a z *literatury/vzdělání* 0krát (0,0 %). V nemocnici v Salzburgu si 43 respondentů zjišťuje specifické informace o pacientovi cizinci. Možnost *na internetu* byla zmíněna 22krát (51,2 %), *od příbuzných/doprovodu* 6krát (14,0 %), *od pacienta* 8krát (18,6 %), *od kolegů* 2krát (4,7 %) a z *literatury/vzdělání* 5krát (11,6 %).

**Graf 19 - k otázce číslo 20**

**Absolvování předmětu multikulturní ošetrovatelství**

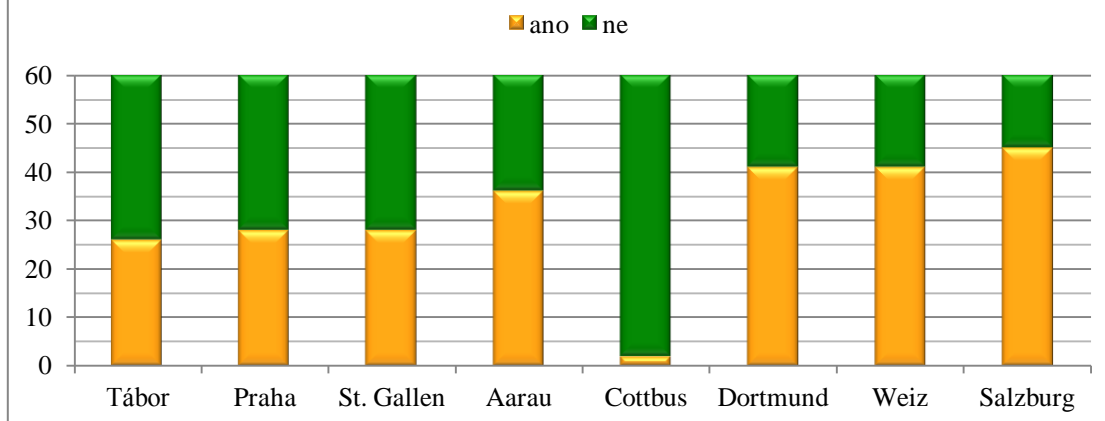


Zdroj: vlastní výzkum

Z 60 respondentů z každé nemocnice uvedl absolvování předmětu s tematikou multikulturního ošetrovatelství následující počet respondentů. V nemocnici v Táboře odpovědělo *ano* 26 (43,3 %) respondentů, *ne* 34 (56,7 %) respondenti. V nemocnici v Praze odpovědělo *ano* 40 (66,7 %) respondentů, *ne* 20 (33,3 %) respondentů. V nemocnici v St. Gallen odpovědělo *ano* 39 (65,0 %) respondentů, *ne* 21 (35,0 %) respondent. V nemocnici v Aarau odpovědělo *ano* 38 (63,3 %) respondentů, *ne* 22 (36,7 %) respondenti. V nemocnici v Cottbusu odpověděli *ano* 2 (3,3 %) respondenti, *ne* 58 (96,7 %) respondentů. V nemocnici v Dortmundu odpovědělo *ano* 20 (33,3 %) respondentů, *ne* 40 (66,7 %) respondentů. V nemocnici ve Weizu odpovědělo *ano* 16 (26,7 %) respondentů, *ne* 44 (73,3 %) respondenti. V nemocnici v Salzburgu odpovědělo *ano* 18 (30,0 %) respondentů, *ne* 42 (70,0 %) respondenti.

**Graf 20 - k otázce číslo 21**

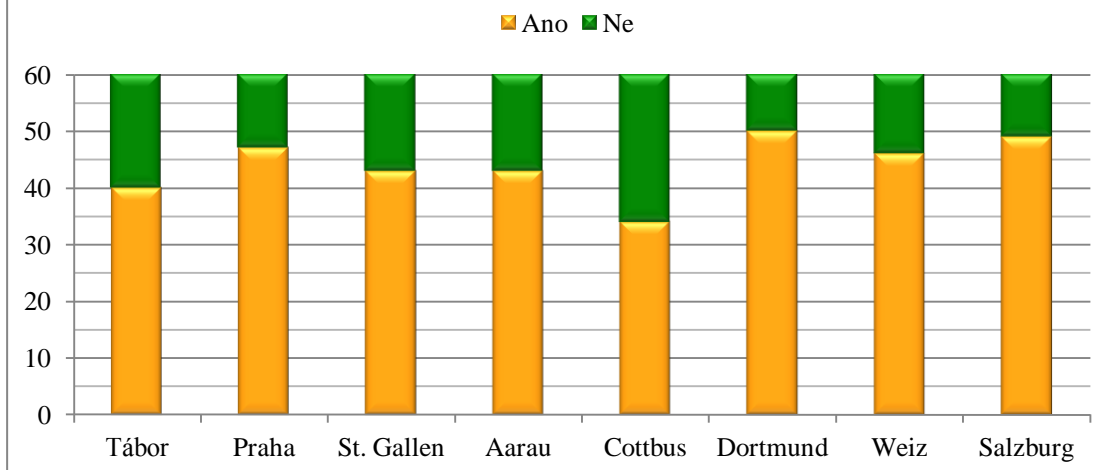
**Možnost absolvování kurzu/přednášky/semináře s  
tématikou multikulturního ošetrovatelství**



Zdroj: vlastní výzkum

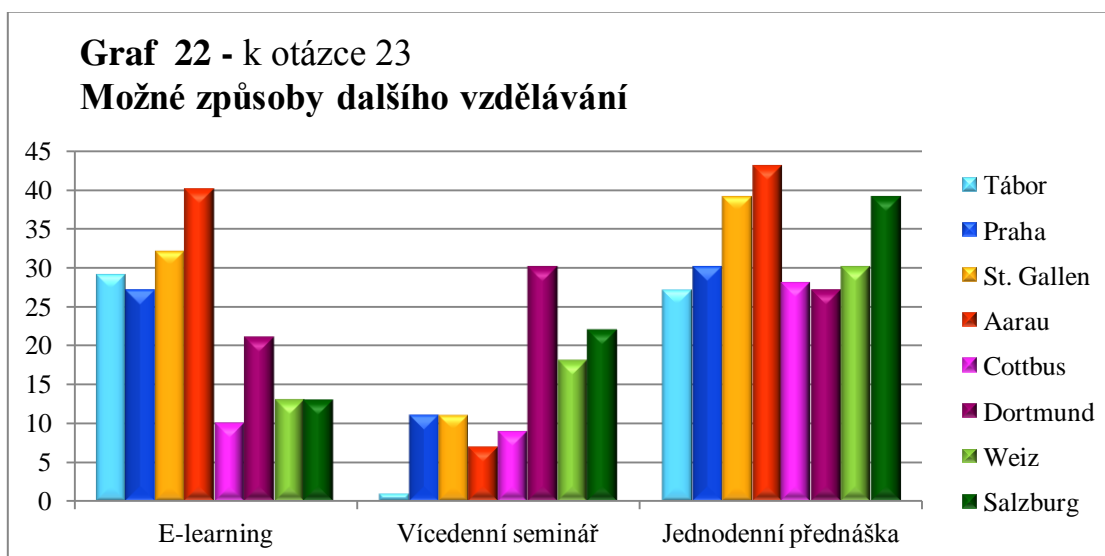
Z 60 respondentů z každé nemocnice uvedl možnost zúčastnit se kurzu/přednášky/semináře s tematikou multikulturního ošetrovatelství následující počet respondentů. V nemocnici v Táboře odpovědělo *ano* 26 (43,3 %) respondentů, *ne* 34 (56,7 %) respondenti. V nemocnici v Praze odpovědělo *ano* 28 (46,7 %) respondentů, *ne* 32 (53,3 %) respondenti. V nemocnici v St. Gallen odpovědělo *ano* 28 (46,7 %) respondentů, *ne* 32 (53,3 %) respondenti. V nemocnici v Aarau odpovědělo *ano* 36 (60,0 %) respondentů, *ne* 24 (40,0 %) respondenti. V nemocnici v Cottbusu odpověděli *ano* 2 (3,3 %) respondenti, *ne* 58 (96,7 %) respondentů. V nemocnici v Dortmundu odpověděl *ano* 41 (68,3 %) respondent, *ne* 19 (31,7 %) respondentů. V nemocnici ve Weizu odpověděl *ano* 41 (68,3 %) respondent, *ne* 19 (31,7 %) respondentů. V nemocnici v Salzburgu odpovědělo *ano* 45 (75,0 %) respondentů, *ne* 15 (25,0 %) respondentů.

**Graf 21-** otázka číslo 22  
**Uvítání možnosti dalšího vzdělávání**



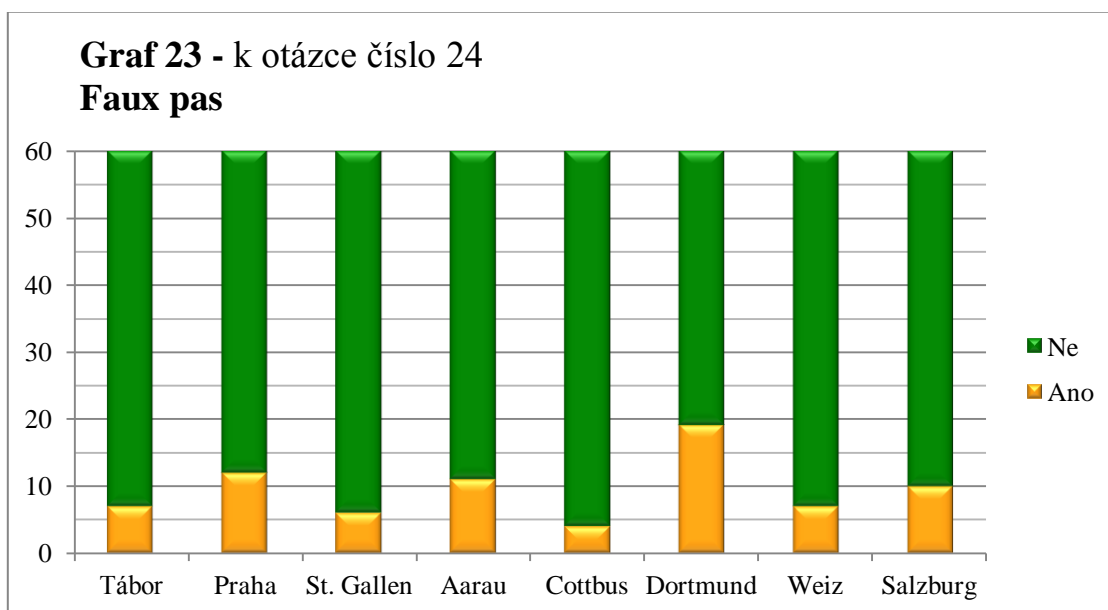
Zdroj: vlastní výzkum

Z 60 respondentů z každé nemocnice by uvítal možnost dalšího vzdělávání následující počet respondentů. V nemocnici v Táboře odpovědělo *ano* 40 (66,7 %) respondentů, *ne* 20 (33,3 %) respondentů. V nemocnici v Praze odpovědělo *ano* 47 (78,3 %) respondentů, *ne* 13 (21,7 %) respondentů. V nemocnici v St. Gallen odpověděli *ano* 43 (71,7 %) respondenti, *ne* 17 (28,3 %) respondentů. V nemocnici v Aarau odpověděli *ano* 43 (71,7 %) respondenti, *ne* 17 (28,3 %) respondentů. V nemocnici v Cottbusu odpověděli *ano* 34 (56,7 %) respondenti, *ne* 26 (43,3 %) respondentů. V nemocnici v Dortmundu odpovědělo *ano* 50 (83,3 %) respondentů, *ne* 10 (16,7 %) respondentů. V nemocnici ve Weizu odpovědělo *ano* 46 (76,7 %) respondentů, *ne* 14 (23,3 %) respondentů. V nemocnici v Salzburgu odpovědělo *ano* 49 (81,7 %) respondentů, *ne* 11 (18,3 %) respondentů.



Zdroj: vlastní výzkum

Formy vzdělávání volili pouze respondenti, kteří by další vzdělávání uvítali. V nemocnici v Táboře zvolilo z 40 respondentů formu vzdělání *e-learning* 29 (72,5 %) respondentů, *vícedenní seminář* 1 (2,5 %) respondent a *jednodenní přednášku* 27 (67,5 %) respondentů. V nemocnici v Praze zvolilo z 47 respondentů formu vzdělání *e-learning* 27 (57,4 %) respondentů, *vícedenní seminář* 11 (23,4 %) respondentů a *jednodenní přednášku* 30 (63,8 %) respondentů. V nemocnici v St. Gallen zvolili z 43 respondentů formu vzdělání *e-learning* 32 (74,4 %) respondenti, *vícedenní seminář* 11 (26,5 %) respondentů a *jednodenní přednášku* 39 (90,7 %) respondentů. V nemocnici v Aarau zvolilo z 43 respondentů formu vzdělání *e-learning* 40 (93,0 %) respondentů, *vícedenní seminář* 7 (16,3 %) respondentů a *jednodenní přednášku* 43 (100,0 %) respondentů. V nemocnici v Cottbusu zvolilo z 34 respondentů formu vzdělání *e-learning* 10 (29,4 %) respondentů, *vícedenní seminář* 9 (26,5 %) respondentů a *jednodenní přednášku* 28 (82,4 %) respondentů. V nemocnici v Dortmundu zvolil z 50 respondentů formu vzdělání *e-learning* 21 (42,0 %) respondent, *vícedenní seminář* 30 (60,0 %) respondentů a *jednodenní přednášku* 27 (54,0 %) respondentů. V nemocnici ve Weizu zvolilo z 46 respondentů formu vzdělání *e-learning* 13 (28,3 %) respondentů, *vícedenní seminář* 18 (39,1 %) respondentů a *jednodenní přednášku* 30 (65,2 %) respondentů. V nemocnici v Salzburgu zvolilo z 49 respondentů formu vzdělání *e-learning* 13 (26,5 %) respondentů, *vícedenní seminář* 22 (44,9 %) respondenti a *jednodenní přednášku* 39 (79,6 %) respondentů.

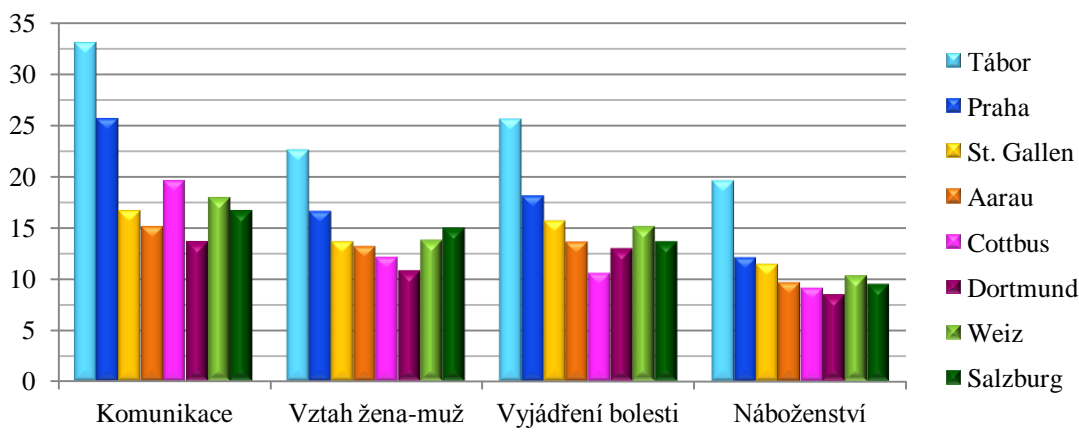


Zdroj: vlastní výzkum

Z 60 respondentů z každé nemocnice uvedl zažití faux pas následující počet respondentů. V nemocnici v Táboře odpovědělo *ano* 7 (11,7 %) respondentů, *ne* 53 (88,3 %) respondenti. V nemocnici v Praze odpovědělo *ano* 12 (20,0 %) respondentů, *ne* 48 (80,0 %) respondentů. V nemocnici v St. Gallen odpovědělo *ano* 6 (10,0 %) respondentů, *ne* 54 (90,0 %) respondenti. V nemocnici v Aarau odpovědělo *ano* 11 (18,3 %) respondentů, *ne* 49 (81,7 %) respondentů. V nemocnici v Cottbusu odpověděli *ano* 4 (6,7 %) respondenti, *ne* 56 (93,3 %) respondentů. V nemocnici v Dortmundu odpovědělo *ano* 19 (31,7 %) respondentů, *ne* 41 (68,3 %) respondent. V nemocnici ve Weizu odpovědělo *ano* 7 (11,7 %) respondentů, *ne* 53 (88,3 %) respondenti. V nemocnici v Salzburgu odpovědělo *ano* 10 (16,7 %) respondentů, *ne* 50 (83,3 %) respondentů.

**Graf 24a - k otázce číslo 25**

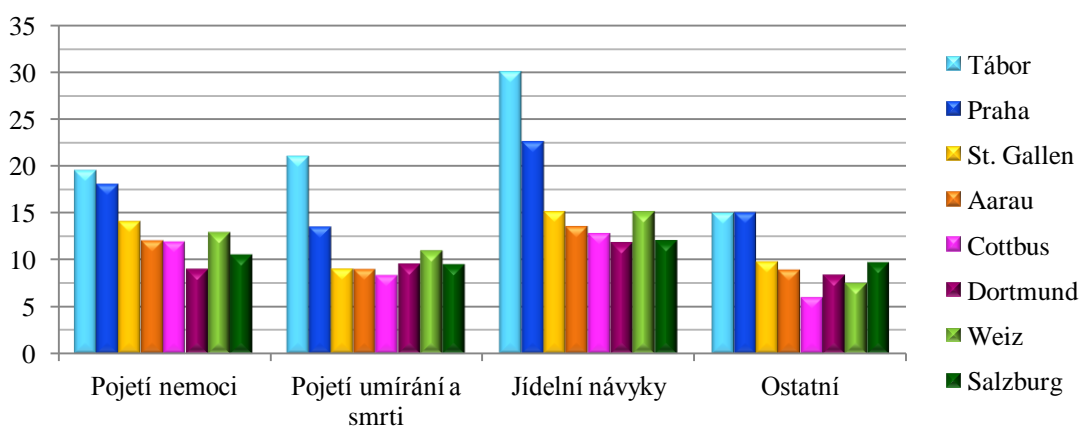
**Problémy při ošetřování pacientů cizinců vzhledem k četnosti pacientů cizinců na oddělení**



Zdroj: vlastní výzkum

**Graf 24b - k otázce číslo 25**

**Problémy při ošetřování pacientů cizinců vzhledem k četnosti pacientů cizinců na oddělení**



Zdroj: vlastní výzkum

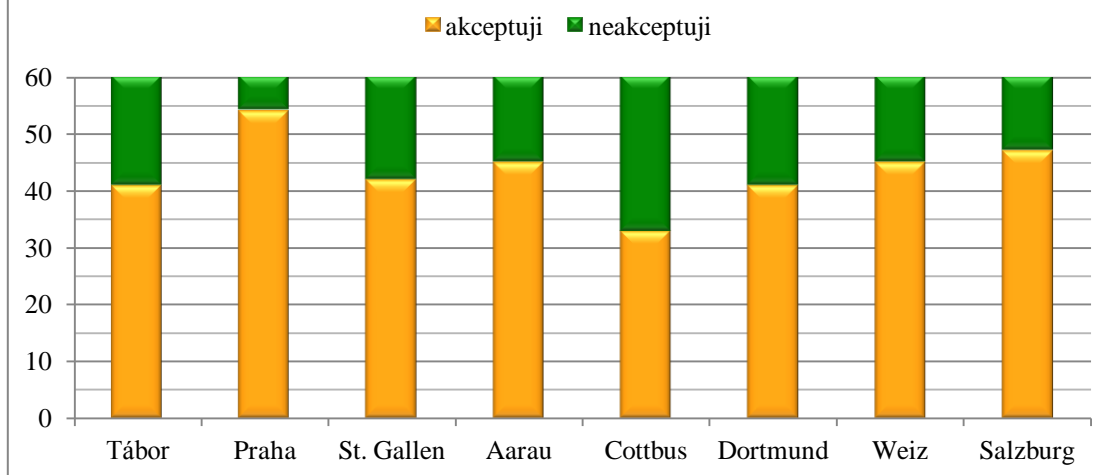
Poměrné vyjádření výskytu daného problému při ošetřovatelském procesu u pacienta cizince vzhledem k četnosti výskytu pacientů cizinců na oddělení. V nemocnici v Táboře by se z 60 setkání ošetřovatelského personálu s pacientem cizincem problém s *komunikací* vyskytl v 33 případech, *vztah žena–muž* v 23 případech, *vyjádření bolesti* v 26 případech, *náboženské konflikty* v 20 případech, *pojetí nemoci* v 20 případech, *pojetí umírání a smrti* v 21 případech, *stravovací návyky* v 30 případech a *jiné* v 15

případech. V nemocnici v Praze by se z 60 setkání ošetřovatelského personálu s pacientem cizincem problém s *komunikací* vyskytl v 26 případech, *vztah žena–muž* v 17 případech, *vyjádření bolesti* v 18 případech, *náboženské konflikty* v 12 případech, *pojetí nemoci* v 18 případech, *pojetí umírání a smrti* v 14 případech, *stravovací návyky* v 23 případech a *jiné* v 15 případech. V nemocnici v St. Gallen by se z 60 setkání ošetřovatelského personálu s pacientem cizincem problém s *komunikací* vyskytl v 17 případech, *vztah žena–muž* v 14 případech, *vyjádření bolesti* v 16 případech, *náboženské konflikty* v 11 případech, *pojetí nemoci* v 14 případech, *pojetí umírání a smrti* v 9 případech, *stravovací návyky* v 15 případech a *jiné* v 10 případech. V nemocnici v Aarau by se z 60 setkání ošetřovatelského personálu s pacientem cizincem problém s *komunikací* vyskytl v 15 případech, *vztah žena–muž* v 13 případech, *vyjádření bolesti* v 14 případech, *náboženské konflikty* v 10 případech, *pojetí nemoci* v 12 případech, *pojetí umírání a smrti* v 9 případech, *stravovací návyky* v 14 případech a *jiné* v 9 případech. V nemocnici v Cottbusu by se z 60 setkání ošetřovatelského personálu s pacientem cizincem problém s *komunikací* vyskytl v 20 případech, *vztah žena–muž* v 12 případech, *vyjádření bolesti* v 11 případech, *náboženské konflikty* v 9 případech, *pojetí nemoci* v 12 případech, *pojetí umírání a smrti* v 8 případech, *stravovací návyky* v 13 případech a *jiné* v 6 případech. V nemocnici v Dortmundu by se z 60 setkání ošetřovatelského personálu s pacientem cizincem problém s *komunikací* vyskytl v 14 případech, *vztah žena–muž* v 11 případech, *vyjádření bolesti* v 13 případech, *náboženské konflikty* v 8 případech, *pojetí nemoci* v 9 případech, *pojetí umírání a smrti* v 10 případech, *stravovací návyky* v 12 případech a *jiné* v 8 případech. V nemocnici ve Weizu by se z 60 setkání ošetřovatelského personálu s pacientem cizincem problém s *komunikací* vyskytl v 18 případech, *vztah žena–muž* v 14 případech, *vyjádření bolesti* v 15 případech, *náboženské konflikty* v 10 případech, *pojetí nemoci* v 13 případech, *pojetí umírání a smrti* v 11 případech, *stravovací návyky* v 15 případech a *jiné* v 7 případech. V nemocnici v Salzburgu by se z 60 setkání ošetřovatelského personálu s pacientem cizincem problém s *komunikací* vyskytl v 17 případech, *vztah žena–muž* v 15 případech, *vyjádření bolesti* v 14 případech, *náboženské konflikty* v 9 případech, *pojetí nemoci* v 11 případech, *pojetí umírání a smrti* v 9 případech, *stravovací návyky* v 12 případech a *jiné* v 10 případech.



**Graf 25 - k otázce číslo 26**

**Ochota akceptovat nábož. požadavky pacientů**

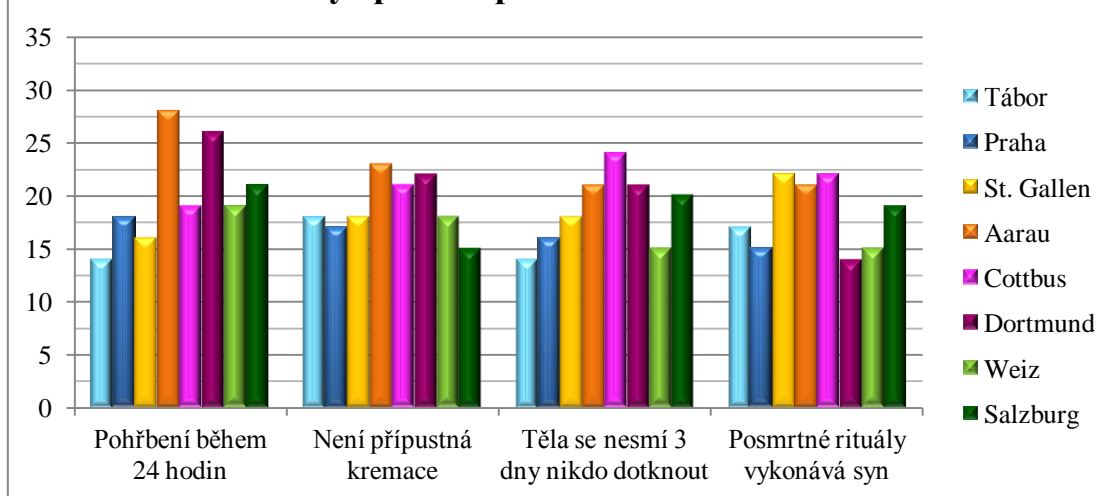


Zdroj: vlastní výzkum

Z 60 respondentů z každé nemocnice je ochoten akceptovat nestandardní náboženské požadavky pacientů cizinců následující počet respondentů. V nemocnici v Táboře odpověděl *ano* 41 (68,3 %) respondent, *ne* 19 (31,7 %) respondentů. V nemocnici v Praze odpověděli *ano* 54 (90,0 %) respondenti, *ne* 6 (10,0 %) respondentů. V nemocnici v St. Gallen odpověděli *ano* 42 (70,0 %) respondenti, *ne* 18 (30,0 %) respondentů. V nemocnici v Aarau odpovědělo *ano* 45 (75,0 %) respondentů, *ne* 15 (25,0 %) respondentů. V nemocnici v Cottbusu odpověděli *ano* 33 (55 %) respondenti, *ne* 27 (45 %) respondentů. V nemocnici v Dortmundu odpověděl *ano* 41 (68,3 %) respondent, *ne* 19 (31,7 %) respondentů. V nemocnici ve Weizu odpovědělo *ano* 45 (75,0 %) respondentů, *ne* 15 (25,0 %) respondentů. V nemocnici v Salzburgu odpovědělo *ano* 47 (78,3 %) respondentů, *ne* 13 (21,7 %) respondentů.

**Graf 26 - k otázce číslo 27**

**Posmrtné rituály správně přiřazené náboženstvím**



Zdroj: vlastní výzkum

Z 60 respondentů z každé nemocnice přiřadil správné náboženství k posmrtnému rituálu následující počet respondentů. V nemocnici v Táboře přiřadili správné náboženství k *pohřbení během 24 hodin* 14 (23,3 %) respondenti, *není přípustná kremace* 18 (30,0 %) respondentů, *těla se nesmí 3 dny nikdo dotknout* 14 (23,3 %) respondentů a *posmrtné rituály vykonává syn* 17 (28,3 %) respondentů. V nemocnici v Praze přiřadilo správné náboženství k *pohřbení během 24 hodin* 18 (30,0 %) respondentů, *není přípustná kremace* 17 (28,3 %) respondentů, *těla se nesmí 3 dny nikdo dotknout* 16 (26,7 %) respondentů a *posmrtné rituály vykonává syn* 15 (25,0 %) respondentů. V nemocnici v St. Gallen přiřadilo správné náboženství k *pohřbení během 24 hodin* 16 (26,7 %) respondentů, *není přípustná kremace* 18 (30,0 %) respondentů, *těla se nesmí 3 dny nikdo dotknout* 18 (30,0 %) respondentů a *posmrtné rituály vykonává syn* 22 (36,7 %) respondenti. V nemocnici v Aarau přiřadilo správné náboženství k *pohřbení během 24 hodin* 28 (46,7 %) respondentů, *není přípustná kremace* 23 (38,3 %) respondenti, *těla se nesmí 3 dny nikdo dotknout* 21 (35,0 %) respondent a *posmrtné rituály vykonává syn* 21 (35,0 %) respondent. V nemocnici v Cottbusu přiřadilo správné náboženství k *pohřbení během 24 hodin* 19 (31,7 %) respondentů, *není přípustná kremace* 21 (35,0 %) respondent, *těla se nesmí 3 dny nikdo dotknout* 24 (40,0 %) respondenti a *posmrtné rituály vykonává syn* 22 (36,7 %)

respondenti. V nemocnici v Dortmundu přiřadilo správné náboženství k *pohřbení během 24 hodin* 26 (43,3 %) respondentů, *není přípustná kremace* 22 (36,7 %) respondenti, *těla se nesmí 3 dny nikdo dotknout* 21 (35,0 %) respondent a *posmrtné rituály vykonává syn* 14 (23,3 %) respondentů. V nemocnici ve Weizu přiřadilo správné náboženství k *pohřbení během 24 hodin* 19 (31,7 %) respondentů, *není přípustná kremace* 18 (30,0 %) respondentů, *těla se nesmí 3 dny nikdo dotknout* 15 (25,0 %) respondentů a *posmrtné rituály vykonává syn* 15 (25,0 %) respondentů. V nemocnici v Salzburgu přiřadil správné náboženství k *pohřbení během 24 hodin* 21 (35,0 %) respondent, *není přípustná kremace* 15 (25,0 %) respondentů, *těla se nesmí 3 dny nikdo dotknout* 20 (33,3 %) respondentů a *posmrtné rituály vykonává syn* 19 (31,7 %) respondentů.

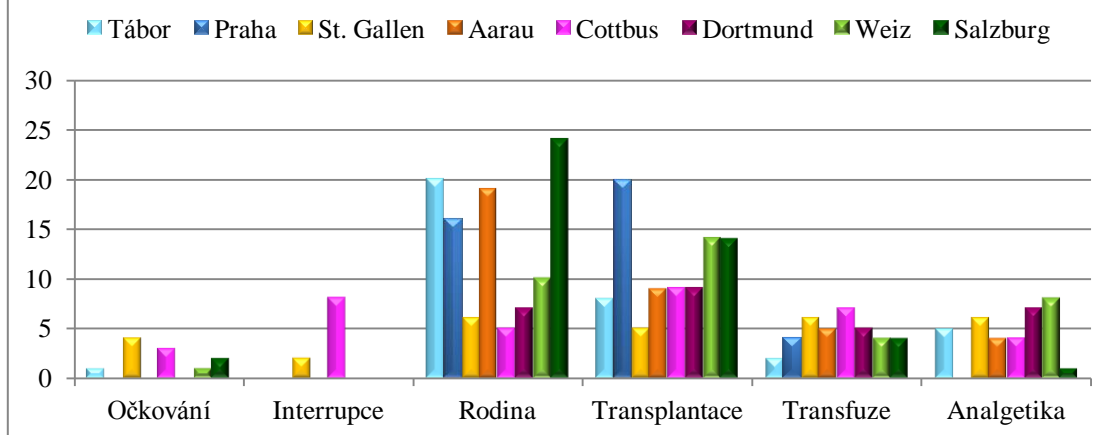
**Tabulka 3:** Správně přiřazená náboženství daným tvrzením

		Tábor	Praha	St. Gallen	Aarau	Cottbus	Dortmund	Weiz	Salzburg
Více než 50 % lidí se nechá očkovat	Judaismus	41	35	35	33	36	42	35	40
	Buddhismus a hinduismus	42	37	30	43	36	46	40	50
	Islám	21	23	25	32	25	21	25	20
	Taoismus a konfucianismus	14	17	34	15	19	17	17	20
Interrupce je v prvních 120 dnech těhotenství přípustná	Judaismus	29	20	23	22	26	23	20	27
	Buddhismus a hinduismus	44	44	34	45	44	39	41	47
	Islám	15	15	16	9	24	11	13	15
	Taoismus a konfucianismus	35	24	40	31	31	26	37	27
V době nemoci je důležitá přítomnost rodiny	Judaismus	36	33	35	39	19	20	33	30
	Buddhismus a hinduismus	35	30	30	36	41	23	31	30
	Islám	39	37	42	53	43	45	45	58
	Taoismus a konfucianismus	37	22	21	22	34	20	21	27
Jsou přípustné všechny transplantace kromě srdce	Judaismus	36	42	35	37	28	27	42	42
	Buddhismus a hinduismus	24	26	30	21	31	29	28	21
	Islám	39	43	31	41	32	43	39	37
	Taoismus a konfucianismus	37	44	35	38	37	36	39	39
Je povoleno podávání transfuze	Judaismus	32	41	35	36	35	45	25	38
	Buddhismus a hinduismus	34	31	41	43	46	37	39	29
	Islám	24	25	32	35	39	49	30	44
	Taoismus a konfucianismus	31	33	22	28	20	25	29	30
Při bolesti je běžné užívání analgetik	Judaismus	30	42	42	51	47	51	45	52
	Buddhismus a hinduismus	37	22	35	34	40	37	35	33
	Islám	37	34	39	50	53	48	44	47
	Taoismus a konfucianismus	38	40	22	18	23	24	27	24

Zdroj: vlastní výzkum

**Graf 27 - k otázce číslo 28**

**Počet respondentů, kteří bezchybně přiřadili tvrzení  
vybraným náboženstvím**

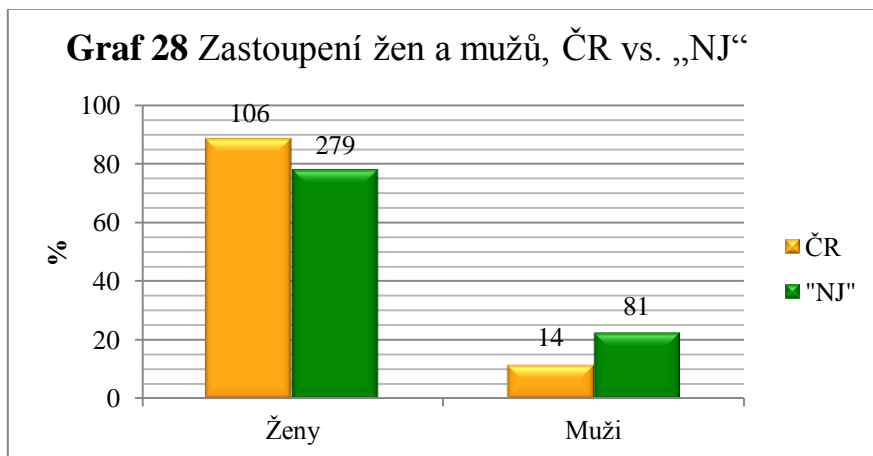


Zdroj: vlastní výzkum

Z 60 respondentů z každé nemocnice přiřadil bezchybně tvrzení k náboženstvím následující počet respondentů. V nemocnici v Táboře správně určil všechna náboženství v oblasti *očkování* 1 (1,7 %) respondent, *interrupce* 0 (0,0 %) respondentů, *rodina* 20 (33,3 %) respondentů, *transplantace* 8 (13,3 %) respondentů, *transfuze* 2 (3,3 %) respondenti a *analgetika* 5 (8,3 %) respondentů. V nemocnici v Praze správně určilo všechna náboženství v oblasti *očkování* 0 (0,0 %) respondentů, *interrupce* 0 (0,0 %) respondentů, *rodina* 16 (26,7 %) respondentů, *transplantace* 20 (33,3 %) respondentů, *transfuze* 4 (6,7 %) respondentů a *analgetika* 0 (0,0 %) respondentů. V nemocnici v St. Gallen správně určili všechna náboženství v oblasti *očkování* 4 (6,7 %) respondenti, *interrupce* 2 (3,3 %) respondenti, *rodina* 6 (10,0 %) respondentů, *transplantace* 5 (8,3 %) respondentů, *transfuze* 6 (10,0 %) respondentů a *analgetika* 6 (10,0 %) respondentů. V nemocnici v Aarau správně určilo všechna náboženství v oblasti *očkování* 0 (0,0 %) respondentů, *interrupce* 0 (0,0 %) respondentů, *rodina* 19 (31,7 %) respondentů, *transplantace* 9 (15,0 %) respondentů, *transfuze* 5 (8,3 %) respondentů a *analgetika* 4 (6,7 %) respondenti. V nemocnici v Cottbusu správně určili všechna náboženství v oblasti *očkování* 3 (5,0 %) respondenti, *interrupce* 8 (13,3 %) respondentů, *rodina* 5 (8,3 %) respondentů, *transplantace* 9 (15,0 %) respondentů, *transfuze* 7 (11,7 %) respondentů a *analgetika* 4 (6,7 %) respondenti. V nemocnici v Dortmundu správně

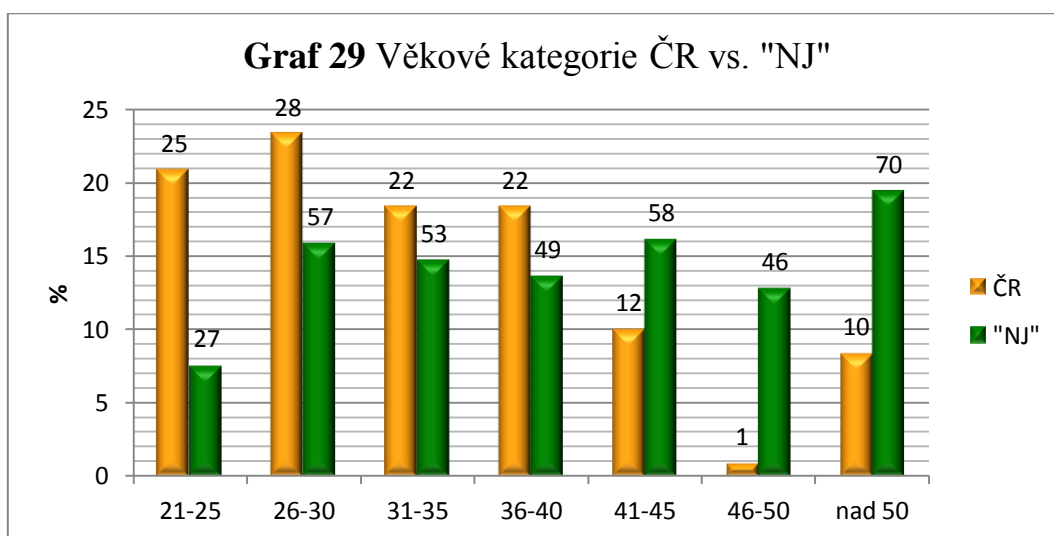
určilo všechna náboženství v oblasti *očkování* 0 (0,0 %) respondentů, *interrupce* 0 (0,0 %) respondentů, *rodina* 7 (11,7 %) respondentů, *transplantace* 9 (15,0 %) respondentů, *transfuze* 5 (8,3 %) respondentů a *analgetika* 7 (11,7 %) respondentů. V nemocnici ve Weizu správně určil všechna náboženství v oblasti *očkování* 1 (1,7 %) respondent, *interrupce* 0 (0,0 %) respondentů, *rodina* 10 (16,7 %) respondentů, *transplantace* 14 (23,3 %) respondentů, *transfuze* 4 (6,7 %) respondenti a *analgetika* 8 (13,3 %) respondentů. V nemocnici v Salzburgu správně určili všechna náboženství v oblasti *očkování* 2 (3,3 %) respondenti, *interrupce* 0 (0,0 %) respondentů, *rodina* 24 (40,0 %) respondenti, *transplantace* 14 (23,3 %) respondentů, *transfuze* 4 (6,7 %) respondenti a *analgetika* 1 (1,7 %) respondent.

## 4.2 Popisná statistika ČR versus německé oblasti



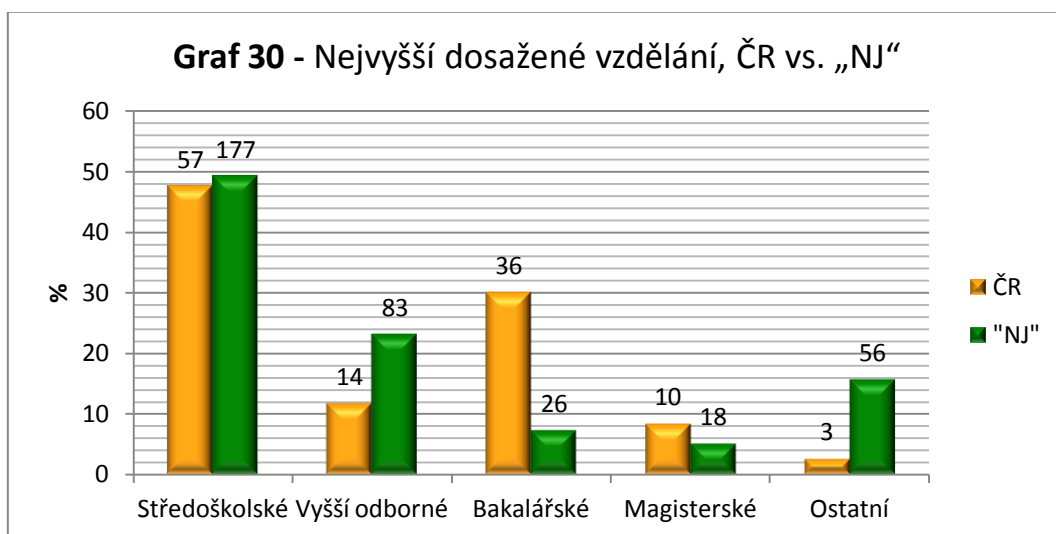
Zdroj: vlastní výzkum

Zastoupení žen ČR vs. „NJ“ je 88 % : 78 % a mužů ČR vs. „NJ“ 12 % : 23 %.



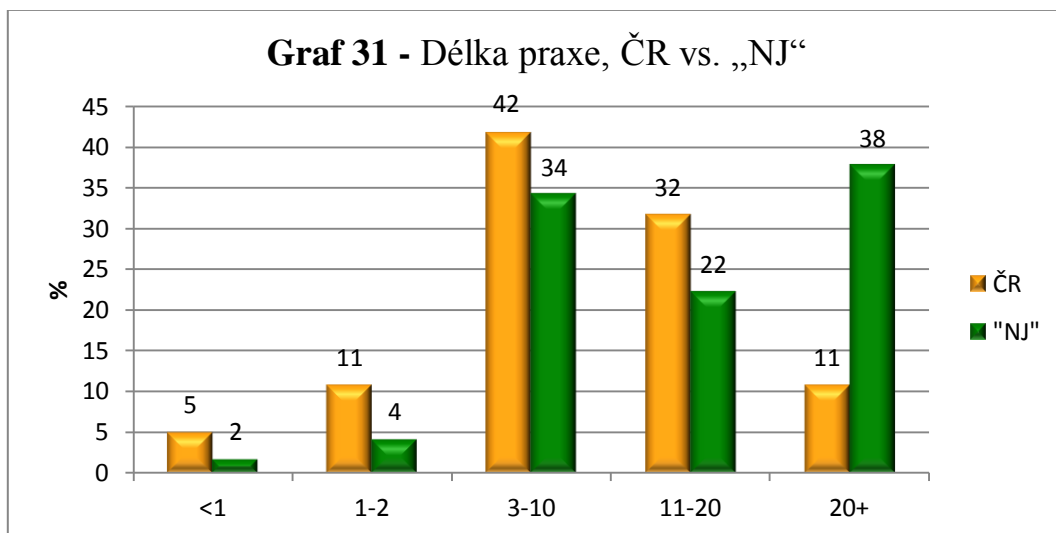
Zdroj: vlastní výzkum

Zastoupení ČR vs. „NJ“ kategorie 21–25 let 21 % : 8 %, 26–30 let 23 % : 16 %, 31–35 let 18 % : 15 %, 36–40 let 18 % : 14 %, 41–45 let 10 % : 16 %, 46–50 let 1 % : 13 % a nad 50 let 8 % : 19 %.



Zdroj: vlastní výzkum

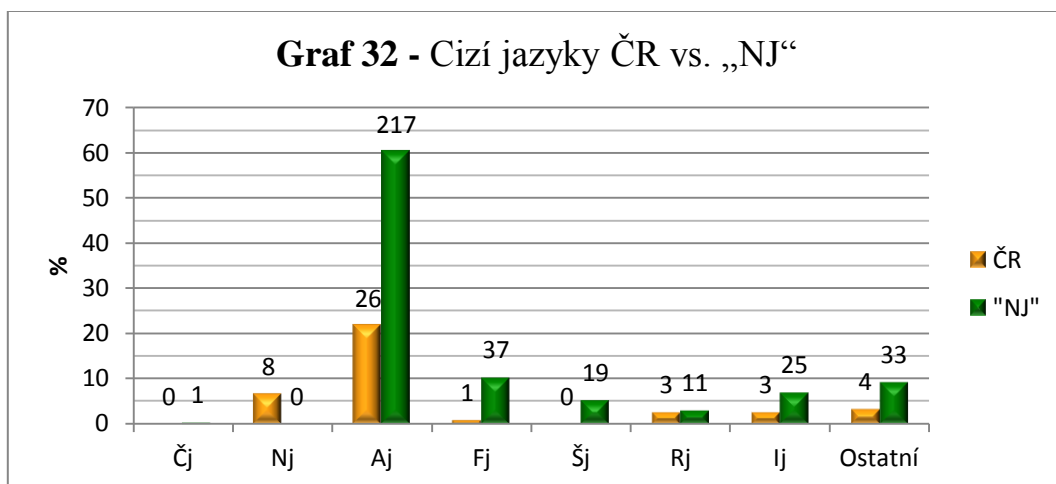
Nejvyšší dosažené vzdělání ČR vs. „NJ“ SŠ 48 % : 49 %; VOŠ 12 % : 23 %; Bc. 30 % : 7 %; Mgr. 8 % : 5 % a ostatní 3 % : 16 %.



Zdroj: vlastní výzkum

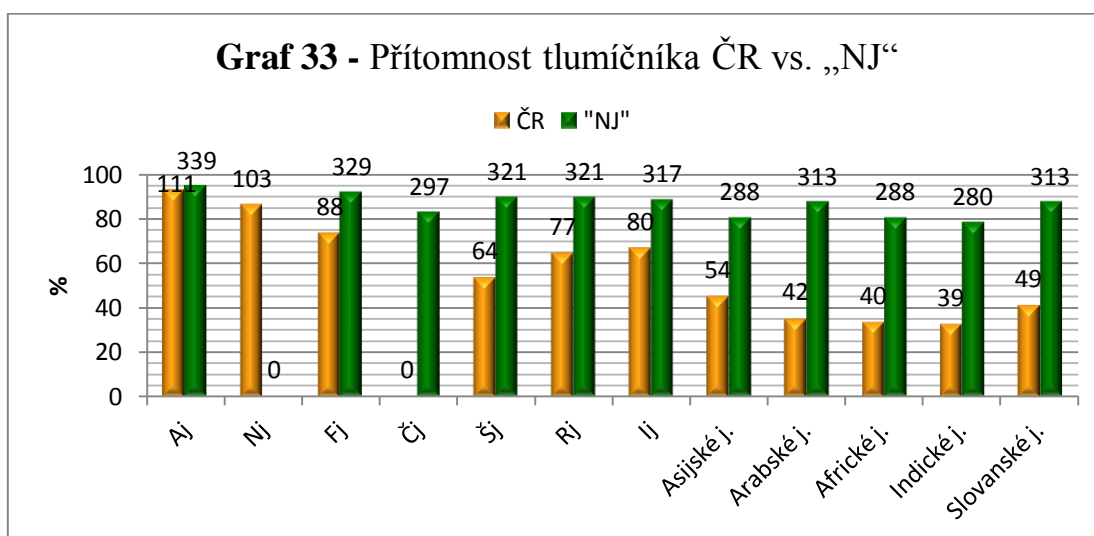
Délka praxe ČR vs. „NJ“ < 1 rok 5 % : 2 %; 1–2 roky 11 % : 4 %; 3–10 let 42 % : 34 %; 11–20 let 32 % : 22 % a více než 20 let 11 % : 38 %.





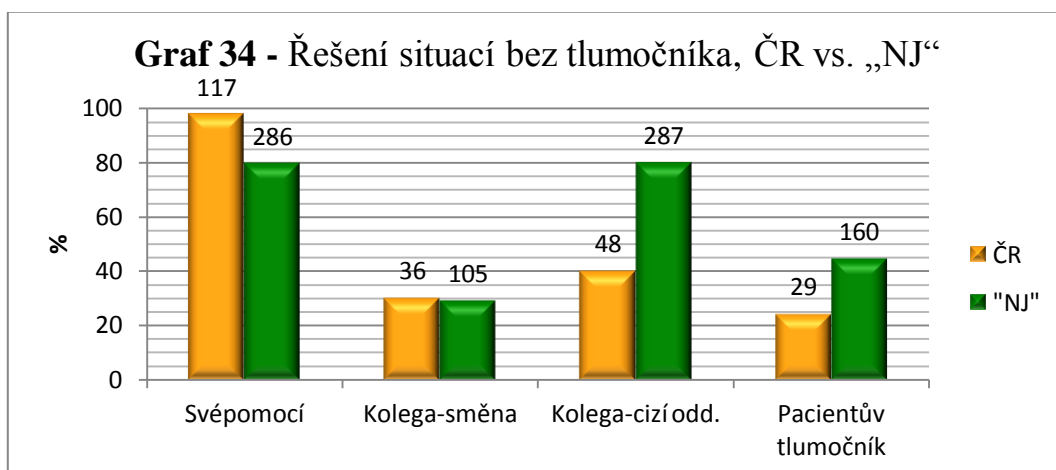
Zdroj: vlastní výzkum

Poměr hovořících cizím jazykem ČR vs. „NJ“ čeština 0 % : 0,3 %; němčina 7 % : 0 %; angličtina 22 % : 60 %; francouzština 1 % : 10 %; španělština 0 % : 5 %; ruština 3 % : 3 %; italština 3 % : 7 % a ostatní 3 % : 9 %.



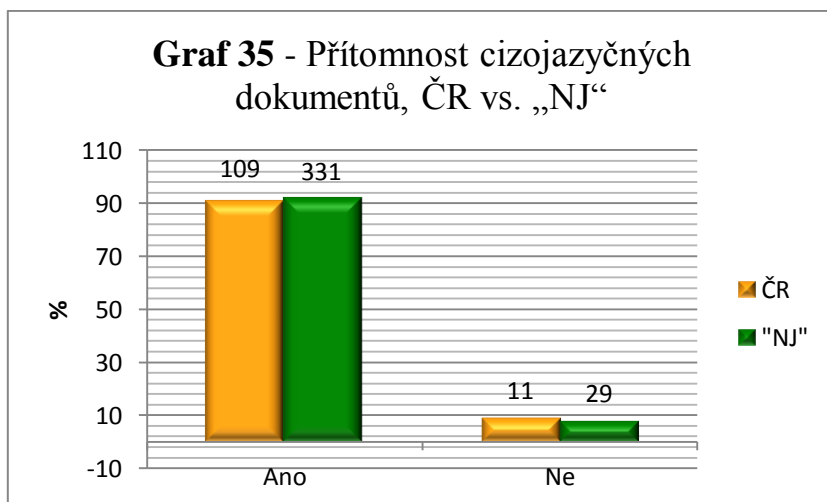
Zdroj: vlastní výzkum

Přítomnost tlumičnicka ČR vs. „NJ“ na jazyk angličtina 93 % : 94 %; němčina 86 % : 0 %; francouzština 73 % : 91 %; čeština 0 % : 83 %; španělština 53 % : 89 %; ruština 64 % : 89 %; italština 67 % : 88 %; asijské j. 45 % : 80 %; arabské j. 35 % : 87 %; africké j. 33 % : 80 %; indické j. 33 % : 78 % a slovanské j. 41 % : 87 %.



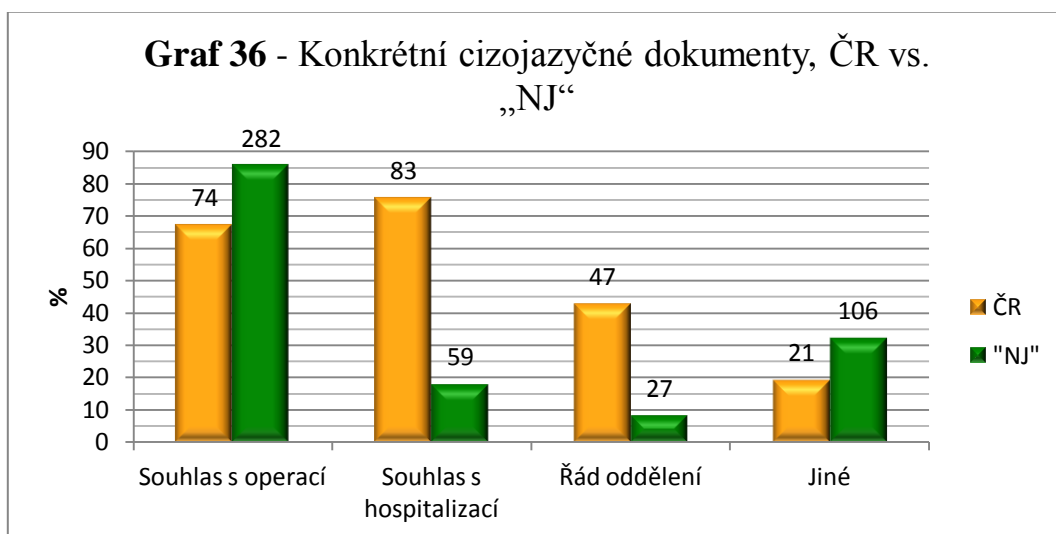
Zdroj: vlastní výzkum

Řešení situací bez tlumočníka ČR vs. „NJ“ svépomocí 98 % : 80 %; s pomocí kolegy ze směny 30 % : 30 %; kolegou z jiného odd. 40 % : 80 % a tlumočnickem pacienta 24 % : 44 %.



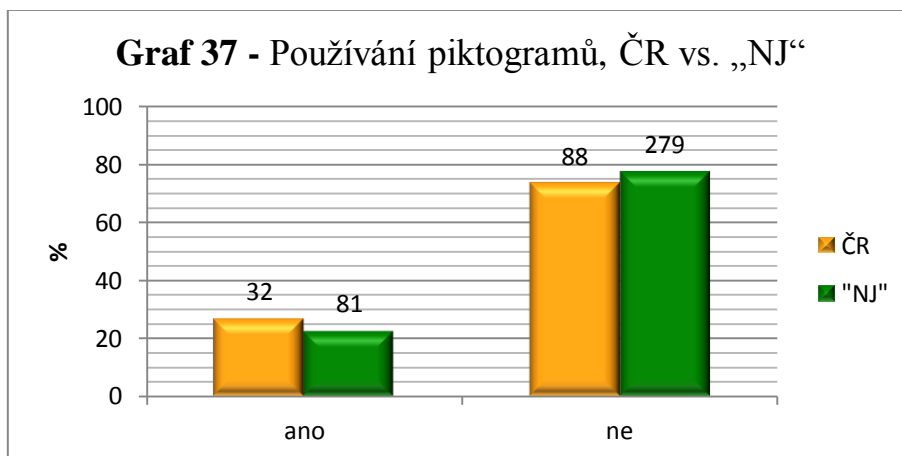
Zdroj: vlastní výzkum

Přítomnost cizojazyčných dokumentů na oddělení ČR vs. „NJ“ 91 % : 92 %.



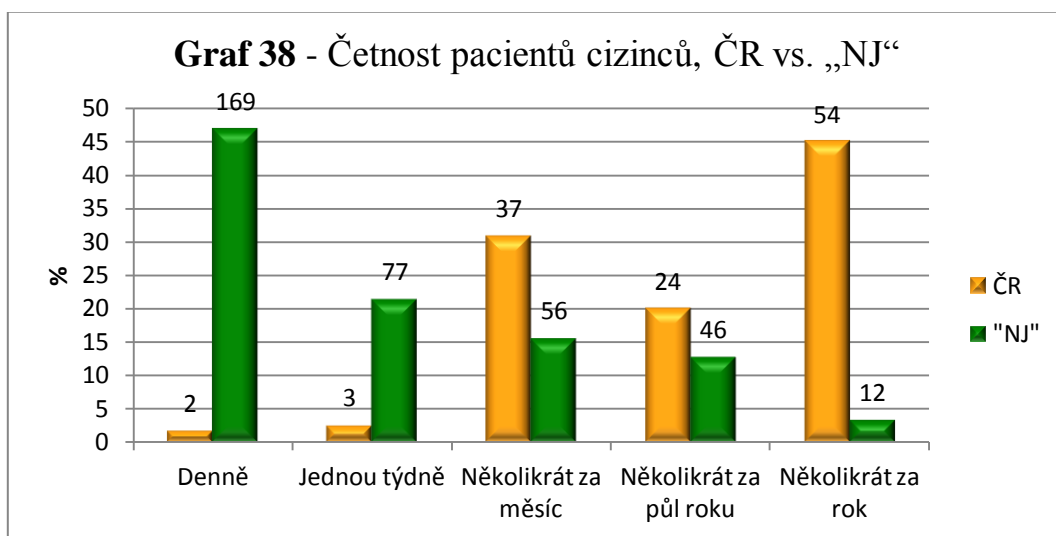
Zdroj: vlastní výzkum

Přítomnost konkrétních cizojazyčných dokumentů ČR vs. „NJ“ souhlas s operací 67 % : 86 %; souhlas s hospitalizací 76 % : 18 %; řád oddělení 43 % : 8 % a jiné 19 % : 32 %.



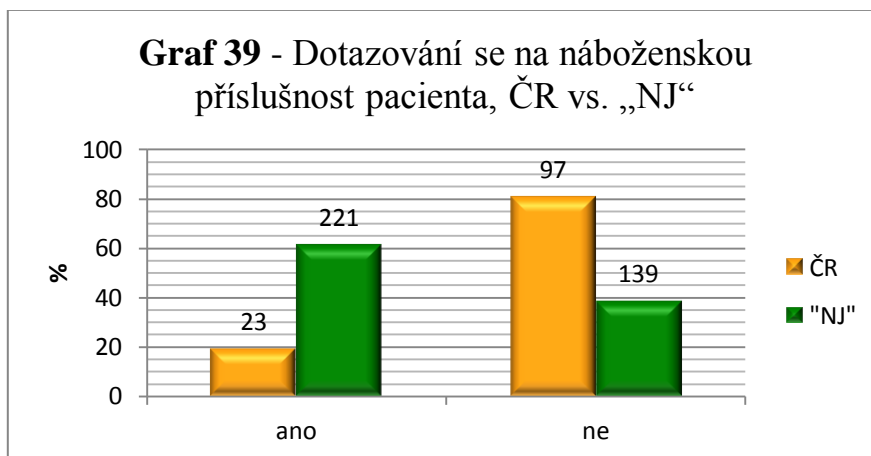
Zdroj: vlastní výzkum

Piktogramy jsou používány ČR vs. „NJ“ v 27 % : 23 %.



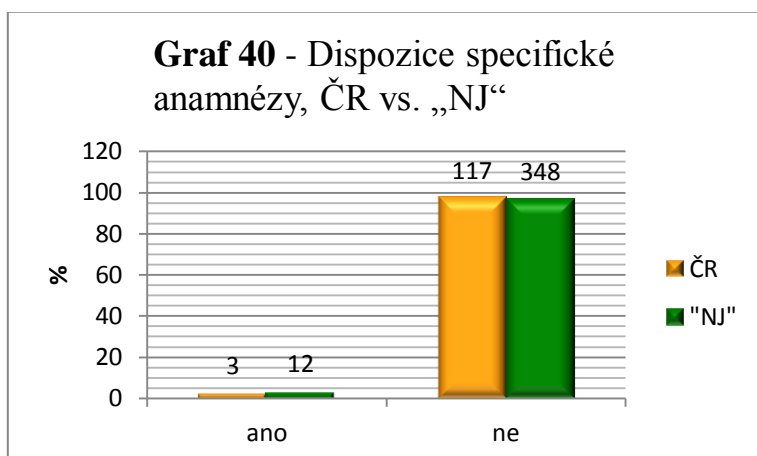
Zdroj: vlastní výzkum

Četnost pacientů cizinců ČR vs. „NJ“ denně 2 % : 47 %; jednou týdně 3 % : 21 %; několikrát za měsíc 31 % : 16 %; několikrát za půl roku 20 % : 13 % a několikrát za rok 45 % : 3 %.



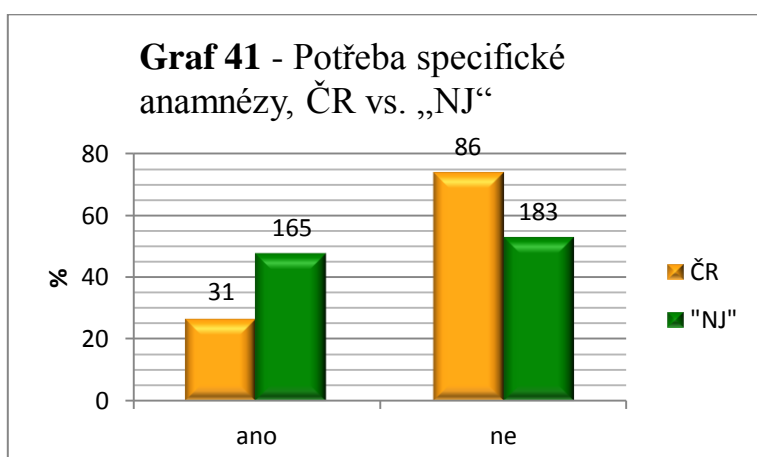
Zdroj: vlastní výzkum

Na náboženskou příslušnost se dotazuje ČR vs. „NJ“ 19 % : 62 %.



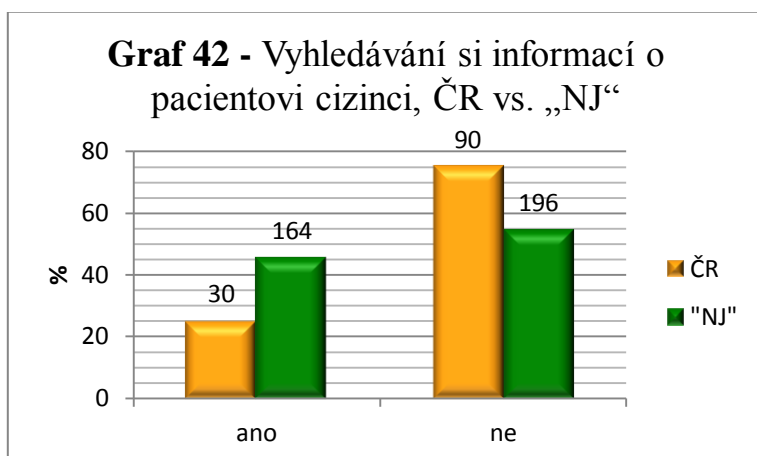
Zdroj: vlastní výzkum

Specifickou anamnézu má k dispozici ČR vs. „NJ“ 2,5 % : 3 %.



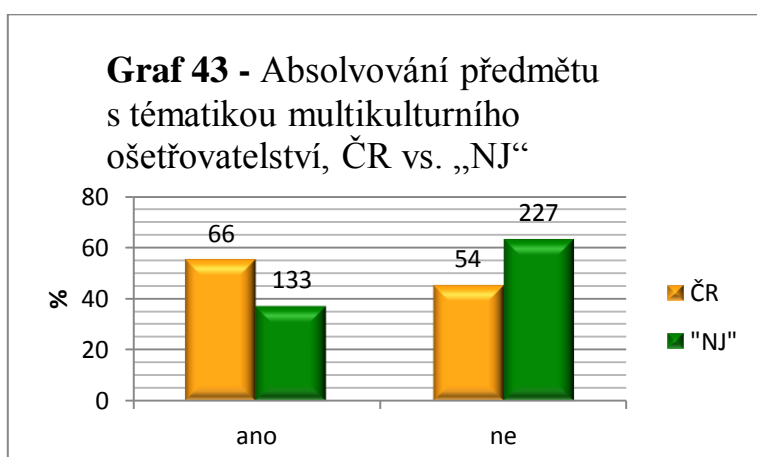
Zdroj: vlastní výzkum

Potřebu specifické anamnézy má ČR vs. „NJ“ 27 % : 47 %;



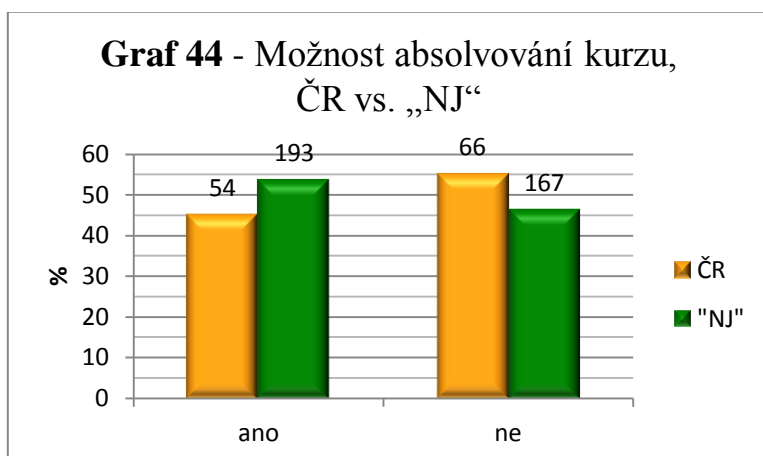
Zdroj: vlastní výzkum

Informace si vyhledává ČR vs. „NJ“ 25 % : 46 %.



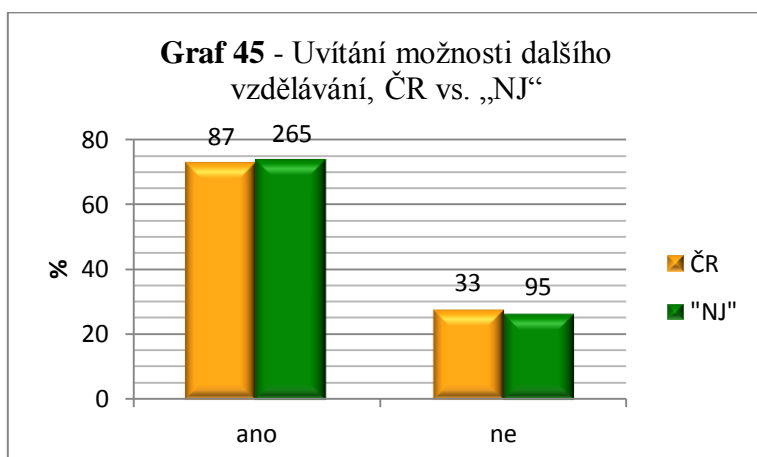
Zdroj: vlastní výzkum

Předmět absolvovalo ČR vs. „NJ“ 55 % : 37 %.



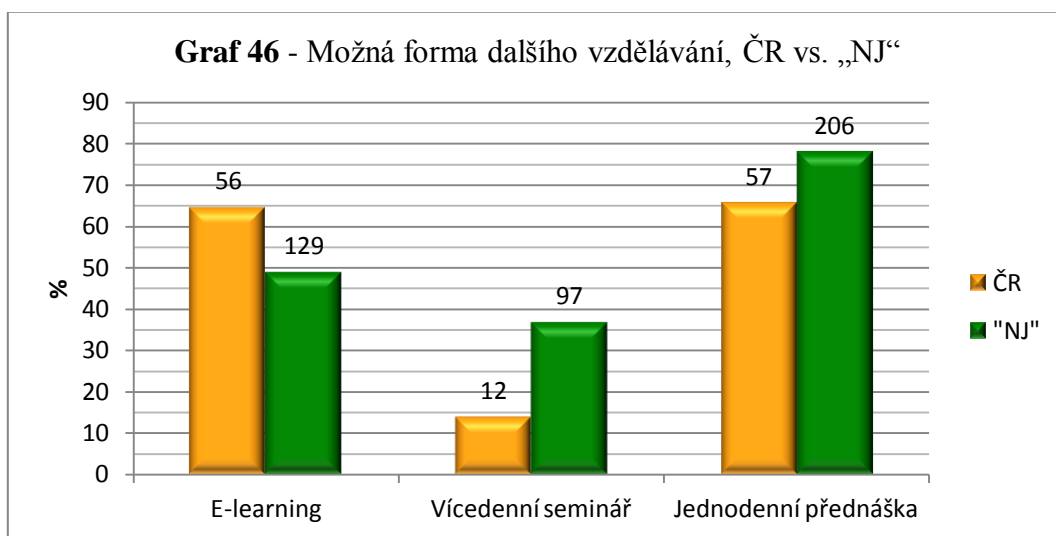
Zdroj: vlastní výzkum

Možnost kurzu mělo ČR vs. „NJ“ 45 % : 54 %.



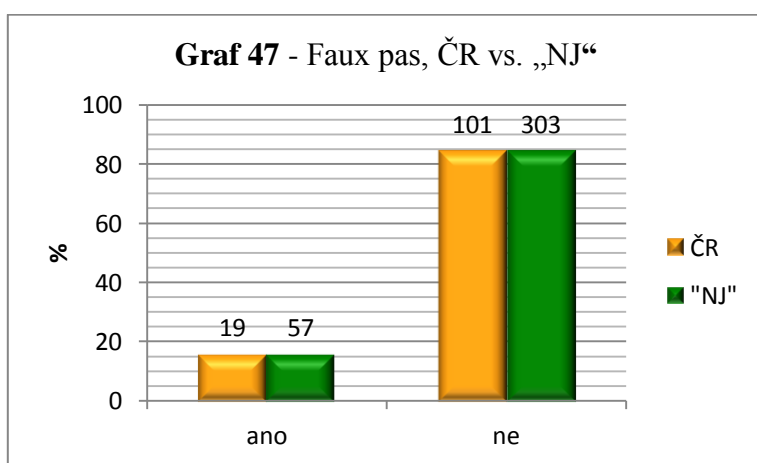
Zdroj: vlastní výzkum

Další vzdělání by uvítalo ČR vs. „NJ“ 73 % : 74 %.



Zdroj: vlastní výzkum

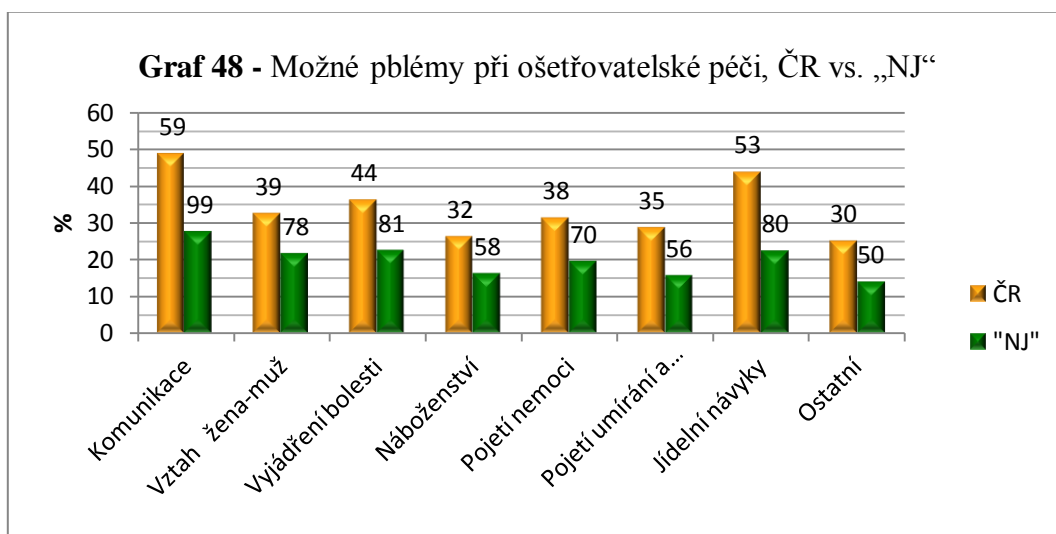
Možné formy dalšího vzdělávání ČR vs. „NJ“ e-learning 64 % : 49 %; vícedenní seminář 14 % : 37 %; jednodenní přednáška 66 % : 78 %.



Zdroj: vlastní výzkum

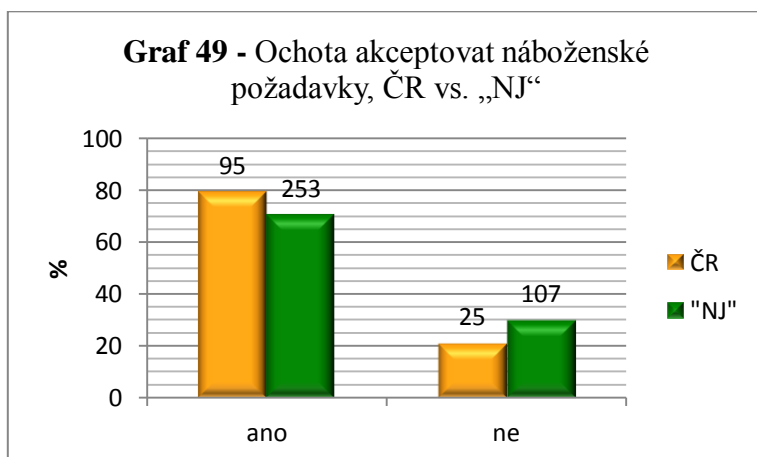
Faux pas se stalo ČR vs. „NJ“ 16 % : 16 %.





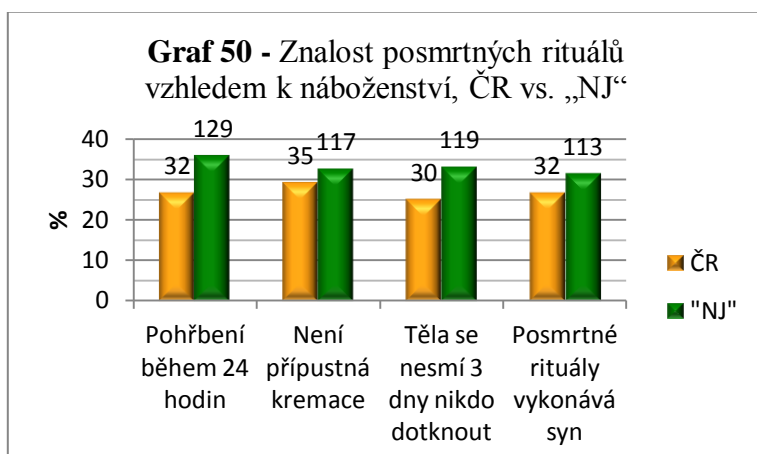
Zdroj: vlastní výzkum

Možné problémy při ošetrovatelské péči ČR vs. „NJ“ komunikace 49 % : 27 %; vztah žena–muž 33 % : 22 %; vyjádření bolesti 36 % : 22 %; náboženství 36 % : 16 %; pojetí nemoci 31 % : 19 %; pojetí umírání a smrti 29 % : 16 %; jídelní návyky 44 % : 22 % a ostatní 25 % : 14 %.



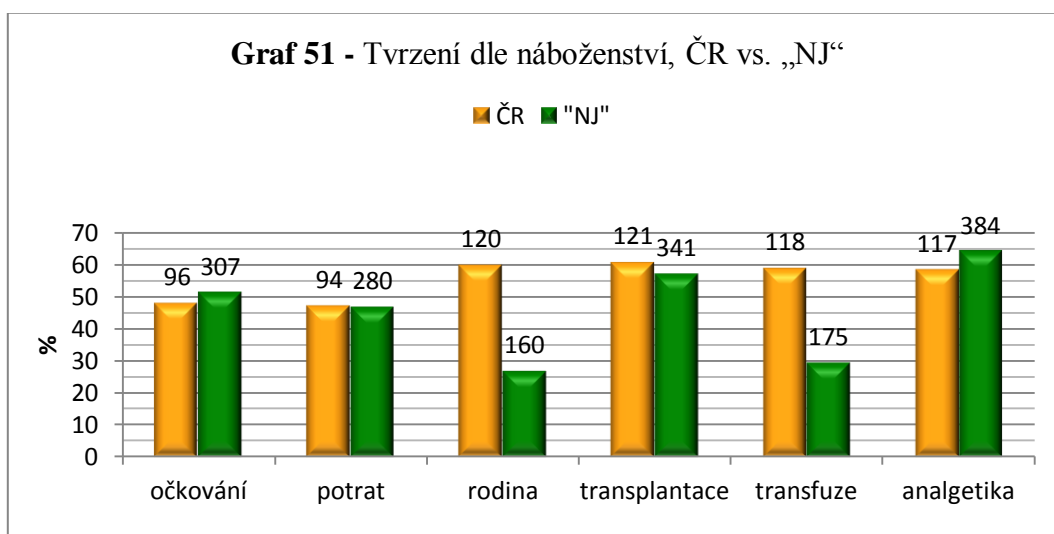
Zdroj: vlastní výzkum

Nestandardní náboženské požadavky pacientů cizinců je ochotno akceptovat ČR vs. „NJ“ 79 % : 70 %.



Zdroj: vlastní výzkum

Znalost posmrtných rituálů vzhledem k náboženství ČR vs. „NJ“ pohřbení během několika hodin 27 % : 36 %; není přípustná kremace 29 % : 33 %; těla se nesmí 3 dny nikdo dotknout 25 % : 33 % a posmrtné rituály vykonává syn 27 % : 31 %.



Zdroj: vlastní výzkum

Tvrzení dle náboženství správně přiřadilo ČR vs. „NJ“ očkování 48 % : 51 %; interrupce 47 % : 47 %; rodina 60 % : 27 %; transplantace 61 % : 57 %; transfuze 59 % : 30 % analgetika 59 % : 64 %.

### 4.3 Statistické testování hypotéz

Ke statistickému testování hypotéz byl použit Mediánový test a Chí–kvadrát test dobré shody. Hladina významnosti  $\alpha$  byla zvolena nejčastějších 5 %.

Je-li dosažená hladina významnosti vyšší než 5 %, rozdíl mezi porovnávanými skupinami je statisticky nevýznamný a přijímáme  $H_0$ . Je-li hodnota dosažené hladiny významnosti nižší než 5 %, rozdíl mezi porovnávanými skupinami je statisticky významný,  $H_0$  zamítáme a přijímáme  $H_A$ .

**Hypotéza 1** zní: Úroveň cizojazyčných komunikačních dovedností ošetrovatelského personálu v ČR se liší od úrovně personálu v německy mluvících oblastech. V dotazníku se jednalo o otázku číslo 8. Pro zpracování hypotézy byly použity počty respondentů, kteří se cizím jazykem domluví. Byla stanovena nulová a alternativní hypotéza.

$H_0$ : Úroveň cizojazyčných komunikačních dovedností ošetrovatelského personálu v ČR se rovná úrovni personálu v německy mluvících oblastech

$H_A$ : Úroveň cizojazyčných komunikačních dovedností ošetrovatelského personálu v ČR se liší od úrovně personálu v německy mluvících oblastech

**Tabulka 4:** Kontingenční tabulka H1

Počet hodnot pozorované	ČR	„NJ“	Celkem	Počet hodnot očekávané	ČR	„NJ“	Celkem
Domluví	38	250	288	Domluví	72	216	288
Nedomluví	82	110	192	Nedomluví	48	144	192
Celkem	120	360	480	Celkem	120	360	480

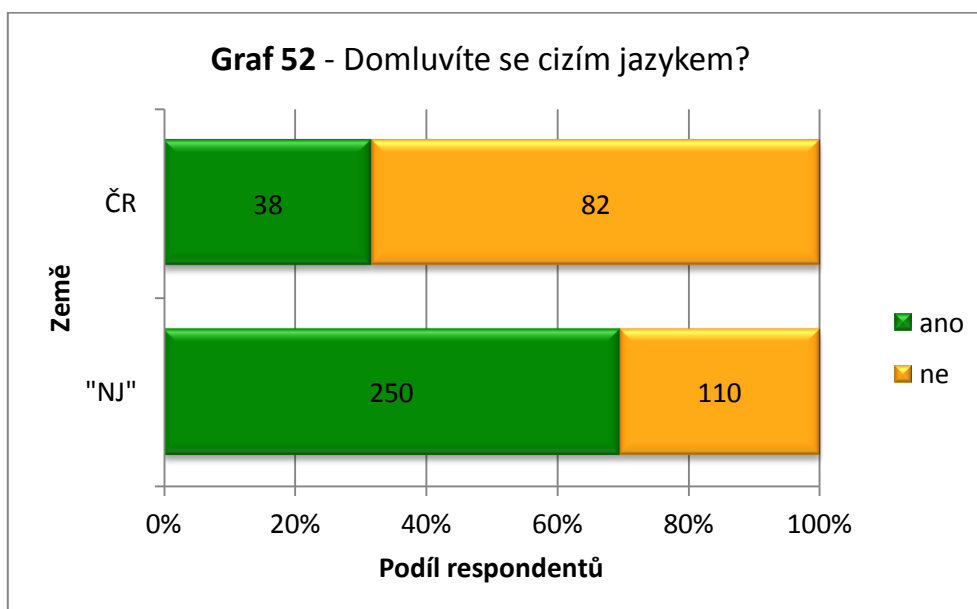
Zdroj: vlastní výzkum

Dosažená hladina významnosti  $p = 2,6E-13$ , což je  $p < 0,1$  %

Protože  $p < 5$  %, zastoupení hodnot českých a německy mluvících respondentů se liší.

Zamítám tedy  $H_0$  a potvrzuji  $H_A$ .

Tímto důkazem je přijata stanovená hypotéza číslo 1 a potvrzeno, že rozdíl mezi úrovní cizojazyčných komunikačních dovedností ošetrovatelského personálu v ČR a německy mluvících oblastech je statisticky významný.



Zdroj: vlastní výzkum

Cizím jazykem se domluví 38 (32 %) respondentů z České republiky a 250 (69 %) respondentů z německy mluvících oblastí

**Hypotéza 2** zní: Úroveň interkulturních kompetencí ošetrovatelského personálu v ČR se liší od úrovně personálu v německy mluvících oblastech.

V dotazníku se jednalo o otázky číslo 13, 19, 22 a 24 až 28. Jednotlivé odpovědi na otázky byly obodovány jako v kvízu. Kladné odpovědi body plusovými, za špatné odpovědi se poměrná část bodu odečítala. Byla stanovena nulová a alternativní hypotéza.

H0: Úroveň interkulturních kompetencí ošetrovatelského personálu v ČR se rovná úrovni personálu v německy mluvících oblastech

HA: Úroveň interkulturních kompetencí ošetrovatelského personálu v ČR se liší od úrovně personálu v německy mluvících oblastech

Společný medián = 0,917

Hodnocení úrovně kompetencí (více bodů = lepší úroveň). Kdyby byla úroveň kompetencí stejná, měla by vždy polovina respondentů menší skóre než medián a polovina větší.

**Tabulka 5:** Kontingenční tabulka H2

Počet hodnot pozorované	ČR	„NJ“	Celkem	Počet hodnot očekávané	ČR	„NJ“	Celkem
≤ medián	100	140	240	≤ medián	60	180	240
> medián	20	220	240	> medián	60	180	240
Celkem	120	360	480	Celkem	120	360	480

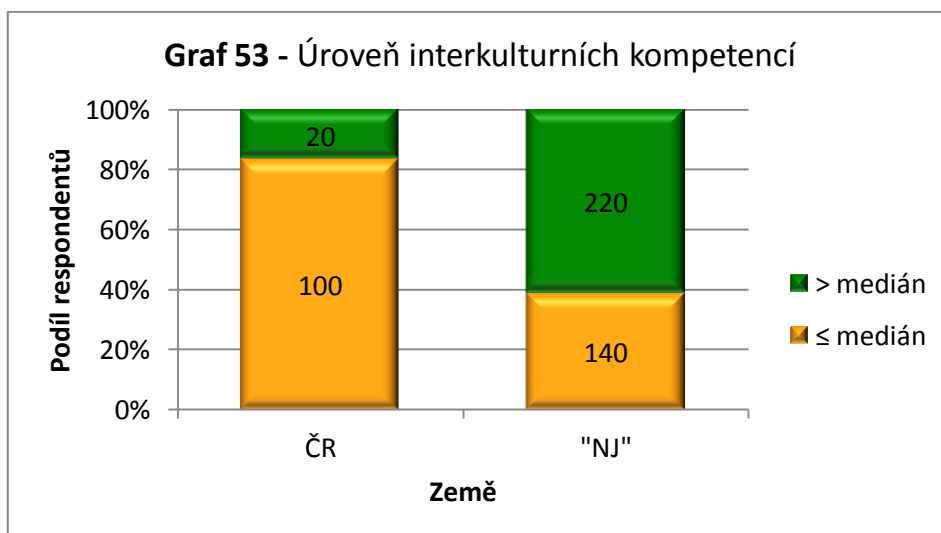
Zdroj: vlastní výzkum

Dosažená hladina významnosti  $p = 3,4E-17$ , což je  $p < 0,1 \%$

Protože  $p < 5 \%$ , zastoupení hodnot českých a německy mluvících respondentů se liší.

Zamítám tedy  $H_0$  a potvrzuji  $H_A$ . V grafu je u ČR respondentů vidět, že je jich mnohem více v té spodní části = s horším hodnocením.

Tímto důkazem je přijata stanovená hypotéza číslo 2 a potvrzeno, že rozdíl mezi úrovní interkulturních kompetencí ošetrovatelského personálu v ČR a německy mluvících oblastech je statisticky významný.



Zdroj: vlastní výzkum

Z České republiky nedosahuje mediánu 100 (83,3 %) respondentů, z německy mluvících oblastí 140 (38,9 %) respondentů.

**Hypotéza 3:** Ošetrovatelský personál v ČR a německy mluvících oblastech má rozdílné podmínky pro poskytování kulturně kompetentní ošetrovatelské péče.

V dotazníku se jednalo o otázky číslo 9, 11, 12, 17 a 21. Jednotlivé odpovědi na otázky byly obodovány jako v kvízu. Kladné odpovědi body plusovými, za špatné odpovědi se poměrná část bodu odečítala. Byla stanovena nulová a alternativní hypotéza.

H0: Ošetrovatelský personál v ČR a německy mluvících oblastech má shodné podmínky pro poskytování kulturně kompetentní ošetrovatelské péče

HA: Ošetrovatelský personál v ČR a německy mluvících oblastech má rozdílné podmínky pro poskytování kulturně kompetentní ošetrovatelské péče

Společný medián = 7,5

Hodnocení podmínek (více bodů = lepší úroveň). Kdyby měli stejné podmínky, měla by vždy polovina respondentů menší skóre než medián a polovina větší.

**Tabulka 6:** Kontingenční tabulka H3

Počet hodnot pozorované	ČR	„NJ“	Celkem	Počet hodnot očekávané	ČR	„NJ“	Celkem
≤ medián	82	196	278	≤ medián	69,5	208,5	278
> medián	38	164	202	> medián	50,5	151,5	202
Celkem	120	360	480	Celkem	120	360	480

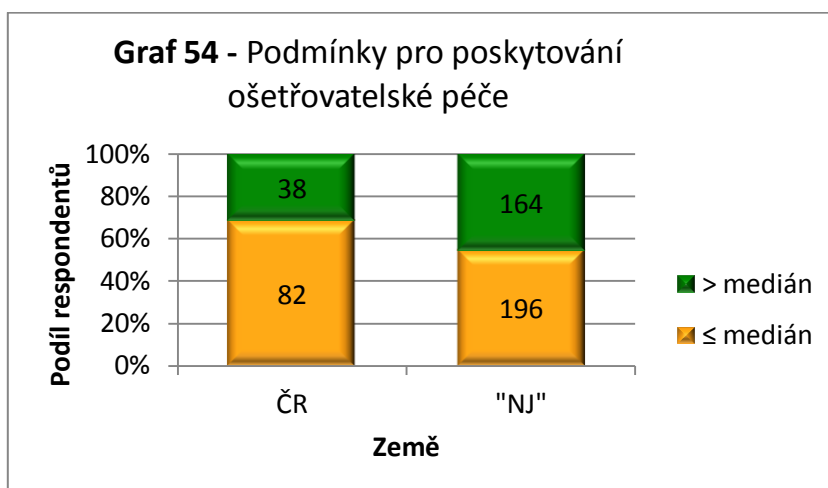
Zdroj: vlastní výzkum

Dosažená hladina významnosti  $p = 0,8 \%$

Protože  $p < 5 \%$ , zastoupení hodnot českých a německých respondentů se liší. Zamítám tedy H0 a potvrzuji HA.

V grafu je u ČR respondentů vidět, že je jich mnohem více v té spodní části = s horším hodnocením.

Tímto důkazem je přijata stanovená hypotéza číslo 3 a potvrzeno, že rozdíl mezi podmínkami ošetrovatelského personálu v ČR a německy mluvících oblastech pro poskytování kulturně kompetentní ošetrovatelské péče je statisticky významný.



Zdroj: vlastní výzkum

Z České republiky nedosahuje mediánu 82 (68,3 %) respondentů, z německy mluvících oblastí 196 (54,4 %) respondentů.

## 5 DISKUZE

Diplomová práce se zabývala multikulturním ošetrovatelstvím, interkulturními kompetencemi ošetrovatelského personálu a podmínkami, které pracoviště poskytují ošetrovatelskému personálu k uskutečňování kulturně kompetentní péče. Úroveň interkulturních kompetencí ošetrovatelského personálu a podmínky pro poskytování ošetrovatelské péče byly porovnávány mezi vybranými nemocnicemi v České republice a v německy mluvících oblastech, konkrétně v Rakousku, Německu a Švýcarsku. Respondenty kvantitativního výzkumného šetření byl ošetrovatelský personál dvou nemocnic z každé ze jmenovaných zemí.

Pro umožnění výzkumu byly osloveny hlavní sestry, respektive náměstkyně/náměstci (Pflegedirektor/in) pro ošetrovatelskou péči. Získat souhlas od managementu zahraničních nemocnic bylo velice obtížné.

Byly rozeslány žádosti o umožnění anonymního dotazníkového šetření emailem, spolu s průvodním dopisem a dotazníkem. S některými nemocnicemi probíhala komunikace telefonicky. K získání šesti zahraničních souhlasů byl osloven management 38 nemocnic, z nichž téměř třetina ani neodpověděla, přestože emailem přišlo potvrzení o přečtení zprávy.

Je možné, že negativní postoj managementu oslovených nemocnic souvisí s aktuální politickou situací, tedy s řešením uprchlické krize, což je velmi ožehavé celosvětové téma. Můžeme se domnívat, že si oslovená zdravotnická zařízení uvědomují své nedostatky v multikulturním ošetrovatelství a nechtějí je jakýmkoliv způsobem zveřejňovat, nebo že tuší ve své nemocnici určité problémy v této oblasti a nechtějí riskovat, aby byly prostřednictvím dotazníků odhaleny. To jsou ale pouhé domněnky, jejichž potvrzení či vyvrácení není cílem této práce.

V Německu byl osloven management 11 nemocnic, než byl získán první německý souhlas. Nereagujícím zdravotnickým zařízením byly posílány emaily opakovaně, i když nám to přišlo nedůstojné. Ale vyplatilo se to. Pět z osmi nemocnic nakonec zúčastněných ve výzkumu nereagovalo hned na první žádost. Posléze nejlepší spolupráce byla s nemocnicí ve švýcarském Aarau, jejíž náměstkyni pro ošetrovatelskou



pěči byla žádost přeposlána třikrát, ona na ni ani jednou neodpověděla, ale naštěstí ji přeposlala integračnímu oddělení. Velmi aktivní paní odpověděla, že ji výzkum velmi zajímá a jmenovala asi pět dalších osob, které musí k realizaci výzkumu udělit souhlas. Trvalo to asi měsíc, ale nakonec všechny přesvědčila a výzkum umožnila. Neméně dobrá spolupráce byla i se zastupujícím náměstkem pro ošetrovatelskou péči rakouské nemocnice v Salzburgu. Ten udělil můj vůbec první souhlas, dokonce na první žádost. Zjistili jsme, že čím lepší byla komunikace s vedením nemocnice, tím rychleji probíhal sběr dat od respondentů. V některých nemocnicích sice povolili výzkum a ochotně přislíbili rozeslání odkazu na dotazník, ale stalo se tak opět třeba až po třetí urgenci. Management nemocnice v Dortmundu si vyžádal doplňující informace o podobě diplomové práce a oficiální žádost vedoucí práce. S ostatními nemocnicemi byla komunikace stručná a věcná.

Ke sběru dat byl vytvořen nestandardizovaný anonymní dotazník, jehož distribuce probíhala jak v papírové, tak elektronické podobě – vytvořením dotazníku v internetové aplikaci a rozesláním internetového odkazu e–mailem. Odborná literatura udává návratnost papírových dotazníků nad 50 % jako „*slušný úspěch*“ (Bártlová, 2008), většinou se uvádějí hodnoty v rozmezí 30 – 60 %, u on–line, respektive dotazníků distribuovaných elektronickou cestou je uváděna dokonce ještě nižší návratnost, a to kolem 10 %. U elektronických dotazníků je navíc komunikována nižší věrohodnost a pečlivost vyplňování (Průcha, 2014). Návratnost ovlivňuje několik faktorů, zvýšit ji může mimo jiné osobní distribuce, poutavé úvodní slovo, zajímavá grafika či odměna za vyplnění. Negativní vliv má nesrozumitelnost otázek, nepřehlednost dotazníku, u on–line dotazníku to, že respondent neví, kolik % již vyplnil, a hlavně rozsah dotazníku (Průcha, 2014). V mém případě činila návratnost papírových dotazníků 84 % a elektronických dokonce 90 %. Celková návratnost tedy byla 88 %. Tato čísla hodnotíme v porovnání s údaji z literatury jako velmi vysoká. Nevíme, zda to v našem případě bylo dáno štěstím při volbě respondentů, nebo soucitem zdravotníků, že jejich „kolegyně“ shání respondenty. Dalším důvodem mohla být nedlouhá doba vyplňování. Průměrná doba online vyplňování dotazníku byla v našem případě 5 a půl minuty. Gavora (2010) ve své knize uvádí, že by vyplnění dotazníku mělo trvat do 45 minut,

jinak může být snížena návratnost. Tato hodnota se nám zdá velmi vysoká. Již dotazník nad 20 minut nás odrazuje a velmi zvažujeme jeho vyplnění. Ani Průchou udávanou vyšší nepečlivost při vyplňování elektronických dotazníků nemůžeme z naší zkušenosti potvrdit. A ani nevíme, proč by se tak mělo dít. Vnímáme velký rozdíl mezi dotazníkem elektronickým a elektronicky distribuovaným. Pod elektronicky distribuovaným dotazníkem si představujeme dotazník v takové podobě, jakou by měl i na papíře, avšak rozeslaný jako příloha e-mailu, určený k vytisknutí a vyplnění nebo rovnou k vyplnění v PC, je-li k tomu uzpůsoben, a k následnému elektronickému odeslání zpět. Domníváme se, že není důvod, proč by měl být respondentem vyplněn méně pečlivě než dotazník v papírové formě osobně doručený. Nevýhodu vidíme v možném porušení anonymity, s čímž může souviset i nižší návratnost. Elektronický dotazník vnímáme jako on-line dotazník, jehož distribuce je prováděna nejčastěji taktéž e-mailem v podobě internetového odkazu, pod nímž je dotazník možné vyplnit a anonymně „odeslat“. Při této metodě si naopak myslíme, a při našem výzkumu se nám domněnka potvrdila, že bude respondenty vyplněn lépe než dotazník v papírové podobě. Vysvětlujeme si to tím, že aplikace pro on-line vyplňování dotazníku upozorní respondenta na neúplně zodpovězenou otázku, neumožní mu zaškrtnout více odpovědí u otázek, kde se musí zaškrtnout právě jedna, a neumožní odeslání nedostatečně vyplněného dotazníku. Nevýhodu spatřujeme v obtížném určení přesné návratnosti, neboť nemáme kontrolu nad elektronickým šířením internetového odkazu. Návratnost se dá odhadnout z údajů internetové aplikace, která udává počet zobrazení dotazníku. V tomto případě však musíme počítat s tím, nebo právě pominout případy, kdy si jeden respondent zobrazil dotazník několikrát. Ostatně v extrémním případě ani u tištěných dotazníků nemůžeme mít 100% jistotu v počtu rozdaných exemplářů, neboť ty zase mohou být nakopírovány.

Výsledky dotazníkového šetření jsou přehledně zpracovány do tabulek a grafů jak pro jednotlivé nemocnice, tak pro Českou republiku a německy mluvící oblasti jako celek. Zde se budeme zpravidla zabývat hodnotami pro Českou republiku a německy mluvící země celkově.

Výzkumu se zúčastnilo 120 respondentů z České republiky a 360 respondentů z německy mluvících oblastí. Ze vzorku respondentů z ČR pracuje v nemocnicích 88 % žen a 12 % mužů. V německy mluvících oblastech je tento počet 78 % žen a 22 % mužů. V německy mluvícím vzorku tedy pracuje ve zdravotnictví o 10 % více mužů než ve srovnatelném vzorku u nás. Vyšší počet žen dokládá, že sesterská profese je doména žen. Více mužů v německy mluvících zemích bylo pozorováno i během 10měsíční praxe v německé nemocnici v Neubrandenburgu, kde bylo pravidlem, že v každé směně byl minimálně jeden muž pro „těžkou práci“.

Z výzkumu vyplývá, že ve vzorku v České republice pracuje více zdravotnických pracovníků do 30 let a méně zdravotnických pracovníků nad 41 let než v německy mluvícím vzorku. Věková kategorie 31–40 let byla zastoupena přibližně stejně. Za zmínku stojí obě německé nemocnice Cottbus a Dortmund, v nichž pracuje opravdu vysoké procento starších zdravotnických pracovníků. Ve věku nad 50 let pracuje v Cottbusu 28 % a v Dortmundu dokonce téměř 38 % ošetrovatelského personálu. V ani jedné z nemocnic se nevyskytl respondent pod 20 let.

Rozdílný systém vzdělání zdravotníků v každé ze zemí nás přinutil rozdělit dotazníky v německém jazyce ještě podle země a systému vzdělávání zdravotnických pracovníků, aby pojmy co nejvíce odpovídaly dané zemi. V příloze číslo 2 předkládáme hromadný dotazník v německém jazyce. Při statistickém vyhodnocování byly použity naše standardní kategorie, do kterých byly přiřazeny zahraniční ekvivalenty, avšak jejich školy či stupně vzdělání či tituly se s našimi nemusí shodovat. Kategorie *středoškolské vzdělání* zahrnuje pro Českou republiku středoškolské vzdělání na střední zdravotnické škole, pro Německo a Rakousko to je Gesundheits- und Krankenpflegeschule a Ausbildungen für Gesundheitsberufe a pro Švýcarsko Berufsmittelschule a Fachmittelschule, což jsou v podstatě vzdělání zakončená maturitou nebo výučním listem. Ošetrovatelskému personálu Rakouska a Německa to přinese titul „Diplomovaná zdravotní sestra, diplomovaný ošetrovatel“, švýcarskému personálu toto vzdělání k výkonu povolání zdravotní sestry (u nich Pflegefachfrau/Pflegefachmann – „zdravotní specialista/specialista“ nebo též „odborník/odbornice“) nestačí. Do kategorie *vyšší odborné vzdělání* u nás počítáme

studium na VOŠ zakončené titulem Dis., v Rakousku a Německu jsou to navazující studia, respektive specializace nepřinášející další mimořádný titul, ale jen druh specializace, a pro Švýcarsko je to standardní vzdělání ošetrovatelského personálu na Höhere Fachschule s titulem diplomovaná zdravotní specialista vyšší odborné školy/diplomovaný zdravotnický specialista vyšší odborné školy (Dipl. Pflegefachfrau HF / Dipl. Pflegefachmann HF). *Bakalářské a magisterské vzdělání* je srovnatelné pro oba vzorky respondentů. Kategorie *ostatní* zahrnuje postgraduální vzdělání a specializace (Bildungssystematik, 2016; Das österreichische Bildungssystem, 2014; Erfurth, 2016).

Předmět věnující se multikulturnímu ošetrovatelství absolvovalo 55 % respondentů z České republiky a 37 % respondentů z německy mluvících oblastí. Tento rozdíl odpovídá věkovému rozdílu respondentů. Multikulturní problematika je velmi aktuální v posledních letech, a tak i předmět o multikulturním ošetrovatelství není na školách dlouho. U nás byl přelomovým rokem rok 2000. Od školního roku 2007/2008, kdy platí školní vzdělávací program pro základní a střední školy, byla multikulturní výchova zařazena jako jedno z průřezových témat do rámcově vzdělávacího programu pro gymnázia (Staněk, 2011).

S věkem souvisí i délka zdravotnické praxe. Výzkum ukázal, že dva roky pracuje ve zdravotnictví méně než 15 % ošetrovatelského personálu. Od 3 do 10 let pracuje ve vybraných zdravotnických zařízeních v ČR 41,7 % respondentů, v německy mluvících oblastech 34,2 % respondentů. Délku praxe od 11 do 20 let udávalo 31,7 % respondentů z České republiky a 22,2 % respondentů z německy mluvících zemí. A tak jako mají německy mluvící oblasti vyšší počet respondentů nad 50 let, tak úměrně tomu mají i více respondentů s délkou praxe *nad 20 let*. Konkrétně se do této kategorie řadí 10,8 % respondentů z České republiky a 37,8 % německy mluvících respondentů. Zmíníme opět obě německé nemocnice, které měly nejvyšší procento ošetrovatelského personálu ve věku nad 50 let a které i v délce praxe pochopitelně převyšují. V nemocnici v Cottbusu pracuje déle než 20 let 7,71 % vzorku a v nemocnici v Dortmundu 58,3 % respondentů.

Respondenti z německy mluvících zemí střídají třikrát častěji oddělení, na kterém pracují než respondenti z České republiky. Vezmeme-li v úvahu fáze modelu rozvíjení kulturní kompetence J. C. Bacote (2002), domníváme se, že tak více naplňují svoji touhu po kulturní kompetentnosti, svá kulturní přání, a střídání oddělení může být způsobem, jak jít vstříc dalšímu kulturnímu setkávání.

Každý z respondentů se za dobu své ošetrovatelské praxe již minimálně jednou setkal s pacientem/klientem cizincem. Z výzkumu vyplývá, že se dotazovaný ošetrovatelský personál v České republice setkává s cizinci na oddělení mnohem méně než personál německy mluvících oblastí. Tudíž ošetrovatelský personál v ČR nemá tolik příležitostí naplnit fázi kulturního setkávání dle modelu Bacotové. Jedním z důvodů může být nižší procento cizinců žijících na našem území, které je v porovnání s Německem a Rakouskem poloviční a se Švýcarskem dokonce třetinové, jak ukazují hodnoty ze sčítání lidu použité v kap. 1.2.1 (Bundesamt für Statistik, 2012; Český statistický úřad, 2014; Statistisches Bundesamt, 2011; Statistik Austria, 2011). Management nemocnice v Aarau sdělil údaj, že 1/5 pacientů má cizinecký pas. Téměř 50 % respondentů uvedlo, že se s pacientem cizincem setkávají pouze několikrát za rok, zatímco respondenti z německy mluvících oblastí se s nimi v téměř 50 % setkávají denně.

Při porovnání jednotlivých německy mluvících zemí je zajímavé, že švýcarské a rakouské nemocnice udávaly téměř shodné četnosti a vyšší rozdíly mezi nemocnicemi tak opět byly mezi německým Cottbusem a Dortmundem. Zatímco v Dortmundu se setkává s pacientem cizincem denně 80 % respondentů, tak v Cottbusu je toto procento čtvrtinové.

Respondenti zmínili 36 národností, se kterými se podle nich na odděleních nejčastěji setkávají. Některé z nich však byly zmíněny pouze jednou. Výsledky velmi záleží na národnostním složení cizinců v zemi, na sousedních zemích a turistice. Českými respondenty byli nejčastěji zmiňováni Ukrajinci (63 %), Vietnamci (56 %), anglicky mluvící (42%), Němci (36 %), Rusové (36 %) a Slováci (27 %). To se velmi shoduje s údaji ze sčítání lidu, kde na prvních třech místech v zastoupení cizinců na našem území jsou Slováci, Ukrajinci a Vietnamci (Český statistický úřad, 2014).

Respondenty z Německa byli nejčastěji zmiňováni Rusové (62 %), Turci (54 %), Poláci (53 %) a Arabové (43 %). Podle údajů statistického úřadu ¼ cizinců v Německu tvoří Turci, na druhém místě by byli obyvatelé států bývalé Jugoslávie jako celek. Je zajímavé, že „Jugoslávci“ uvedla pouze 2,5 % respondentů (Statistisches Bundesamt, 2011). Respondenty z Rakouska byli nejčastěji uváděni obyvatelé států bývalé Jugoslávie (79 %) a Turci (64 %), Němci, Syřané, Arabové a Turci v rozmezí 17 % – 19%. Statistický úřad udává pořadí bývalí Jugoslávci, Němci, Turci (Statistik Austria, 2011). Respondenty ze Švýcarska byli nejčastěji zmiňováni Italové (78 %) a obyvatelé států bývalé Jugoslávie (67 %), Albánci, Turci a Němci dosáhli 20 % – 25 %. Údaje opět korespondují se zastoupením cizinců v zemi, kde na prvních místech jsou Italové, Němci, Portugalci a bývalí Jugoslávci (Bundesamt für Statistik, 2012).

Základem poskytnutí kvalitní ošetrovatelské péče je efektivní komunikace (Kutnohorská, 2013). Při poskytování ošetrovatelské péče pacientům/klientům cizincům jsou důležité jazykové schopnosti ošetrovatelského personálu nebo zajištění alternativních komunikačních metod či tlumočnicka. Vezmeme-li v úvahu pouze jazyky, jež ošetrovatelský personál ovládá na takové úrovni, aby mohla probíhat efektivní komunikace, shledáváme, že na tom ošetrovatelský personál vybraného vzorku v České republice není moc dobře. Ovšem musíme uznat, že německy mluvící respondenti, až na výjimky, na tom nejsou o mnoho lépe. Anglicky se domluví pětina respondentů z České republiky, německy pak 6,7 %. Ostatními z vybraných jazyků se domluví do 3 % respondentů. Překvapením bylo, že „jiný jazyk“ vyplnili u nás pouze 4 (3,3 %) respondenti. Při praxích na odděleních jsme se setkávali s mnohými z ošetrovatelského personálu, jejichž mateřským jazykem byla slovenština, ukrajinština či maďarština. A tak bylo procento respondentů, kteří se domluví „jiným“ cizím jazykem, odhadováno vyšší. Z německy mluvících respondentů se jich největší část domluví opět anglicky, a to 60,3 %, francouzsky 10,3 % a italsky 6,9 %. Za zmínku stojí, že jeden respondent ze Švýcarska se domluví česky na nejvyšší možné úrovni. Jedním z „ostatních“ jazyků se domluví 9,2 % respondentů. Z podrobnějších výsledků vyplývá, že německy mluvící skupině významnou měrou zvyšuje průměr Švýcarsko. V podstatě v porovnání s Německem či Rakouskem je Česká republika přibližně na stejné úrovni. Švýcarsko

se svými čtyřmi úředními jazyky má velký potenciál umět více cizích řečí. I přesto, že angličtina úředním jazykem není a ani se donedávna neučila jako druhý cizí jazyk na základních (druhým cizím jazykem byl povinně jeden z úředních jazyků), byla zmíněna u více než 50 % respondentů. Velmi vysoké procento měla angličtina v Rakousku, kde jí v obou nemocnicích hovoří téměř 90 % respondentů.

Špirudová (2006), která uvádí, že pokud máme možnost tlumočnicka, měli bychom tlumočení dát vždy přednost před alternativní komunikací. Respondenti odpovídali na možnosti tlumočení velmi odlišně i v rámci jednoho oddělení, výsledky tedy ukazují spíše to, zda ošetrovatelský personál o možnostech ví, než jaké možnosti tlumočení nemocnice ve skutečnosti má. Tři čtvrtiny respondentů z německy mluvících oblastí znají možnosti tlumočení i u méně běžných jazyků, u těch frekventovanějších je udávána znalost nad 90 procent. Respondenti z české republiky si jsou jisti pouze tlumočením do angličtiny, méně pak němčiny a francouzštiny. Znalost možností tlumočení ostatních jazyků byla pod 45 procent.

Od náměstkyně ošetrovatelské péče v nemocnici v Salzburgu, respektive od jejího zástupce, se kterým probíhala během výzkumu komunikace, byla získána brožurka *Integrace a transkulturalita [Integration und Transkulturalität]*, v níž je možné se dočíst, jaké všechny možnosti tlumočení nemocnice nabízí. Velmi nás zaujalo, že je nemocnice schopna poskytovat telefonickou a video tlumočnickou službu 24 hodin denně do 99 % jazyků. Zastupující náměstek se také podivil našemu zjištění, kolik jeho zaměstnanců uvádí, že tlumočnick není přítomen v nemocnici nebo že ho nemají vůbec. Hned nám sdělil, že nepoleví ve svém úsilí a bude se snažit rozšířit povědomí o tlumočnickém programu mezi personál (SALK, 2016).

I přes to, že Špirudová (2006) upřednostňuje tlumočení před alternativními metodami komunikace, měl by je ošetrovatelský personál ovládat pro případy, kdy by neměl tlumočnicka k dispozici. Respondenti z České republiky se více spoléhají sami na sebe, vlastní síly, internetový slovník, komunikační karty a podobně, respondenti z německy mluvících oblastí využívají více pomoci kolegů z ostatních oddělení nebo člena rodiny pacienta k překladu. Někteří respondenti německy mluvících oblastí uváděli do poznámky způsob, jakým si vzájemně tlumočí. Informace

byly ověřeny u náměstků/náměstkyň pro ošetrovatelskou péči. Ve vybraných nemocnicích německy mluvících oblastí funguje tzv. „cizojazyčný list“. Je to seznam, počítačový program, do kterého všichni zaměstnanci nemocnice napíší své jazykové schopnosti. Všechn personál má k tomuto programu přístup a v případě potřeby si vyhledá kolegu/kolegyni, který/kteřá mluví potřebným jazykem. Program navíc ukáže, kteří zaměstnanci jsou právě přítomni ve službě. Je tak velmi vysoká šance, že se v nemocnici bude nacházet někdo, kdo hovoří potřebným jazykem.

Pro efektivnější a snadnější komunikaci ošetrovatelského personálu s pacientem/klientem cizincem poskytují nemocnice nejrůznější tištěné dokumenty v cizích jazycích. Většina respondentů (nad 90 %) uvedla, že cizojazyčné dokumenty k dispozici má, z toho můžeme usoudit, že ti respondenti, kteří odpověděli, že cizojazyčné dokumenty k dispozici nemají, o jejich existenci spíše pouze nevědí, nemají dostatečnou motivaci se jejich přítomností zabývat. Základními tiskopisy v našich nemocnicích jsou souhlas s operací, hospitalizací a řád oddělení. Výsledky ukázaly, že přítomnost cizojazyčného souhlasu s operací udávalo o pětinu více respondentů německy mluvících oblastí než respondentů z České republiky, zatímco souhlas s operací a řád oddělení udávali německy mluvící respondenti minimálně. V některých nemocnicích se nám podařilo zjistit, že *souhlas s hospitalizací* nemají ani ve své mateřštině, natož pak v cizím jazyce. Konkrétně Švýcarská nemocnice v Aarau nemá univerzální souhlas s hospitalizací ani řád oddělení pro celou nemocnici, ale v případě potřeby mohou zaměstnanci navštívit internetovou stránku <https://www.thieme-compliance.de/de/aufklaerungsboegen-procompliance/> s informačními materiály a online si je přeložit do požadovaného jazyka a vytisknout. Stránka je to německá, dalo by se tedy předpokládat, že je využívána i v Německu, jen se o tom německé nemocnice konkrétně nezmínily. Další velmi zajímavá internetová stránka <http://www.migesplus.ch/publikationen/baden-sicherheit/> je švýcarská a jsou na ní k dispozici plakáty vztahující se vždy k jedné konkrétní problematice (pravidla používání bazénu, prevence úrazu), na nichž jsou základní informace jak v nejrůznějších jazycích, tak i symbolech a piktogramech.



Pětina respondentů z České republiky a třetina respondentů z německy mluvících oblastí jmenovaly další konkrétní cizojazyčné dokumenty, které jsou jim na odděleních k dispozici. U nás se nejvíce vyskytovala *práva pacientů*, jako zajímavost můžeme uvést *tabulka na zaškrtávání kojení*. Respondenti německy mluvících oblastí uváděli nejčastěji *postup po úmrtí*, *postup pro samoaplikaci injekce* (ředění krve, inzulin), *souhlas s anestesií*, *souhlas s vyšetřeními* (MRI, CT, RTG), *formulář symptomů a bolesti*, „*letáčky*“ o nejrůznějších nemocech a jejich léčbách. Vyskytlo se i uvedení jídelníčku nebo to, že si personál sám píše kartičky s nejběžnějšími větami přeloženými do cizího jazyka, často ve spolupráci s pacientem. To hodnotíme jako další krok k získání kulturní kompetentnosti, sledujeme fázi vědomé kompetentnosti, neboť ošetrovatelský personál si je vědom nedostatku a cíleně vytváří komunikační pomůcky a kulturní setkávání, neboť ošetrovatelský personál spolupracuje s pacientem/klientem cizincem.

Dalším z typů komunikačních karet jsou karty s piktogramy, které nám dle Nového (2015) umožní komunikaci s pacientem, se kterým jsme nenalezli společný jazyk, tak jako s pacientem negramotným nebo dítětem. Oba porovnávané soubory našeho výzkumu udávaly využívání piktogramů v praxi přibližně stejnou měrou, překvapil nás však nízký počet respondentů, kteří piktogramy používají. Ani mezi jednotlivými nemocnicemi z jedné země nebyly velké rozdíly, kromě německé nemocnice v Dortmundu a Cottbusu, kde v Dortmundu uvedlo využívání piktogramů 27 (45 %) respondentů a v Cottbusu pouhý 1 (1,7 %) respondent. To nás přivedlo na myšlenku, zdali mají německy mluvící oblasti karty s piktogramy vůbec k dispozici. Přímým dotazem do zahraničí jsme zjistili, že ano. Také se nám dostalo informace, že je moc rádi nepoužívají, neboť si nikdy nemohou být 100% jistí, že pacient na obrázku opravdu vidí a chápe to, co oni. Dalo by se předpokládat, že to právě má být přednost karty s piktogramem, aby byla srozumitelná beze slov, pacientům všech jazyků, dětem nebo negramotným. Obrázek jídla bude vždy jídlem, červený kříž první pomoci, kufr zavazadlem... Nastudovali jsme si tedy knihu *Ikony, symboly a piktogramy: vizuální komunikace ve všech jazycích*, kde je přes 300 stran plných ikon, symbolů a piktogramů. A musíme říct, že jsme jich mnoho nebyli schopni rozluštit, i když

se někdy dala v titulku vyčíst alespoň oblast, ze které by se měly nacházet, např. sportovní klub, nemocnice nebo restaurace. S tvrzením autorky Špirudové (2006), která uvádí, že pokud máme možnost tlumočnicka, měli bychom tlumočení dát vždy přednost před alternativní komunikací, se zcela neztotožňujeme, ale uznáváme, že pouze pomocí piktogramů bychom asi komunikovat nechtěli.

K ucelenému sběru dat patří standardní ošetřovatelská anamnéza, která je zpravidla vyplněna s každým pacientem/klientem v iniciální fázi ošetřovatelského procesu. Její vzhled a obsáhlost není striktně daná a může se lišit oddělení od oddělení. Dovedeme si představit, že pro příjem pacienta/klienta cizince by byla vhodná specifická anamnéza vytvořená podle jednoho z modelů pro získávání kulturních dat s podrobnějším dotazováním na kulturní odlišnosti. Přítomnost takovéto anamnézy uvedlo stejné procento respondentů z obou vzorků, a to 3 %, což je procento malé, naznačující, že k dispozici není nikde. Takováto anamnéza by jistě byla dobrým vodítkem ošetřovatelskému personálu k získání komplexních informací, ušetřila by čas dodatečným dotazováním a předešla případným nedorozuměním a pomohla by mu naplňovat fázi kulturních vědomostí dle modelu Bacotové. Méně než třetina respondentů z České republiky a necelá polovina respondentů z německy mluvících oblastí by specifickou anamnézu uvítala, můžeme tedy podle modelu rozvíjení kulturní kompetence zhodnotit, že nadpoloviční většina respondentů se nedosáhla fáze vědomé kompetentnosti a nachází se v jedné ze dvou předchozích fází, nevědomé nekompetentnosti, pokud si neuvědomují kulturní rozdíly a potřebu o jejich informovanosti, nebo vědomé kompetentnosti, pokud jsou si vědomi potřeby specifických informací, ale specifickou anamnézu nevyžadují.

Tomuto zjištění odpovídá i to, že se na náboženskou příslušnost dotazuje pacienta pouze pětina respondentů z České republiky a 60 % z německy mluvících oblastí. Tedy 80 % respondentů z České republiky a 40 % respondentů z německy mluvících oblastí nedosahuje fáze vědomé kompetentnosti a opět je v jedné ze dvou předchozích fází.

Pětina respondentů z německy mluvících oblastí není ani ochotna akceptovat nestandardní náboženské požadavky pacientů, u respondentů z české republiky je to dokonce téměř třetina.

Po přijetí pacienta/klienta cizince si zjišťuje informace o jeho národnosti, náboženství, kultuře, zvycích aj. čtvrtina respondentů z České republiky a téměř polovina respondentů z německy mluvících oblastí. Opět respondenti nedosahují fáze vědomé kompetentnosti k nabytí kulturní vědomosti a je patrné, že náš personál je na tom dvakrát hůře. Nejčastěji byl uváděn jako zdroj informací internet. Dále příbuzní/doprovod pacienta, sám pacient, kolegové a vzdělávání (knihy, skripta, školní poznámky). Je překvapivé, že pacient jako zdroj informací o sobě byl v mnohých případech až za příbuznými/doprovodem, někdy i pracovními kolegy. Dalo by se to považovat za určitý projev neúcty či neetické komunikace. V desaterech správné etické komunikace, která uvádí například Ptáček (2011) se uvádí, že komunikace by měla probíhat přímo s pacientem, ať už s jakýmkoli postižením, nikoliv přes jeho doprovod. Informace si nedohledává 75 % respondentů z České republiky a 54 % respondentů z německy mluvících oblastí. Nejčastěji zmiňovanými důvody byl nedostatek času. Tuto překážku by snadno mohla odstranit předpřipravená specifická anamnéza. Téměř trojnásobek respondentů z České republiky oproti německy mluvícím oblastem podrobnější informace o pacientovi cizinci nezajímají, avšak minimálně odpovídali, že tyto informace nejsou důležité, což protistrana zmiňovala 6krát více. Z německých nemocnic si zase ani jeden respondent nemyslí, že by si nemusel informace vyhledávat, protože už většinu specifík zná. Mezi *jiné* byly zařazeny další důvody, jejichž znění bylo v mnoha případech nemile překvapivé. Některé odpovědi byly přeloženy z němčiny. „Chovám se podle vlastní kultury a vlastního přesvědčení, že jsou jiní, je jejich věc“, „co je mi do cizí kultury“, „nejdůležitější je známo, na to ostatní se musí přizpůsobit pacient, ne poskytovaná péče“, „lidé by se měli přizpůsobit našim postupům“, „kultura ve Švýcarsku by také měla být v podstatě zachována“. Zhodnotíme-li tyto důvody podle modelu Bacotové, zjistíme, že velmi malé procento respondentů má potenciál k získání kulturní kompetence. Buď jim chybí již základní předpoklad, a to kulturní přání a touha zjišťovat odlišnosti nebo nejsou kulturně uvědomělí a preferují vlastní kulturní hodnoty či dosahují fáze vědomé nekompetentnosti, kdy si sice jsou vědomi nedostatků, ale nemají touhu, potřebu s tím něco dělat.

Stoupající trend zjišťují i další poznatky výzkumu. Polovina respondentů sice neměla možnost zúčastnit se kurzu, přednášky či semináře s multikulturní problematikou, ale téměř ¾ respondentů by tuto možnost uvítali. Splňují tedy vědomě kompetentní fázi získávání kulturních vědomostí. Respondenti specifikovali metody, jimiž by další vzdělávání mohlo probíhat. Většina by dala přednost jednodenní přednášce před e-learningem a vícedenním seminářem.

Šestnácti procentům respondentů obou vzorků se během ošetrovatelské praxe stalo nějaké faux pas. Někteří i doplnili, co se jim přihodilo. Kromě mnoha případů, kdy nebylo bráno v potaz odmítání vepřového masa nebo bylo prováděno ošetřování personálem nepreferovaného pohlaví, uvádíme z dotazníků např. „podávání nemocničního čaje v plastovém hrnku pacientovi Japoncovi“, „odmítnutí jídla od "arabského" pacienta – pro ně projevení neúcty“, „Pacientka se mě zeptala, kde je východ. Začala jsem jí popisovat, kudy se dostane ven z nemocnice, ale ona chtěla východ jako světovou stranu, aby se mohla pomodlit“, „nepřekřížení nohou při úmrtí Muslima“, „dotaz na hluchoněmého a slepého pacienta, jestli mu mám zhasnout světlo“. Mohou to být pouze omyly či nešťastné náhody, anebo též setrvání ve fázích vědomé či nevědomé nekompetentnosti.

Během ošetrovatelské péče poskytované pacientovi cizinci se ošetrovatelský personál musí vypořádat s nejrůznějšími překážkami. Závisí na míře dosažení kulturní kompetentnosti zdravotníka, se kterými oblastmi péče a jak často se bude muset vypořádávat.

Bylo nutné upravit četnost problému s ohledem na četnost setkávání se s pacientem cizincem, jelikož nemocnice, které se setkávají s pacientem cizincem denně, logicky vyplňovaly vyšší výskyt problémů než nemocnice, které udávaly četnost pacienta cizince několikrát za rok. Respondenti z České republiky udávali vyšší výskyt u všech problémů oproti respondentům z německy mluvících oblastí, tudíž je můžeme hodnotit za méně kulturně kompetentní. Nejvyšší rozdíl byl u problémů s komunikací, který nejpravděpodobněji souvisí s nižším procentem respondentů, kteří hovoří cizími jazyky, a problémů se stravovacími návyky, což může způsobovat naše strava, která je pro cizince neznámá. Rozdíly mezi ostatními problémy nebyly vysoké.

Při hodnocení problémů při poskytování ošetrovatelské péče pacientovi cizinci uvedlo 26 % respondentů z České republiky a 16 % respondentů z německy mluvících oblastí setkání se s náboženským konfliktem. Ve vědomostních otázkách týkajících se náboženských posmrtných rituálů, odpovídali respondenti z německy mluvících oblastí vždy o 4 % – 10 % lépe.

Náboženské odlišnosti v oblasti očkování a interrupce zná přibližně polovina respondentů obou souborů, kolem 60 % respondentů zná odlišnosti v užívání analgetik a možnostech transplantace. Rozdíly se týkaly transfuze a přítomnosti rodiny při nemoci, kdy respondenti z České republiky odpovídali správně v přibližně 60 % a respondenti z německy mluvících oblastí pouze ve 30 procentech.

**Hypotéza 1 :** Úroveň cizojazyčných komunikačních dovedností ošetrovatelského personálu v ČR se liší od úrovně personálu v německy mluvících oblastech.

Statistické testování potvrdilo platnost H1. Statistickým testováním bylo potvrzeno, že se úroveň cizojazyčných komunikačních dovedností ošetrovatelského personálu v ČR liší od úrovně personálu v německy mluvících oblastech. Respondenti ČR mluví celkově menším počtem cizích jazyků, také jejich úroveň znalosti jednotlivých jazyků je nižší. Důvodem může být systém výuky cizího jazyka na naší zdravotnické vysoké škole.

**Hypotéza 2:** Úroveň interkulturních kompetencí ošetrovatelského personálu v ČR se liší od úrovně personálu v německy mluvících oblastech.

Statistické testování potvrdilo platnost H2. K hypotéze číslo 2 se vztahovaly otázky 13, 19, 22 a 24–28. Jednotlivé odpovědi na otázky byly ohodnoceny kladnými a zápornými body. Čím více bodů respondent získal, tím byla úroveň jeho interkulturních kompetencí vyšší. Mediánovým testem bylo prokázáno, že rozdíl úrovní interkulturních kompetencí obou vzorků je statisticky významný. Přestože bodový zisk u některých otázek byl pro oba vzorky téměř shodný, respondenti ČR neprokázali

tak vysokou úroveň interkulturních kompetencí jako respondenti německy mluvících oblastí.

**Hypotéza 3:** Ošetřovatelský personál v ČR a německy mluvících oblastech má rozdílné podmínky pro poskytování kulturně kompetentní ošetřovatelské péče.

Statistické testování potvrdilo platnost H3. K hypotéze číslo 3 se vztahovaly otázky 9, 11, 12, 17 a 21. Jednotlivé odpovědi na otázky byly ohodnoceny kladnými a zápornými body. Čím více bodů respondent získal, tím byla úroveň poskytnutých podmínek pro ošetřovatelskou péči vyšší. Mediánovým testem bylo prokázáno, že rozdíl v úrovni podmínek pro poskytování kulturně kompetentní ošetřovatelské péče poskytovaných vybranými zdravotnickými zařízeními v ČR a německy mluvících oblastech je statisticky významný. Zdravotnická zařízení v německy mluvících oblastech poskytují lepší zázemí svému ošetřovatelskému personálu.

## 6 ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývala multikulturálním ošetrovatelstvím, interkulturními kompetencemi ošetrovatelského personálu a problematikou poskytování kulturně diverzifikované ošetrovatelské péče pacientům/klientům cizincům.

Teoretická část se věnovala charakteristice multikulturálního/transkulturního ošetrovatelství, kulturně kompetentní péče a multikulturální výchovy. Byly definovány základní pojmy, popsány nejběžnější oblasti specifických potřeb pacienta/klienta cizince. Část byla věnována charakteristice modelů pro rozvíjení kulturní kompetence a modelů pro získávání kulturních dat.

Cílem diplomové práce bylo zjistit úroveň multikulturálních kompetencí a jazykových schopností ošetrovatelského personálu v České republice a německy mluvících oblastech a zhodnotit, zda tomuto personálu poskytují nemocnice dostatečné zázemí k poskytování kulturně vhodné diverzifikované ošetrovatelské péče. V souvislosti s cíli práce byly stanoveny tři hypotézy. H1: Úroveň cizojazyčných komunikačních dovedností ošetrovatelského personálu v ČR se liší od úrovně personálu v německy mluvících oblastech, H2: Úroveň interkulturních kompetencí ošetrovatelského personálu v ČR se liší od úrovně personálu v německy mluvících oblastech, H3: Ošetrovatelský personál v ČR a německy mluvících oblastech má rozdílné podmínky pro poskytování kulturně kompetentní ošetrovatelské péče.

Empirická část práce se věnovala výzkumnému šetření, na jehož podkladě byly porovnány interkulturní kompetence, jazyková vybavenost a podmínky mezi respondenty z České republiky a německy mluvících oblastí. Bylo provedeno anonymní dotazníkové šetření mezi ošetrovatelským personálem českých nemocnic v Praze a Táboře, rakouských nemocnic ve Weizu a Salzburgu, německých nemocnic v Cottbusu a Dortmundu a švýcarských nemocnic v St. Gallen a Aarau. Sběr dat, jemuž předcházelo získání souhlasů managementu nemocnic, probíhal od listopadu 2015 do května 2016, výzkumné soubory čítaly 120 respondentů z České republiky a 360 respondentů z německy mluvících oblastí. Získaná data byla zpracována do grafů a tabulek a použita ke statistickému testování hypotéz. Porovnány byly vzájemně

všechny nemocnice a následně společně obě nemocnice z České republiky versus všech šest nemocnic německy mluvících oblastí.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že jazyková vybavenost ošetrovatelského personálu dotazovaných nemocnic v České republice je nižší než u ošetrovatelského personálu v německy mluvících oblastech. Náš ošetrovatelský personál se domluví nejčastěji anglicky a německy. V porovnání pouze s Německem nebo Rakouskem nejsou rozdíly v jazykové úrovni velké, ovšem Švýcarsko se svými čtyřmi úředními jazyky zvyšuje německy mluvícím oblastem průměr. K této oblasti se vztahovala H1, která byla statistickým testováním potvrzena. Hodnocení interkulturních kompetencí ošetrovatelského personálu, k němuž se vztahovala H2, dopadlo obdobně. Mediánový test potvrdil H2 a prokázal, že ošetrovatelský personál vybraných nemocnic v České republice nedosahuje úrovní interkulturních kompetencí ošetrovatelského personálu v německy mluvících oblastech. Jedním z důvodů, jak výzkum ukázal, může být, že nemocnice nezajišťují ošetrovatelskému personálu stejné podmínky pro poskytování ošetrovatelské péče na stejné úrovni. Zázemí českého personálu nedosahuje úrovně německy mluvících oblastí. Tímto se potvrdila i naše třetí hypotéza.

Stěžejním bodem poskytnutí kulturně kompetentní ošetrovatelské péče pacientovi, který nehovoří jazykem dané země, ve které je ošetrován, je najít společnou řeč. Ať je to buď společný jazyk, nebo alternativní způsob komunikace přijatelný pro obě strany. Jazyková vybavenost ošetrovatelského personálu je v tomto směru velmi důležitá a školství by mělo při vzdělávání zdravotnických pracovníků dbát na to, aby ji neustále zvyšovalo. Další oblastí nabízející se pro zlepšení je povědomí o alternativních způsobech komunikace. V mnoha případech poskytují zdravotnická zařízení různé možnosti k nahrazení jazykových nedostatků, ale ošetrovatelský personál je často nevyužívá a mnohdy o nich ani neví. Naše nemocnice by se mohly inspirovat těmi zahraničními a podle jejich vzoru vytvořit seznam zaměstnanců, kteří hovoří cizími jazyky, a jsou tak schopni zprostředkovat komunikaci s pacientem cizincem.

Výsledky výzkumu konaného pro diplomovou práci budou odeslány managementu dotazovaných nemocnic a věřím, že jim mohou být nápomocny při snaze zlepšit úroveň



poskytování kulturně diverzifikované ošetrovatelské péče pacientům/klientům cizincům.

Během výzkumu byl udržován kontakt s managementem nemocnic, probíhalo jeho průběžné informování o vývoji práce a byly od něj získávány zajímavé informace a jeho vlastní zkušenosti. Zájem managementu nemocnic o výsledky byl velmi motivující a potěšující. Stejně tak i zájem některých respondentů, kteří do poznámky dotazníku uvedli, že by si rádi přečetli výsledky výzkumu. Konkrétně management nemocnice v Aarau požádal o výsledky výzkumu jako podklady pro své připravované zasedání, na kterém se hodlají zabývat např. úrovní znalostí cizích jazyků u svého personálu nebo problematice náboženských znalostí ve vztahu s četností kontaktu s pacienty cizinci. Taktéž s nimi spolupracujeme na zprávě pro švýcarský státní zdravotnický úřad.

## 7 SEZNAM POUŽITÝCH DROJŮ

ABRAM, U. 2007. Péče v multikulturní společnosti: interkulturní kompetence a kulturně citlivá péče v SRN. *Florence*. 3(9). ISSN 1801–464X. Dostupné z: <http://www.medvik.cz/bmc/link.do?id=bmc08000550>.

ANGST, D. 2012. Definition «nationale Minderheit». *Informationsplattform humanrights.ch: das umfassende Schweizer Menschenrechtsportal* [online]. Humanrights.ch / MERS, 28.3.2012 [cit. 2016–02–10]. Dostupné z: <http://www.humanrights.ch/de/menschenrechte-themen/minderheitenrechte/konzeptuelles/definitionen/definition-nationale-minderheit>

ARCHALOUSOVÁ, A. a J. KUTNOHORSKÁ. 2006. Multikulturní ošetrovatelská péče. In: Od Florence Nightingalové k současnosti aneb ošetrovatelství s novou tváří: *sborník přednášek z konference I. Mostecké dny sester*. Most: Tiskárna K&B, ISBN 80–239–6603–0.

BACOTE, J. C. 2002. The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care. *Journal of Transcultural Nursing*. 13(181). [online]. [cit. 2016-03-02]. DOI: 10.1177/10459602013003003. Dostupné z: <http://coe.stanford.edu/courses/ethmedreadings10/Process%20of%20Cultural%20Competence.pdf>

BÁRTLOVÁ, S, SADÍLEK, P. a V. TÓTHOVÁ. 2008. *Výzkum a ošetrovatelství*. Vydání druhé, přepracované a doplněné. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978–80–7013–467–2.

Bildungssystematik. 2016. *OdASanté* [online]. Bern, [cit. 2016–07–15]. Dostupné z: <https://www.odasante.ch/bildungssystematik/>

BUBÍK, T. a M. FÁREK. 2005. *Náboženství a jídlo*. Pardubice: Univerzita Pardubice. ISBN 80–7194–800–4.

BUNDESAMT FÜR STATISTIK. 2012. Bevölkerungsentwicklung in der Schweiz 2011. *Statistik Schweiz*. [online] [cit. 2015–12–7]. Dostupné z: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/medienmitteilungen.html?pressID=8239>

CAKIRPALOGLU, P. 2012. *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada, ISBN 978–80–247–4033–1.

CICHÁ, M. a I. NOVÁKOVÁ. 2007. Spirituální potřeby nemocných muslimského vyznání. *Sestra – Odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. Praha: Mladá Fronta. 2007–09–03, **17**(3), 22–23. ISSN 1210–0404. Dostupné také z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/spiritualni-potreby-nemocnych-muslimskeho-vyznani-295932>

CSISKO, M. 2012. Poddisciplinární paradigma ošetrovatelství. *Sestra – Odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. Praha: Mladá Fronta, 2012–03–14, **22**(3), s. 28–29. ISSN 1210–0404. Dostupné také z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/poddisciplinari-paradigma-osetrovatelstvi-463861>

ČENĚK, J., J. SMOLÍK a Z. VYKOUKALOVÁ. 2016. *Interkulturní psychologie: vybrané kapitoly: základní pojmy interkulturní psychologie, kolektivní identita, předsudky a stereotypy, etnicita a etnické konflikty*. Praha: Grada. ISBN 978–80–247–5414–7.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. 2014. *Analýza–Národnostní struktura obyvatel*. [online]. 2014–06–30 [cit. 2016–02–13]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20551765/170223-14.pdf/d0d27736-ef15-4f4f-bf26-e7cb3770e187?version=1.0>

*Das österreichische Bildungssystem*. 2014. [online]. Österreich: Euroguidance Österreich, [cit. 2016–05–31]. Dostupné z: <http://www.bildungssystem.at/>

DOMENIG, D. 2007. *Transkulturelle Kompetenz: Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe*. 2., vollst. überarb. und erw. Aufl. Bern: Huber, ISBN 9783456842561.

DOODY, O. 2012. Intellectual disability nursing and transcultural care. *British Journal of Nursing*. [online]. 21(3) [cit. 2016-01-02]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22584659>

DRBOHLAV, D. 2010. *Migrace a (i)migranti v Česku: kdo jsme, odkud přicházíme, kam jdeme?*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). ISBN 978-80-7419-039-1.

ERFURTH, B. 2013. Interaktive Grafik: Das deutsche Bildungssystem. In: EDELSTEIN, B. *Das Bildungssystem in Deutschland: Bildungseinrichtungen, Übergänge und Abschlüsse* [online]. [cit. 2016-07-15]. Dostupné z: <http://www.bpb.de/fsd/bildungsgrafik2/?1>

ERIKSEN, T. H. 2008. *Sociální a kulturní antropologie: příbuzenství, národnostní příslušnost, rituál*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-465-6.

FARKAŠOVÁ, D. et al. 2006. *Ošetrovatelství – teorie*. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-227-8.

GAVORA, P. 2010. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2., rozš. české vyd. Přeložil Vladimír JŮVA, přeložil Vendula HLAVATÁ. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-185-0.

GIGER, J. N. a R. E. DAVIDHIZAR. 2007. *Transcultural nursing: Assessment and Intervention*. 5th ed. St. Louis, Missouri: Mosby. ISBN 978-0-323-04811-8.

HEJNA, D. 2010. *Náboženství a společnost*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2427-0.

HITZEMANN, A. 2011. *Pflege und Migration in Europa: Transnationale Perspektiven aus der Praxis*. Freiburg im Breisgau: Lambertus. ISBN 9783784120676.

HORŇÁKOVÁ, A. 2008. Multikulturní komunikace při ošetřování klienta jiné kultury. *Sestra – Odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. Praha: Mladá Fronta, 2008–09–10, **18**(9), s. 23. ISSN 1210–0404. Dostupné také z: [multikulturni-komunikace-pri-oseetrovani-klienta-jine-kultury-383353](http://multikulturni-komunikace-pri-oseetrovani-klienta-jine-kultury-383353)

HRABÁKOVÁ, L. 2007. Kulturní relativismus a pluralita kultur jako princip multikulturní výchovy. *Paideia: Philosophical E-Journal of Charles University* [online]. Praha: Katedra občanské výchovy a filosofie Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy, **IV**(3–4) [cit. 2016–05–10]. ISSN 1214–8725. Dostupné z: <http://paideia.pedf.cuni.cz/?sid=3&lng=cs&lsn=1&jiid=13&jcid=107>

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

JANDOUREK, J. 2012. *Slovník sociologických pojmů: 610 hesel*. Praha: Grada. ISBN 978–80–247–3679–2.

KALVÍNSKÁ, E. 2008. Poskytování spirituální péče v českých nemocnicích. Praktický lékař. *Česká lékařská společnost J. Ev. Purkyně*, **88**(12), 722–724. ISSN 0032–6739.

KOBER, L. 2008. Specifika ošetřovatelské péče o cizince. *Sestra – Odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. Praha: Mladá Fronta, 2008–10–10, **18**(10), s. 24. ISSN 1210–0404. Dostupné také z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/specifika-oseetrovatelske-pece-o-cizince-397827>

KOLMAN, L. 2005. *Komunikace mezi kulturami: psychologie interkulturních rozdílů*. Praha: ČZU PEF, vydavatelství Credit,. ISBN 978–80–213–0735–3.

KOPECKÁ, I. 2015. *Psychologie 3. díl: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. ISBN 978–80–247–3877–2.

KUTNOHORSKÁ, J. 2006. Multikulturní/transkulturní komunikace. *Interní medicína pro praxi*, **8**(2), 96–98. ISSN 1212–7299.

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

LEININGER, M. 2007. Theoretical questions and concerns: response from the Theory of Culture Care Diversity and Universality perspective. *Nursing science quarterly*. [online]. **20**(1) [cit. 2016-03-02]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17354347>

MAHDALOVÁ, K. 2015. Kdo je v České republice doma? *Datová a kontextová žurnalistika* [online]. [cit. 2016-01-10]. Dostupné z: <http://www.datovazurnalistika.cz/kdo-je-v-ceske-republice-doma/>

MIKULÁŠTÍK, Milan. 2010. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2339-6.

NOVÁKOVÁ, G. 2012. Národnostní menšiny v ČR a v okolních evropských státech. In: LANGHAMROVÁ, J. *Relik 2012: Reprodukce lidského kapitálu – vzájemné vazby a souvislosti* [online]. Slaný: Melandrium, s. 11 [cit. 2015-12-10]. ISBN 978-80-86175-82-9. Dostupné z: <http://kdem.vse.cz/resources/relik12/sbornik/download/pdf/40-Novakova-Gabriela-paper.pdf>

NOVÁKOVÁ, I. 2008. *Kapitoly z multikulturního ošetrovatelství*. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 978-80-7372-404-7.

NOVÝ, I. a S. SCHROLL-MACHL. 2015. *Interkulturní komunikace: Češi a Němci*. 2. vyd. Praha: Management Press. ISBN 978-80-7261-298-7.

PAPADOPUOLOS, I. 2012. Transcultural nursing. *British Journal of Nursing*. [online]. **21**(14) [cit. 2016-01-02]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23252164>

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

PLEVOVÁ, I. a kol. 2011. *Ošetřovatelství II*. Praha: Grada, ISBN 978–80–247–3558–0.

PRŮCHA, J. 2006. *Multikulturní výchova: příručka (nejen) pro učitele*. Praha: Triton. První pomoc pro pedagogy, 4. ISBN 80–7254–866–2.

PRŮCHA, J. 2010. *Interkulturní psychologie: sociopsychologické zkoumání kultur, etnik, ras a národů*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 978–80–7367–709–1.

PRŮCHA, J. 2014. *Andragogický výzkum*. Praha: Grada. ISBN 978–80–247–5232–7.

PRŮCHA, J. a J. VETEŠKA. 2014. *Andragogický slovník*. 2., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Grada. ISBN 978–80–247–4748–4.

PTÁČEK, R. a P. BARTŮŇEK. 2014. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada, Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978–80–247–5471–0.

PTÁČEK, R., BARTŮŇEK, P. a kol. 2011. *Etika a komunikace v medicíně*, Praha: Grada. ISBN 978–80–247–3976–2.

PURNELL, L. D. 2002. The Purnell Model for Cultural Competence. *Journal of transcultural nursing: official journal of the Transcultural Nursing Society*. [online]. **13**(3) [cit. 2016–03–02]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12113149>

PURNELL, L.D. 2013. *Transcultural health care: a culturally competent approach*. 4th ed. Philadelphia: F.A. Davis. ISBN 978-0-8036-3705-4

RALBOVSKÁ, R.. 2010. *Multikulturní přístup pro pomáhající profese*. Vyd. 2., dopl. Praha: Evropské vzdělávací centrum Praha. ISBN 978–80–87386–09–5.

REPO, H. 2016. The Cultural Competence of Graduating Nursing Students. *Journal of transcultural nursing: official journal of the Transcultural Nursing Society*. [online]. 2016–02–12 [cit. 2016–03–02]. Dostupné z: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Repo%20H%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor\\_uid=26873438](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Repo%20H%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=26873438)

SALK. 2016. *Integrtation und Transkulturalität: Auf dem Weg zum kultursensiblen Krankenhaus*. Salzburg: Gemeinnützige Salzburger Landeskliniken Betriebsges.

SEDLÁKOVÁ, G. AJ. SOUKUPOVÁ. 2007. Transkulturní ošetrovatelské hodnocení podle modelu Gigerové a Davidhizarové. *Kontakt*, 9(2) s. 230–239. ISSN 1212–4117.

SCHUBERT, K. a KLEIN, M. 2016. *Das Politiklexikon: Begriffe. Fakten. Zusammenhänge*. 6., aktual. u. erw. Aufl. Bonn: Dietz. ISBN 978–3–80–1204–754

SOKOL, J. 2010. *Malá filosofie člověka a Slovník filosofických pojmů*. 6. rozš. vyd., Praha: Vyšehrad. ISBN 978–80–7429–056–5.

STANĚK, A. 2011. Doporučené očekávané výstupy: Metodická podpora pro výuku průřezových témat v gymnáziích. In: *Národní ústav pro vzdělávání* [online]. Praha: NÚV, [cit. 2016–07–31]. Dostupné z: [http://www.nuv.cz/uploads/Publikace/vup/Doporucene\\_ocekavane\\_vystupy\\_gymnazia.pdf](http://www.nuv.cz/uploads/Publikace/vup/Doporucene_ocekavane_vystupy_gymnazia.pdf)

STATISTIK AUSTRIA. 2011. Ausländische Bevölkerungsstruktur in Österreich. *Medien.Servicestelle*. [online]. [cit. 2015–12–7]. Dostupné z: [http://medienservicestelle.at/migration\\_bewegt/2011/10/14/auslandische-bevolkerungsstruktur-in-den-bundeslandern/](http://medienservicestelle.at/migration_bewegt/2011/10/14/auslandische-bevolkerungsstruktur-in-den-bundeslandern/)

STATISTISCHES BUNDESAMT. 2011. Bevölkerung und Haushalte Bundesrepublik Deutschland. *Zensus 2011*. [online] [cit. 2015–12–7]. Dostupné z: <https://ergebnisse.zensus2011.de/#StaticContent:00>

SVĚTOVÁ NÁBOŽENSTVÍ: Informační web o náboženství ve světě [online]. [cit. 2016–02–7]. Dostupné z: <http://www.svetova-nabozenstvi.cz/>

ŠPATENKOVÁ, N. a J. KRÁLOVÁ. 2009. *Základní otázky komunikace, Komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén. ISBN 978–80–7262–599–4.

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



ŠUPÍNOVÁ, M. a Z. NOSÁLOVÁ. 2014. Náboženství vs. otázky transplantací a dárcovství. *Sestra. Odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. Praha: Mladá Fronta, 2014–01–14, **24**(1). ISSN 1210–0404. Dostupné také z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/nabozenstvi-vs-otazky-transplantaci-a-darcovstvi-473716>.

TÓTHOVÁ, V. a kol. 2009. K problematice zajištění kulturně diferencované ošetrovatelské péče ve vybraných minoritách v České republice. *Kontakt*. 2009. **6**(2), 282–291. ISSN 1212–4117.

TÓTHOVÁ, V. a kol. 2012. *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin*. Praha: Trion. ISBN 978–80–7387–645–6.

URÍČKOVÁ, A. 2010. Josepha Campinha–Bacote: model rozvoje kulturní způsobilosti. *Sestra. Odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. Praha: Mladá Fronta. 2010–04–09, **20**(4), 18–19. ISSN 1210–0404. Dostupné také z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/josepha-campinha-bacote-model-rozvoje-kulturni-zpusobilosti-450935>

VENGLÁŘOVÁ, M. a G. MAHROVÁ. 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. ISBN 9788024712628.

VLÁDA ČESKÉ REPUBLIKY. 2012. *Zpráva o situaci národnostních menšin v České republice za rok 2011*. [online]. 2012–08–07 [cit. 2015–12–07]. Dostupné z: <http://www.vlada.cz/cz/ppov/rnm/aktuality/zprava-o-situaci-narodnostnich-mensin-v-ceske-republice-za-rok-2011-98079/>

ŽIAKOVÁ, K. a kol. 2007. *Ošetrovatel'ské konceptuálne modely*. Martin: Osveta. ISBN 978–80–8063–247–2.

## 8 SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

- Tabulka 1: návratnost a chybovost dotazníků v závislosti na nemocnici
- Tabulka 2: četnosti národností pacientů cizinců
- Tabulka 3: správně přiřazená náboženství daným tvrzením
- Tabulka 4: kontingenční tabulka H1
- Tabulka 5: kontingenční tabulka H2
- Tabulka 6: kontingenční tabulka H3
- 
- Graf 1 - Zastoupení žen a mužů
- Graf 2 - Věkové zastoupení ošetrovatelského personálu
- Graf 3 - Dosažené vzdělání ošetrovatelského personálu
- Graf 4 - Délka praxe ošetrovatelského personálu v rocích
- Graf 5 - Jazyky, jimiž se ošetrovatelský personál domluví s pacientem cizincem
- Graf 6a - Přítomnost tlumočnicka v nemocnici
- Graf 6b - Přítomnost tlumočnicka v nemocnici
- Graf 7 - Řešení cizojazyčných situací bez tlumočnicka
- Graf 8 - Dispozice cizojazyčných dokumentů
- Graf 9 - Výskyt cizojazyčných dokumentů na oddělení
- Graf 10 - Použití piktogramů v praxi
- Graf 11 - Četnost setkávání se s pacientem cizincem
- Graf 12a - Četnost národností pacientů cizinců nad 20 %
- Graf 12b - Četnost národností pacientů cizinců nad 20 %
- Graf 13 - Dotazování se na náboženskou příslušnost pacienta
- Graf 14 - Dispozice specifické anamnézy pro pacienty cizince
- Graf 15 - Potřeba specifické anamnézy
- Graf 16 - Vyhledávání informací o pacientovi cizinci
- Graf 17 - Uváděné důvody nevyhledávání informací
- Graf 18 - Uváděné způsoby vyhledávání informací
- Graf 19 - Absolvování předmětu multikulturní ošetrovatelství

- Graf 20 - Možnost absolvování kurzu/přednášky/semináře s tematikou multikulturního ošetřovatelství
- Graf 21- Uvítání možnosti dalšího vzdělávání
- Graf 22 - Možné způsoby dalšího vzdělávání
- Graf 23 - Faux pas
- Graf 24a - Problémy při ošetřování pacientů cizinců vzhledem k četnosti pacientů cizinců na oddělení
- Graf 24b - Problémy při ošetřování pacientů cizinců vzhledem k četnosti pacientů cizinců na oddělení
- Graf 25 - Ochota akceptovat náb. požadavky pacientů
- Graf 26 - Posmrtné rituály správně přiřazené náboženstvím
- Graf 27 - Počet respondentů, kteří bezchybně přiřadili tvrzení vybraným náboženstvím
- 
- Graf 28 - Zastoupení žen a mužů, ČR vs. „NJ“
- Graf 29 - Věkové kategorie ČR vs. "NJ"
- Graf 30 - Nejvyšší dosažené vzdělání, ČR vs. „NJ“
- Graf 31 - Délka praxe, ČR vs. „NJ“
- Graf 32 - Cizí jazyky ČR vs. „NJ“
- Graf 33 - Přítomnost tlumičnicka ČR vs. „NJ“
- Graf 34 - Řešení situací bez tlumočnicka, ČR vs. „NJ“
- Graf 35 - Přítomnost cizojazyčných dokumentů, ČR vs. „NJ“
- Graf 36 - Konkrétní cizojazyčné dokumenty, ČR vs. „NJ“
- Graf 37 - Používání piktogramů, ČR vs. „NJ“
- Graf 38 - Četnost pacientů cizinců, ČR vs. „NJ“
- Graf 39 - Dotazování se na náboženskou příslušnost pacienta, ČR vs. „NJ“
- Graf 40 - Dispozice specifické anamnézy, ČR vs. „NJ“
- Graf 41 - Potřeba specifické anamnézy, ČR vs. „NJ“
- Graf 42 - Vyhledávání si informací o pacientovi cizinci, ČR vs. „NJ“

- Graf 43 - Absolvování předmětu s tematikou multikulturního ošetrovatelství, ČR vs. „NJ“
- Graf 44 - Možnost absolvování kurzu, ČR vs. „NJ“
- Graf 45 - Uvítání možnosti dalšího vzdělávání, ČR vs. „NJ“
- Graf 46 - Možná forma dalšího vzdělávání, ČR vs. „NJ“
- Graf 47 - Faux pas, ČR vs. „NJ“
- Graf 48 - Možné problémy při ošetrovatelské péči, ČR vs. „NJ“
- Graf 49 - Ochota akceptovat náboženské požadavky, ČR vs. „NJ“
- Graf 50 - Znalost posmrtných rituálů vzhledem k náboženství, ČR vs. „NJ“
- Graf 51 - Tvrzení dle náboženství, ČR vs. „NJ“
- Graf 52 - Domluvíte se cizím jazykem?
- Graf 53 - Úroveň interkulturních kompetencí
- Graf 54 – Podmínky pro poskytování ošetrovatelské péče

## **9 PŘÍLOHY**

- Příloha č. 1 Dotazník v ČJ
- Příloha č. 2 Dotazník v NJ
- Příloha č. 3 Souhlas s dotazníkovým šetřením – Tábor
- Příloha č. 4 Souhlas s dotazníkovým šetřením – Praha
- Příloha č. 5 Souhlas s dotazníkovým šetřením – St. Gallen
- Příloha č. 6 Souhlas s dotazníkovým šetřením – Aarau
- Příloha č. 7 Souhlas s dotazníkovým šetřením – Cottbus
- Příloha č. 8 Souhlas s dotazníkovým šetřením – Dortmund
- Příloha č. 9 Souhlas s dotazníkovým šetřením – Weiz
- Příloha č. 10 Souhlas s dotazníkovým šetřením – Salzburg

## Příloha číslo 1: Dotazník v ČJ

Vážené zdravotní sestry, vážení ošetřovatelé,  
na závěr svého magisterského studia na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích píše diplomovou práci na téma „Porovnání interkulturních kompetencí ošetřovatelského personálu v ČR a německy mluvících oblastech“. Mým cílem je porovnat znalosti o kulturních specifikách při poskytování zdravotní péče cizincům, jakožto i míru poskytování kulturně senzibilní péče, kterými disponuje zdravotnický personál v České republice a německy mluvících zemích. Ráda bych Vás požádala o vyplnění následujícího dotazníku, jehož výsledky použiji do praktické části své práce. Výsledky budou zpracovány zcela anonymně, v žádném případě nehrozí přiřazení odpovědí k Vaší osobě, a tak Vás prosím, vyplňujte dotazník poctivě a pravdivě.

Vaše odpovědi prosím zaškrťávejte do okýnek, případně vypisujte do naznačených polí. U označených otázek můžete zaškrtnout více odpovědí.

Děkuji Vám za čas věnovaný tomuto dotazníku a za jeho korektní vyplnění.

S pozdravem Bc. Tereza Týleová

### 1) Pohlaví:

- žena
- muž

### 2) Věk:

- do 20 let
- 21–25 let
- 26–30 let
- 31–35 let
- 36–40 let
- 41–45 let
- 46–50 let
- nad 50 let.

### 3) Nejvyšší dosažené vzdělání:

- středoškolské
- vyšší odborné
- bakalářské
- magisterské
- postgraduální.

4) V jaké nemocnici pracujete (země + město)? \_\_\_\_\_

5) Na kterém oddělení momentálně pracujete? \_\_\_\_\_

6) Vypište všechna oddělení, na kterých jste doposud pracoval/a:

\_\_\_\_\_

7) Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

Méně než 1 rok

11–20 let

1–2 roky

Více než 20 let

3–10 let

8) Jakými cizími jazyky a na jaké úrovni hovoříte? Můžete zaškrtnout více odpovědí.

	<u>Pokročilá úroveň</u> (Bez problémů se domluvíme o jakékoli problematice, vyjádřím vše, co potřebuji.)	<u>Středně pokročilá úroveň</u> (S obtížemi vyjádřím vše, co potřebuji.)	<u>Mírně pokročilá úroveň</u> (Rozumím, mám malou slovní zásobu, odpovídám v jednoduchých větách či jednoslovně.)	<u>Základní úroveň</u> (Částečně rozumím sdělovanému obsahu, neumím adekvátně odpovědět.)
Čeština	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Němčina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angličtina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Francouzština	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Španělština	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruština	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Italština	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jiný j.:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9) Máte v nemocnici k dispozici tlumočnicka? Jak Váš tlumočnick funguje? Můžete zaškrtnout více odpovědí.

	Je stále přítomen v nemocnici	Přijde na zavolání během několika hodin	Je schopen překládat po telefonu
Angličtina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Němčina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Francouzština	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Čeština	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Španělština	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Italština	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruština	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asijské j.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arabské j.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Africké j.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indické j.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slovanské j.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10) Jak řešíte situaci, kdy není tlumočnick k dispozici? Můžete zaškrtnout více odpovědí.

- Vlastními silami (internet, slovník, rukama, nohama...)
- Ve směně je vždy někdo, kdo mluví potřebným jazykem.
- Požádáme někoho z jiného oddělení, kdo nám pomůže překládat.
- Poprosíme pacienta, aby si sehnal vlastního tlumočnicka.

Můžete zaškrtnout více odpovědí.

11) Máte k dispozici tištěné dokumenty v cizím jazyce?

- Ano
- Ne



12) Pokud ano, o které dokumenty se jedná? Můžete zaškrtnout více odpovědí.

- Informovaný souhlas s operací
- Souhlas s hospitalizací
- Řád oddělení
- Jiný dokument: \_\_\_\_\_

13) Používáte v komunikaci s cizinci piktogramy?

- Ano
- Ne

14) Jak často se na Vašem oddělení setkáváte s pacientem/klientem cizincem?

Takového pacienta přijímáme přibližně:

- denně,
- jednou týdně,
- několikrát za měsíc,
- několikrát za půl roku,
- několikrát za rok,
- ještě jsem se s pacientem cizincem neseťkal/a.

15) S jakými národnostmi se setkáváte nejčastěji? Uveďte prosím tři.

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

16) Dotazujete se v anamnéze na náboženskou příslušnost?

- Ano
- Ne

17) Máte specifickou anamnézu pro cizince? Kupříkladu s podrobnějším dotazováním na kulturní odlišnosti?

- Ano
- Ne

18) Pokud ne, uvítali byste takovou anamnézu?

- Ano
- Ne

19) Vyhledáváte si poté, co přijmete pacienta cizince, informace o jeho národnosti, náboženství, kultuře, zvycích aj.?

Ano, kde: \_\_\_\_\_

Ne, proč ne: \_\_\_\_\_

20) Měl/a jste ve škole předmět věnující se multikulturnímu ošetřovatelství?

Ano

Ne

21) Měl/a jste možnost zúčastnit se kurzu/přednášky/semináře zaměřeného na poskytování kulturně kompetentní péče?

Ano

Ne

22) Uvítal/a byste možnost dalšího vzdělávání?

Ano

Ne, (proč): \_\_\_\_\_

23) Jakou formou by mohlo další vzdělávání probíhat? Můžete zaškrtnout více odpovědí.

E-learning

Vícedenní seminář

Jednodenní přednáška

24) Stalo se vám někdy při poskytování péče nějaké faux pas?

Ano, a to: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ne

25) Potýkáte se při ošetřování cizinců s následujícími problémy? Můžete zaškrtnout více odpovědí.

	Velmi často (téměř vždy)	Často	Občas (opakovaný problém, ale ne u každého pacienta)	Zřídka (už se to alespoň jednou stalo)	Nikdy
Problém s komunikací	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vztah žena – muž	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vyjadřování bolesti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Náboženské konflikty	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pojetí nemoci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pojetí umírání a smrti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stravovací návyky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jiné:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26) Jste ochoten/ochotna akceptovat nestandardní náboženské požadavky klientů, které komplikují Vaši práci?

Ano

Ne

27) Přiřaďte odpovědi

- \_\_\_ Tělo zemřelého se tradičně pohřbívá do 24 hodin od úmrtí.
- \_\_\_ Kremace je nepřípustná.
- \_\_\_ Těla zemřelého se před pohřbením nesmí nikdo tři dny dotknout.
- \_\_\_ Aby duch zemřelého neupadl v zapomnění, musí posmrtné rituály vykonávat syn.

A. Judaismus

B. Konfucianismus

C. Islám

D. Buddhismus

28) Zaškrtněte odpovědi. Můžete zaškrtnout více odpovědí.

	Judaismus	Buddhismus a hinduismus	Islám	Taoismus a konfucianismus
Více než 50 % lidí se nechá očkovat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interrupce je přípustná v prvních 120 dnech těhotenství	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V době nemoci je důležitá přítomnost rodiny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jsou přípustné všechny transplantace kromě srdce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je povoleno podání transfuze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Při bolesti je běžné užívání analgetik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Příloha číslo 2: Dotazník v NJ

Sehr geehrte Krankenschwester, sehr geehrter Krankenpfleger,  
sehr geehrte Pflegefachfrau, sehr geehrter Pflegefachmann,

ich heiße Tereza Týleová und komme aus der Tschechischen Republik. Für den Abschluss meines Masterstudiums im Fach Kinderkrankenpflege schreibe ich die Diplomarbeit zum Thema „Vergleich interkultureller Kompetenzen des Pflegepersonals in der Tschechischen Republik und in deutschsprachigen Gebieten“. Ich möchte Sie gerne bitten, den beiliegenden Fragebogen auszufüllen. Gesammelte Daten benutze ich im praktischen Teil meiner Diplomarbeit. Die Fragebögen werden anonym ausgewertet, auf keinen Fall werden die Antworten der konkreten Person zugeordnet. Ich möchte Sie deshalb sehr bitten, den Fragebogen ehrlich und wahrheitsgemäß auszufüllen. Ihre Antworten bitte ankreuzen oder evtl. ergänzen. Bei markierten Fragen kann man mehrere Möglichkeiten ankreuzen.

Vielen Dank für Ihre Zeit, die Sie der Ausfüllung des Fragebogens widmen.

Mit freundlichen Grüßen

Bc. Tereza Týleová

- 1) Ihr Geschlecht:  weiblich  männlich
- 2) Ihr Alter:  
 bis 20 Jahre  26–30 Jahre  36–40 Jahre  46–50 Jahre  
 21–25 Jahre  31–35 Jahre  41–45 Jahre  50 Jahre und mehr
- 3) Ihre höchste abgeschlossene Ausbildung:  
 Gesundheits-/ Krankenpflegeschule  
 Hochschulausbildung – Bachelorstudium  
 Hochschulausbildung – Masterstudium  
 Sonderausbildung, Spezialausbildung, bzw. Weiterbildung  
 Eine andere Ausbildung
- 4) In welchem Krankenhaus/Klinikum arbeiten Sie (Staat + Stadt) ? \_\_\_\_\_

5) In welcher Abteilung arbeiten Sie derzeit (Medizin oder Chirurgie)?\_-----

6) Führen Sie bitte alle Abteilungen an, in denen Sie gearbeitet haben:

-----

7) Wie lange arbeiten Sie schon im Gesundheitswesen?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Weniger als 1 Jahr | <input type="checkbox"/> 11–20 Jahre       |
| <input type="checkbox"/> 1–2 Jahre          | <input type="checkbox"/> 20 Jahre und mehr |
| <input type="checkbox"/> 3–10 Jahre         |  |

8) Welche Fremdsprachen und auf welchem Niveau sprechen Sie? Es ist möglich, mehrere Antworten anzukreuzen.

	<u>Fortgeschrittenes Niveau</u> (Ich kann ohne Probleme über jedes Thema kommunizieren, kann alles äußern, was ich brauche)	<u>Erweiterte Grund–kenntnisse</u> (Ich äußere mit Schwierigkeiten alles, was ich brauche)	<u>Fortgeschrittenes Anfängerniveau</u> (Ich verstehe, habe kleinen Wortschatz, antworte einwortig oder in einfachen Sätzen)	<u>Anfängerniveau</u> (Ich verstehe teilweise den mitgeteilten Inhalt, aber kann nicht adäquat antworten)
Tschechisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deutsch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Englisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Französisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spanisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Russisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Italienisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Spr.:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9) Haben Sie in Ihrem Krankenhaus/Klinikum einen Dolmetschdienst? Wie funktioniert der Dolmetschdienst in der Praxis? Es ist möglich, mehrere Antworten anzukreuzen.

	Dolmetschende sind ständig im Krankenhaus/ Klinikum anwesend	Dolmetschende kommen in ein paar Stunden nach Aufgebot ins Krankenhaus/ Klinikum	Dolmetschende übersetzen per Telefon
Englisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deutsch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Französisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tschechisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spanisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Russisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Italienisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asiatische Spr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arabische Spr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Afrikanische Spr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indische Spr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slawische Spr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10) Wie lösen Sie Situationen, in denen Dolmetscher zur Verfügung steht? Es ist möglich, mehrere Antworten anzukreuzen.

- Mit eigenen Kräften (Internet, Wörterbuch, Gestik)
- Immer gibt es in der Nähe jemanden, der die notwendige Fremdsprache beherrscht.
- Wir fragen jemanden aus einer anderen Abteilung an, der uns dabei helfen kann.
- Wir bitten den Patienten, sich seinen eigenen Dolmetscher zu besorgen.

11) Haben Sie gedruckte fremdsprachige Dokumente zur Verfügung?

- Ja
- Nein

12) Wenn ja, um welche Dokumente handelt es sich?

- Präoperative Aufklärung
- Zustimmung zur Hospitalisierung
- Abteilungsordnung
- Ein anderes Dokument\_-----

13) Benutzen Sie bei der Kommunikation mit Ausländern Piktogramm-Karten?

- Ja
- Nein

14) Wie oft treffen Sie in Ihrer Abteilung auf ausländische Patienten? Wir nehmen einen solchen Patienten ungefähr auf

- täglich
- einmal pro Woche
- mehrmals pro Monat
- mehrmals während eines halben Jahres
- mehrmals pro Jahr
- Ich bin noch nie auf einen ausländischen Patienten getroffen.

15) Auf welche Nationalitäten treffen Sie am häufigsten? Führen Sie bitte drei an:

- 
- 
-



16) Fragen Sie in der Anamnese nach Religionszugehörigkeit?

- Ja  Nein

17) Haben Sie eine spezifische Anamnese für Ausländer? Beispielweise mit ausführlicheren Fragen, die kulturelle Unterschiede betreffen?

- Ja  Nein

18) Wenn nein, wäre Ihnen eine solche Anamnese nützlich?

- Ja  Nein

19) Wenn Sie einen ausländischen Patienten aufnehmen, suchen Sie nachher Informationen über seine Nationalität, Religion, Gewohnheiten und Kultur?

- Ja, wo: \_\_\_\_\_  
 Nein, warum nicht: \_\_\_\_\_

20) Hatten Sie in der Schule das Unterrichtsfach „Multikulturelle Pflege“?

- Ja  Nein

21) Hatten Sie die Möglichkeit, an einem Kurs/Seminar, einer Vorlesung zum Thema multikulturelle Pflege teilzunehmen?

- Ja  Nein

22) Würden Sie die Möglichkeit der Weiterbildung begrüßen?

- Ja  
 Nein, warum nicht: \_\_\_\_\_

23) In welcher Form könnte die Weiterbildung verlaufen? Es ist möglich, mehrere Antworten anzukreuzen.

- E-Learning-Kurs  Mehrtägiges Seminar  Eintägige Vorlesung

24) Haben Sie schon irgendwann während der Betreuung einen Fauxpas erlebt?

- Ja, und zwar: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- Nein

25) Müssen Sie während der Betreuung von ausländischen Patienten einige der unten genannten Problemen bewältigen? Es ist möglich, mehrere Antworten anzukreuzen.

	<u>Sehr oft</u> (fast immer )	<u>Oft</u>	<u>Ab und zu</u> ( ein wiederkehrendes Problem, aber nicht bei jedem Patienten )	<u>Selten</u> (mindestens einmal ist das passiert)	<u>Nie</u>
Probleme bei der Kommunikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beziehung Frau – Mann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausdruck des Schmerzes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Religiöse Konflikte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auffassung der Krankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auffassung des Sterbens und des Todes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essgewohnheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Probleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26) Sind Sie bereit, die religiösen Bedürfnisse der Patienten zu akzeptieren, die dem Standard nicht entsprechen und die Ihre Arbeit erschweren?

- Ja  Nein

27) Ordnen Sie die Antworten zu.

- \_\_\_ Der Körper des Verstorbenen wird traditionell innerhalb von 24 Stunden nach dem Tod begraben.
- \_\_\_ Feuerbestattung ist unzulässig.
- \_\_\_ Den Körper des Verstorbenen darf niemand innerhalb von 3 Tagen nach Eintreten des Todes anfassen.
- \_\_\_ Damit der Geist des Verstorbenen nicht in Vergessenheit gerät, müssen vom Sohn die postmortalen Rituale durchgeführt werden.

A. Judentum      B. Konfuzianismus      C. Islam      D. Buddhismus

28) Kreuzen Sie an. Es ist möglich, mehrere Antworten anzukreuzen.

	Judentum	Buddhismus und Hinduismus	Islam	Taoismus und Konfuzianismus
Mehr als 50 % der Menschen lassen sich freiwillig impfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Schwangerschaftsabbruch ist innerhalb von den ersten 120 Tagen zulässig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Während der Krankheit ist die Anwesenheit der Familie sehr wichtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alle Transplantationen außer Herztransplantation sind zulässig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empfangen der Transfusion ist erlaubt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anwendung von Schmerztabletten ist üblich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 **NEMOCNICE TÁBOR, a.s.**

## **POVOLENÍ**

**Pro :** Studentku Bc.Terezu Týleovou– ZSF - Jihočeská Univerzita Č.B. – 2. ročník Mgr. studia v oboru – všeobecná sestra – modul pediatrie

**Předmět povolení :** studijní práce – dotazníky pro sestry

**Oddělení :** interní a chirurgické

**Doba povolení :** od 1.12.2015 do 31.3.2016

V Táboře dne 1.12.2015

Mgr. Helena Plocková v.r.  
hlavní sestra

## Příloha číslo 4: Souhlas s dotazníkovým šetřením Praha

Hlavní sestra paní  
Mgr. Jana Nováková, MBA  
Fakultní nemocnice v Motole  
V Úvalu 84  
150 06 Praha 5

### **Věc: Žádost o povolení provedení výzkumného šetření**

Vážená hlavní sestro,

jmenuji se Tereza Týleová a jsem studentkou magisterského studia na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích v oboru Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech, modul pediatrie.

K úspěšnému zakončení svého studia potřebuji obhájit závěrečnou diplomovou práci na téma: Porovnání interkulturních kompetencí ošetrovatelského personálu v ČR a německy mluvících oblastech.

Ke sběru dat potřebných pro výzkumnou část mé práce Vás prosím o umožnění provedení anonymního dotazníkového šetření mezi sestrami vybraných oddělení ve Vaší nemocnici.


Ráda bych oslovila sestry z Interní a Chirurgické kliniky a z každé získala 30 dotazníků. Dotazník, jehož návrh přikládám, by obsahoval kolem 30 otázek, jejichž cílem by bylo zjistit znalosti sester v oblasti problematiky multikulturního ošetrování a poskytování kulturně senzibilní péče pacientům odlišných národností. Dále bych ráda prozkoumala, zda se sestry o tuto problematiku zajímají, mají dostatečné množství informací, vědí, kde je vyhledat, a zda by měly zájem o další vzdělávání.

Pokud by Vás zajímaly výsledky výzkumu, ráda vám je samozřejmě poskytnu.

Děkuji za Váš čas a ochotu pomoci mi při sběru dat.

S pozdravem  
Bc. Tereza Týleová  
Pplk. Sochora 435/5  
170 00 Praha 7

SOUHLASÍM

  
Mgr. Jana Nováková, MBA  
náměstkyně pro oš. péči FN Motol

## Příloha číslo 5: Souhlas s dotazníkovým šetřením St. Gallen



Geehrte Frau Pflegedirektorin  
Nicole Mööli  
Kantonsspital St. Gallen  
Rorschacher Strasse 95  
CH-9007 St. Gallen

### **Antrag: Genehmigung der Forschung im Zusammenhang mit der Diplomarbeit**

Sehr geehrte Pflegedirektorin,

ich heiße Tereza Týleová und studiere in der Tschechischen Republik an der Medizinisch-sozialen Fakultät der Südböhmischen Universität in České Budějovice im Masterstudiengang das Fach Krankenpflege in ausgewählten klinischen Fächern, Modul – Pädiatrie.

Für den erfolgreichen Abschluss des Studiums muss ich eine Abschlussarbeit über das Thema Vergleich interkultureller Kompetenzen des Pflegepersonals in der Tschechischen Republik und deutschsprachigen Gebieten verteidigen.

Ich bitte Sie sehr um die Ermöglichung, eine anonyme Befragung unter den Krankenschwestern in Ihrem Krankenhaus in ausgewählten Abteilungen durchzuführen, um die für den Forschungsteil meiner Arbeit notwendigen Daten sammeln zu können.

Ich möchte gerne ca. 30 Krankenschwestern aus inneren Abteilungen und ca. 30 Krankenschwestern aus chirurgischen Abteilungen ansprechen. Das Ziel des Fragebogens wäre, die Kenntnisse der Krankenschwestern im Bereich der multikulturellen kulturell geeigneten Pflege und Versorgung bei Patienten unterschiedlicher Nationalitäten zu identifizieren. Ich möchte gerne auch prüfen, ob die Krankenschwestern an diesem Thema und der Weiterbildung in diesem Bereich Interesse haben und ob sie eine ausreichende Menge von Informationen haben oder wissen, wo sie die nötigen Informationen suchen können.

Den Entwurf des Fragebogens lege ich bei.

Wenn Sie Interesse an Forschungsergebnissen haben, werde ich diese gerne zur Verfügung stellen.

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung bei der Datenerfassung.

Mit freundlichen Grüßen  
Bc. Tereza Týleová  
Pplk. Sochora 435/5  
170 00 Praha 7  
Tschechische Republik

GENEHMIGT  
3

Kantonsspital St. Gallen  
Nicole Mööli  
Leiterin Department Pflege  
CH-9007 St. Gallen

## Příloha číslo 6: Souhlas s dotazníkovým šetřením Aarau

Geehrte Frau Pflegedirektorin  
Barbara.Reutlinger  
Kantonsspital Aarau  
Tellstrasse 25  
5001 Aarau

### Antrag: Genehmigung der Forschung im Zusammenhang mit der Diplomarbeit

Sehr geehrte Pflegedirektorin,

ich heiße Tereza Týleová und studiere in der Tschechischen Republik an der Medizinisch-sozialen Fakultät der Südböhmischen Universität in České Budějovice im Masterstudiengang das Fach Krankenpflege in ausgewählten klinischen Fächern, Modul – Pädiatrie.

Für den erfolgreichen Abschluss des Studiums muss ich eine Abschlussarbeit über das Thema Vergleich interkultureller Kompetenzen des Pflegepersonals in der Tschechischen Republik und deutschsprachigen Gebieten verteidigen.

Ich bitte Sie sehr um die Ermöglichung, eine anonyme Befragung unter den Krankenschwestern in Ihrem Krankenhaus in ausgewählten Abteilungen durchzuführen, um die für den Forschungsteil meiner Arbeit notwendigen Daten sammeln zu können.

Ich möchte gerne ca. 30 Krankenschwestern aus inneren Abteilungen und ca. 30 Krankenschwestern aus chirurgischen Abteilungen ansprechen. Das Ziel des Fragebogens wäre, die Kenntnisse der Krankenschwestern im Bereich der multikulturellen kulturell geeigneten Pflege und Versorgung bei Patienten unterschiedlicher Nationalitäten zu identifizieren. Ich möchte gerne auch prüfen, ob die Krankenschwestern an diesem Thema und der Weiterbildung in diesem Bereich Interesse haben und ob sie eine ausreichende Menge von Informationen haben oder wissen, wo sie die nötigen Informationen suchen können.

Den Entwurf des Fragebogens lege ich bei.

Wenn Sie Interesse an Forschungsergebnissen haben, werde ich diese gerne zur Verfügung stellen.

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung bei der Datenerfassung.

Mit freundlichen Grüßen  
Bc. Tereza Týleová  
Pplk. Sochora 435/5  
170 00 Praha 7  
Tschechische Republik

*Genehmigt*  
*Aarau 2. 3. 16*  
*B. Reutlinger*  
Kantonsspital Aarau AG  
Barbara Reutlinger, MNS  
Leitung Pflegedienst und  
medizintechnisch-therapeutische Dienste  
CH-5001 Aarau

## Příloha číslo 7: Souhlas s dotazníkovým šetřením Cottbus

Geehrte Frau Pflegedirektorin  
Andrea Stewig-Nitschke  
Carl-Thiem-Klinikum  
Thiemstrasse 111  
03048 Cottbus

### Antrag: Genehmigung der Forschung im Zusammenhang mit der Diplomarbeit

Sehr geehrte Pflegedirektorin,

ich heiße Tereza Týleová und studiere in der Tschechischen Republik an der Medizinisch-sozialen Fakultät der Südböhmischen Universität in České Budějovice im Masterstudiengang das Fach Krankenpflege in ausgewählten klinischen Fächern, Modul – Pädiatrie.

Für den erfolgreichen Abschluss des Studiums muss ich eine Abschlussarbeit über das Thema Vergleich interkultureller Kompetenzen des Pflegepersonals in der Tschechischen Republik und deutschsprachigen Gebieten verteidigen.

Ich bitte Sie sehr um die Ermöglichung, eine anonyme Befragung unter den Krankenschwestern in Ihrem Krankenhaus in ausgewählten Abteilungen durchzuführen, um die für den Forschungsteil meiner Arbeit notwendigen Daten sammeln zu können.

Ich möchte gerne ca. 30 Krankenschwestern aus inneren Abteilungen und ca. 30 Krankenschwestern aus chirurgischen Abteilungen ansprechen. Das Ziel des Fragebogens wäre, die Kenntnisse der Krankenschwestern im Bereich der multikulturellen kulturell geeigneten Pflege und Versorgung bei Patienten unterschiedlicher Nationalitäten zu identifizieren. Ich möchte gerne auch prüfen, ob die Krankenschwestern an diesem Thema und der Weiterbildung in diesem Bereich Interesse haben und ob sie eine ausreichende Menge von Informationen haben oder wissen, wo sie die nötigen Informationen suchen können.

Den Entwurf des Fragebogens lege ich bei.

Wenn Sie Interesse an Forschungsergebnissen haben, werde ich diese gerne zur Verfügung stellen.

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung bei der Datenerfassung.

Mit freundlichen Grüßen  
Bc. Tereza Týleová  
Pplk. Sochora 435/5  
170 00 Praha 7  
Tschechische Republik

*Bestätigung erfolgt*

Carl-Thiem-Klinikum Cottbus  
Pflegedirektion  
Telefon 03 55 / 46 - 21 38  
Hausadresse: Thiemstraße 111  
03048 Cottbus

*Andrea Stewig-Nitschke*

Postfachadresse:  
Postfach 10 03 62  
03003 Cottbus

*11.5.16*



## Příloha číslo 8: Souhlas s dotazníkovým šetřením Dortmund

Geehrter Herr Pflegedirektor  
Georg Schneider, BBA  
Klinikum Dortmund, Klinikzentrum Mitte  
Beurhausstraße 40  
44137 Dortmund

### Antrag: Genehmigung der Forschung im Zusammenhang mit der Diplomarbeit

Sehr geehrter Pflegedirektor,

ich heiße Tereza Týleová und studiere in der Tschechischen Republik an der Medizinisch-sozialen Fakultät der Südböhmischen Universität in České Budějovice im Masterstudiengang das Fach Krankenpflege in ausgewählten klinischen Fächern, Modul – Pädiatrie.

Für den erfolgreichen Abschluss des Studiums muss ich eine Abschlussarbeit über das Thema Vergleich interkultureller Kompetenzen des Pflegepersonals in der Tschechischen Republik und deutschsprachigen Gebieten verteidigen.

Ich bitte Sie sehr um die Ermöglichung, eine anonyme Befragung unter den Krankenschwestern in Ihrem Krankenhaus in ausgewählten Abteilungen durchzuführen, um die für den Forschungsteil meiner Arbeit notwendigen Daten sammeln zu können.

Ich möchte gerne ca. 30 Krankenschwestern aus inneren Abteilungen und ca. 30 Krankenschwestern aus chirurgischen Abteilungen ansprechen. Das Ziel des Fragebogens wäre, die Kenntnisse der Krankenschwestern im Bereich der multikulturellen kulturell geeigneten Pflege und Versorgung bei Patienten unterschiedlicher Nationalitäten zu identifizieren. Ich möchte gerne auch prüfen, ob die Krankenschwestern an diesem Thema und der Weiterbildung in diesem Bereich Interesse haben und ob sie eine ausreichende Menge von Informationen haben oder wissen, wo sie die nötigen Informationen suchen können.

Den Entwurf des Fragebogens lege ich bei.

Wenn Sie Interesse an Forschungsergebnissen haben, werde ich diese gerne zur Verfügung stellen.

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung bei der Datenerfassung.

Mit freundlichen Grüßen

Bc. Tereza Týleová

Pplk. Sochora 435/5

170 00 Praha 7

Tschechische Republik

Klinikum Dortmund gGmbH

Klinikzentrum Mitte

Pflegewissenschaftlerin A. Besendorfer MScN

Beurhausstr. 40

Tel.: 0231/953-20455 • Fax: 0231/953-20019

E-Mail: andrea.besendorfer@klinikum-dortmund.de

*Hadí Rückspade mit  
Mgr. Kláskemilka Ptáčková Ph.D.  
Teilnahme möglich!*

*A. Besendorfer*

Klinikum Dortmund gGmbH

G. Schneider

Pflegedirektor

44137 Dortmund

Tel.: 0231/953-21210

Fax: 0231/953-20019

## Příloha číslo 9: Souhlas s dotazníkovým šetřením Weiz

Sehr geehrte Frau Tereza Týleová,  
herzlichen Dank für Ihre Anfrage, ich bin gerne bereit Sie bei der Befragung zu unterstützen. Ich bitte Sie, uns die Online Version zur Verfügung zu stellen, ich werde den Fragebogen an unser Pflegepersonal weiter leiten.  
Bitte senden Sie alle Anfragen bzw E-Mails an Frau Sonja Tauschmann, lieben Dank

mfg  
*Susanna Reisinger, MAS*  
*Pflegedirektorin, LSB*  
*Betriebliche Gesundheitsmanagerin*  
*Steiermärkische Krankenanstalten GesmbH*  
*Franz Pichler Str. 85, A-8160 Weiz*  
*Telefon: 03172 2214 0*  
*E-mail:susanna.reisinger@lkh-weiz.at*  
*Firmensitz: 8010 Graz, Stiftingtalstraße 4-6*  
*Firmenbuchnummer: FN49003 p, Handelsgericht Graz*

**Von:** Tauschmann Sonja  
**Gesendet:** Dienstag, 12. Jänner 2016 10:04  
**An:** Reisinger Susanna, MAS, PflDir.  
**Betreff:** WG: Genehmigung der Forschung im Zusammenhang mit der Diplomarbeit

**Sonja Tauschmann**  
Steiermärkische Krankenanstalten GesmbH  
**Sekretariat der Anstaltsleitung LKH-Weiz**  
Franz Pichler Str. 85, A-8160 Weiz  
Telefon: +43 3172 2214 2102  
Fax: +43 3172 2214 2117  
[sonja.tauschmann@lkh-weiz.at](mailto:sonja.tauschmann@lkh-weiz.at)

## Příloha číslo 10: Souhlas s dotazníkovým šetřením Salzburg

Frau Pflegedirektorin  
Margret Hader  
Landeskrankenhaus Salzburg  
Müllner Hauptstraße 48  
A-5020 Salzburg

### **Antrag: Genehmigung der Forschung im Zusammenhang mit der Diplomarbeit**

Sehr geehrte Pflegedirektorin,

ich heiße Tereza Týleová und studiere in der Tschechischen Republik an der Medizinisch-sozialen Fakultät der Südböhmischen Universität in České Budějovice im Masterstudiengang das Fach Krankenpflege in ausgewählten klinischen Fächern, Modul – Pädiatrie.

Für den erfolgreichen Abschluss des Studiums muss ich eine Abschlussarbeit über das Thema Vergleich interkultureller Kompetenzen des Pflegepersonals in der Tschechischen Republik und deutschsprachigen Gebieten verteidigen.

Ich bitte Sie sehr um die Ermöglichung, eine anonyme Befragung unter den Krankenschwestern in Ihrem Krankenhaus in ausgewählten Abteilungen durchzuführen, um die für den Forschungsteil meiner Arbeit notwendigen Daten sammeln zu können.

Ich möchte gerne ca. 30 Krankenschwestern aus inneren Abteilungen und ca. 30 Krankenschwestern aus chirurgischen Abteilungen ansprechen. Das Ziel des Fragebogens wäre, die Kenntnisse der Krankenschwestern im Bereich der multikulturellen kulturell geeigneten Pflege und Versorgung bei Patienten unterschiedlicher Nationalitäten zu identifizieren. Ich möchte gerne auch prüfen, ob die Krankenschwestern an diesem Thema und der Weiterbildung in diesem Bereich Interesse haben und ob sie eine ausreichende Menge von Informationen haben oder wissen, wo sie die nötigen Informationen suchen können.

Den Entwurf des Fragebogens lege ich bei.

Wenn Sie Interesse an Forschungsergebnissen haben, werde ich diese gerne zur Verfügung stellen.

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung bei der Datenerfassung.

Mit freundlichen Grüßen  
Bc. Tereza Týleová  
Pplk. Sochora 435/5  
170 00 Praha 7  
Tschechische Republik

GENEHMIGT  
Landeskrankenhaus Salzburg  
Universitätsklinikum der PMU  
Pflegedirektion  
Müllner Hauptstraße 48  
5020 Salzburg