



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Diplomová práce

Kulturní antropologie v ošetřovatelství

Vypracoval: Bc. Marcela Carbolová
Vedoucí práce: prof. PhDr. Valérie Tóthová, Ph.D.

České Budějovice 2014

Abstrakt

Teoretická východiska:

V dnešním světě, kde probíhá neustálá migrace obyvatel mezi státy a kontinenty se stále více setkáváme s různými kulturami. Kulturní antropologie, jakožto vědecká disciplína, zabývající studiem rozličných kultur byla začleněna do ošetrovatelství a pomáhá zdravotníkům získat specifické kulturní informace, které umožňují poskytnout vhodnou, účinnou, individuální péči, podporu ve zdraví a v nemoci u jedinců a komunit z odlišného kulturního prostředí. V České republice proběhlo zkoumání různých etnických skupin, ale neproběhlo zkoumání specifických potřeb polské národnostní menšiny. Největší počet zástupců polské menšiny je zastoupen v Moravskoslezském kraji v okresech Frýdek-Místek a Karviná. Při sčítání obyvatel v roce 2011 zaujímala polská národnostní menšina nejvíce obyvatel na Jablunkovsku, Třinecku a Těšínsku, kde bylo směřováno výzkumné šetření.

Cíl:

Cíl byl zaměřen na zmapování přístupu příslušníků polské národnosti ke svému zdraví, na zjištění jaký mají životní styl, vztah k prevenci, postoj k domácí péči a na specifika přístupu k umírání.

Hypotézy:

H1 Vysokoškolsky vzdělaná populace polské národnostní menšiny vykazuje statisticky lepší hodnocení v postoji ke svému zdraví než populace polské národnostní menšiny se základním vzděláním.

H2 Mladší ženy polské národnostní menšiny základního vzdělání více souhlasí s tvrzením o dodržování preventivních prohlídek u gynekologa než starší ženy polské národnosti menšiny.

H3 Populace polské národnostní menšiny populace polské národnostní menšiny s vyšším vzděláním dle statistického hodnocení udává vyšší preference při úpravě jídel i stravování dle obou kuchyní (české i polské) než populace polské národnostní menšiny s nižším základním vzděláním.

H4 Muži polské národnostní menšiny, kteří konzumují alkohol příležitostně, výrazně statisticky převažují nad ženami z polské národnostní menšiny, které konzumují alkohol příležitostně.

H5 U populace polské národnostní menšiny staršího věku je vyšší frekvence k aktivitě s rodinou než mladší populace polské národnostní menšiny.

H6 Vyznání víry u populace polské národnostní menšiny výrazně ovlivňuje postoj k interrupci než u nevěřící populace.

H7 Ženy polské národnostní menšiny staršího věku častěji preferují služby agentur domácí péče než starší muži polské národnostní menšiny.

H8 Ženy polské národnostní menšiny častěji požadují přítomnost rodiny v případě umírání než muži polské národnostní menšiny.

Metodika:

Výzkumná část práce byla prováděna metodou kvantitativního výzkumného šetření. Pro získání dat byl použit anonymní dotazník. Bylo distribuováno 300 dotazníků v písemné formě převážně v polském jazyku. Návratnost dotazníků byla 78,33%. Kritériem pro výzkumný soubor byly osoby hlásící se k polské národnostní menšině. Věk byl limitován pouze plnoletostí jedince. Výběrový soubor tvořilo 277 osob.

Výsledky:

Při hodnocení výsledků jsme byli překvapeni velkou účastí respondentů nad 61 let (30,70 %). Respondenti v počtu 94,90 % souhlasili s tím, že se starají o své zdraví a nejčastěji odpovídali, že jí střídě (171 osob), chodí na pravidelné prohlídky (162 osob) a stejný počet (130 osob) byl zaznamenán v odpovědi - stravuji se pravidelně a pravidelně odpočívám. Přesto však H1, vztahující se k postoji ke zdraví, se testováním nepotvrdila.

Výzkumné šetření bylo taktéž zaměřeno na samotnou prevenci a účast na preventivních prohlídkách. Samotným porovnáním výsledků šetření bylo zjištěno, že prevenci ve všech případech dodržuje více než 75 % respondentů. Zajímavým zjištěním bylo, že očkování častěji preferují respondenti se základním vzděláním. Zarážejícím

výsledkem je zjištěn postoj žen se základním vzděláním, které nesouhlasí s prevencí u gynekologa. H2 zaměřená na prevenci, se testováním nepotvrdila.

V oblasti stravování byly potvrzeny získané informace o konzumaci potravin, které byly v souladu s literárními údaji. Bylo zjištěno, že v konzumaci zeleniny a ovoce polská národnostní menšina převyšuje českou populaci. H3 se testováním potvrdila.

Konzumace alkoholu a kouření patří k rizikovému chování, které napomáhá ke vzniku různých onemocnění a zkracuje život. Potěšujícím zjištěním byl výsledek, že 88,40 % respondentů nekouří. V různých výzkumech je uváděno tzv. nárazové víkendové pití alkoholu, které se možná z části týká 63 % respondentů, kteří uvedli konzumaci alkoholu jako ano-vyjímečně. H4 související s konzumací alkoholu se testováním nepotvrdila.

Polská národnostní menšina je charakterizována úzkými vazbami na rodinu a přátelskými vztahy. Ve výzkumném šetření se toto potvrdilo. H5 se testováním nepotvrdila. Byl zjištěn vysoký podíl respondentů, kteří uvedli jako svou sportovní aktivitu cyklistiku (23,10 %) a aktivní chůzi (13 %).

Samotný počet 88,40 % respondentů, kteří se přihlásili k víře, neovlivnil výsledek H6, která se testováním nepotvrdila.

Cílem práce bylo také zjistit postoj a zkušenosti s agenturou domácí péče, kterou uvedlo 46,60 % respondentů. Při šetření byl zjištěn rozdíl 13 % mezi tím, že respondenti vědí, že se jedná o službu v domácím prostředí, ale neví, že je určena pro všechny klienty. H7 se testováním nepotvrdila.

Překvapivým zjištěním byl postoj respondentů k víře v posmrtný život, k přítomnosti rodiny nebo duchovního v případě umírání, kdy ve všech případech označilo více, jak 20 % odpověď nevím. H8 se testováním nepotvrdila.

Závěr:

Práce poskytuje přehled informací o polské národnostní menšině žijící v Těšínském Slezsku. Výstupem diplomové práce je návrh Standardu ošetrovatelské péče o polskou národnostní menšinu. Výsledky výzkumného šetření budou dále prezentovány na konferencích. Tato práce může být využita pro studenty ošetrovatelství

jako výukový materiál. Bylo by jistě žádoucí a vhodné provést rozšířený výzkum této problematiky.

Klíčová slova: interkulturní komunikace, kulturní antropologie, polská národnostní menšina, transkulturní/multikulturní ošetřovatelství, Těšínské Slezsko

Abstract

Theoretical assumptions:

In the present world with the perpetual migration of inhabitants among the countries and continents we have been encountering ever more cultures. Cultural anthropology as a scientific field studying diverse cultures has been incorporated into the field of nursing and it helps medical professionals to acquire specific cultural information enabling them to provide appropriate, efficient, individually-based care, support in health as well as in illness to the individuals and communities from a different cultural environment. The Czech Republic carried out investigation of diverse ethnic groups but did not implement investigation of the specific needs of the Polish minority group. The highest numbers of representatives of the Polish minority are located in the Moravian-Silesian region, in the Frýdek-Místek district and the Karviná district. In terms of percentage representation in 2011 the Polish minority recorded the most inhabitants in the Jablunkovský region, Třinec region and Těšín region where the investigation was carried out.

The objective:

The objective was focusing on mapping the approach of the Polish nationals to their health, on identification of their lifestyle, their approach to prevention, their attitude to home care and the specifics in the approach to dying.

Hypotheses:

H1 Statistically, the Polish minority group population with higher education shows better results in their approach to their health than the Polish minority group population with elementary education.

H2 Younger women of the Polish minority group population with elementary education are more prone to agree with the statement on importance of attending preventive examinations by gynecologist than older women of the Polish minority group population.

H3 Based on the statistical assessment the Polish minority group population with higher education gives higher preferences for preparation of meals and catering based

on both cuisines (Czech and Polish) than the Polish minority group population with elementary education.

H4 Men of the Polish minority group population occasionally consuming alcohol are statistically significantly prevailing over women of the Polish minority group population occasionally consuming alcohol.

H5 The older Polish minority group population has higher frequency of activities with the family than the younger Polish minority group population.

H6 The confession of faith of the Polish minority group population significantly affects their approach to abortion compared to the nonbelieving population.

H7 Older women of the Polish minority group population give more frequent preference to home care services than men of the Polish minority group population.

H8 Women of the Polish minority group population more frequently require attendance of family members when dying than men of the Polish minority group population.

Methodology:

The research part of the work was carried out by the method of quantitative research investigation. The data was acquired by means of an anonymous questionnaire. We have distributed 300 questionnaires in writing mostly in Polish. The return rate of the questionnaires was 78.33 %. The criterion for the research set was that the person had to be part of the Polish national minority group. The only age limit was the maturity of the respondent. The selected set consisted of 277 persons.

The results:

When evaluating the results we were surprised by the high rate of participation of respondents older than 61 years of age (30.70 %). 94.90 % of the respondents agree that they take care of their health and most of them responded that they ate modestly (171 persons), they attend regular examinations (162 persons) and the same number (130 persons) responded that they ate regularly and took rest regularly. However, H1 regarding approach to health was *not confirmed*.

The research investigation was also focusing on prevention and attendance at preventive examinations. By comparing the results of the investigation we found out that more than 75 % of the respondents take proper prevention in all cases.

An interesting finding is the fact that vaccination is usually preferred by respondents with elementary education. A staggering result is the finding that women with elementary education usually do not agree with preventive examinations by the gynecologist. H2 focusing on prevention was *not confirmed*.

In the area of catering, the investigation confirmed the previous information on consumption of food staff in accordance with the literary data. The level of consumption of vegetable and fruit in case of the Polish national minority group is higher than the level of the Czech population. A relatively high number of respondents (10,80 %) indicated that coffee is their preferred liquid. H3 was *confirmed* by testing.

Consummation of alcohol and smoking represent risk behavior contributing to the development of various diseases and reducing the length of life. The finding that 88.40 % respondents do not smoke is very pleasing. Various research investigations indicate so called occasional weekend alcohol drinking which perhaps partially affects 63% respondents who indicated occasional consumption of alcohol. H4 connected with consumption of alcohol was *not confirmed*.

The Polish national minority group is characterized by close relationships with the family and friends. This was confirmed in the research investigation; however, H5 was *not confirmed*. The research investigation identified a high number of respondents who indicated biking (23.10 %) and active walking (13 %) as their preferred sport activity.

The result of 88.40 % respondents who confessed their faith has not impacted the result of H6 which was *not confirmed*.

The objective of the work included also identification of the attitude and experience with home care agency which was indicated by 46.60 % respondents. The investigation found out a difference of 13 % consisting in the fact that the respondents know that this service is provided in a home environment but they do not know that this service is designed for all clients. H7 was *not confirmed*.

We were surprised by the identified attitude of the respondents to their faith in life after death, to attendance of family members or a priest in case of dying when in all cases more than 20 % respondents responded that they did not know. H8 was not confirmed by testing.

Conclusion:

The thesis gives a summary of information on the Polish national minority group living in the Těšín region of Silesia. The final thesis outlines a proposal for a Standard of nursery care of the Polish national minority group. The results of the research investigation will be also presented at conferences. This thesis may be used by students of the nursery field as a teaching material. It is clear that it would be very beneficial and appropriate to carry out an expanded research of these issues.

Keywords: intercultural communication, cultural anthropology, Polish national minority group, transcultural/multicultural nursery, the Těšín region of Silesia

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 25. 6. 2014

.....

Marcela Carbolová

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat vedoucí práce prof. PhDr. Valérii Tóthové, Ph.D. za odborné vedení, věcné připomínky a cenné rady při zpracování diplomové práce. Poděkování patří také doc. RNDr. Daně Šalounové, Ph.D. za pomoc při statistickém zpracování získaných údajů. V neposlední řadě poděkování náleží rodině a všem respondentům, kteří se zúčastnili výzkumu a bez kterých by tato práce nemohla vzniknout.

Obsah

Seznam použitých zkratk	14
Úvod	15
1 Současný stav	17
1.1 Kulturní antropologie	18
1. 2 Komunikace	22
1. 2. 1 Verbální komunikace	23
1. 2. 2 Neverbální komunikace	24
1. 2. 3 Etnofaulismy	26
1. 3 Pacient z odlišné kultury ve zdravotnickém zařízení	27
1. 4 Transkulturní/multikulturní ošetrovatelství	33
1. 4. 1 Madeleine Leiningerová.....	35
1. 4. 2 Irena Papadopoulos, Mary Tilki a Gina Taylor.....	37
1. 4. 3 Josepha Campinhy-Bacote	38
1. 4. 4 Larry Purnel	39
1. 4. 5 Joyce Newman Gingerová a Ruth Davidhizarová	40
1. 5 Práva pacienta, vzdělávání v transkulturní péči	41
1. 6 Národnostní menšiny	44
1. 6. 1 Polská národnostní menšina na území České republiky a její historie.....	46
1. 6. 2 Nářečí a náboženství polské národnostní menšiny	49
1. 6. 3 Tradice a zvyky	51
1. 6. 4 Kultura a kulturní dění Těšínského Slezska	52
1. 6. 5 Kongres Poláků v České republice, spolky a školství.....	55
1. 6. 6 Charakteristika života polské národnostní menšiny.....	57
2 Cíle práce a hypotézy	61
2. 1 Cíle práce	61
2. 2 Hypotézy práce.....	61
3 Metodika	62
3.1 Metodika výzkumu a technika sběru dat.....	62
3. 2 Charakteristika výzkumného souboru.....	62

4 Výsledky	64
4. 1 Výsledky charakterizující výzkumný soubor.....	64
4. 2 Výsledky vyhodnocení dotazníků.....	68
4. 3 Výsledky testování hypotéz.....	95
5 Diskuze	104
6 Závěr	113
7 Seznam použitých zdrojů	122
8 Přílohy	139

Seznam použitých zkratek

č.	číslo
ČR	Česká republika
ETNA	Evropská transkulturní asociace sester
HLA	Human Leukocyte Antigen – hlavní histokompatibilní komplex
HPC	<i>Harcerstwo Polskie w Republice Czeskiej</i>
IGA MZ ČR	Interní grantová agentura Ministerstva zdravotnictví České republiky
PIC	Pictogram Ideogram Communication
PZKO	<i>Polski Związek Kulturalno-Oświatowy</i>
tj.	to je
tzv.	takzvaný

Úvod

V současné době žijeme v multikulturní společnosti. Díky celosvětové migraci obyvatelstva dochází k prolínání a k přenosům kulturních informací, ale i střetům jednotlivých kultur. Migrace obyvatel a jejich začlenění do majoritní společnosti přináší určité problémy, zároveň však i výzvy pro společnost. Kultura ovlivňuje myšlení a chování lidí v přístupu ke zdraví, jeho podpoře a zvládání nemoci, proto je nutné k zajištění kulturně kompetentní péče respektování kulturních hodnot jedinců. Neobejdeme se bez znalostí kultury různých etnik, jejich tradic, zvyků, rituálů, náboženského vyznání, komunikačních tabu, životních stylů a musíme vzít v úvahu i komunikační bariéry. Pro zdravotnické pracovníky jsou nezbytné vědomosti a poznání odlišností, tak aby mohli poskytovat holisticky kulturně kompetentní péči.

Přesunem obyvatelstva dochází ke změnám etnického složení v jednotlivých zemích. Především se zvyšují počty národností ve vyspělých zemích. Česká republika při každém sčítání obyvatel zaznamenává přibližně 5 % osob hlásících se k některé z dvanácti oficiálně uváděných národnostních menšin žijících u nás. Byl zaznamenán vzestup lidí hlásících se k ruské, vietnamské a ukrajinské národnosti. Naopak došlo k výraznému poklesu menšin, které tradičně obývaly Českou republiku, mezi které patří slovenská a polská národnostní menšina.

V Moravskoslezském kraji, především v okresech Frýdek-Místek a Karviná, kde se prolíná s českým obyvatelstvem je poměrně velké zastoupení Slováků a v neposlední řadě se zde nachází velký počet zástupců polské menšiny. V roce 2011 se při sčítání obyvatel k polské národnosti hlásilo 39 096 obyvatel z České republiky, tj. 3 %. Mezi cizinci byl počet občanů z Polska pouze 4 % z celkového počtu cizinců za rok 2011. V Moravskoslezském kraji se jednalo o 7 703 občanů Polska, tj. jedna třetina z celkového počtu Poláků přihlášených v České republice (ministerstvo vnitra, 2013; český statistický úřad, 2013).

Během let v naší republice proběhla výzkumná šetření, ve kterých se zjišťoval přístup ke zdraví a specifika životního stylu u méně známých národnostních menšin. Do současné doby však neproběhlo šetření u slovenské a polské národnostní menšiny.

Z tohoto důvodu jsem si vybrala téma zaměřené na polskou národnostní menšinu. Předmětem zájmu výzkumných šetření možná nebyla tato menšina, protože se nejedná o osoby z velmi odlišného kulturního prostředí jako například čínská komunita a nebyla tak pocíťována potřeba výzkumu. Výzkumným úkolem bude zmapovat problematiku polské minority z hlediska kulturních, náboženských a filozofických specifik k postoji ke zdraví, prevenci, životnímu stylu a eventuálním specifickým potřebám v oblasti ošetrovatelské péče.

1 Současný stav

Žijeme v neustálém měnícím se světě, kde probíhá neřízený a spontánní globalizační proces. Uvádí se, že díky migraci žije mimo svou rodnou vlast více než 3,1 % populace z celého světa (Tóthová a kol., 2012). Objevování nových území vedlo již kdysi dávno k migracím obyvatel po celém světě, kdy vyhledávali nové územní teritoria pro život. Současná doba přináší nové formy migrace, kdy se může jednat o dobrovolný přesun za prací, studiem, za účelem sloučení rodiny nebo je důsledkem migrace pronásledování ve vlastní zemi z politických, náboženských, etnických důvodů, a pak se jedná o nucenou migraci. Pro některé migranty je to odchod za lepším životem (Tollarová, 2013).

Otevřením hranic jsme se stali cestovateli a máme možnost cestovat do zcela neznámých krajů s velmi odlišnou kulturou. Jako zdravotníci se můžeme účastnit mezinárodních misí do těchto oblastí a v neposlední řadě se v naší zemi setkáváme s jedinci z kulturně odlišného prostředí. Jedná se o kontakt s cizinci, kteří zde jsou jako turisté, přijeli za prací nebo k nám emigrovali ze své vlastní země. Kultura cizinců, kterou si ve svém chování a jednání přivezli, ale také kultura národnostních menšin žijících po staletí v České republice se tak konfrontuje s naší kulturou. Kutnohorská (2013, s. 13) uvádí: „Kultura může „něco“ nabídnout a každá kultura má prostor „něco přijmout“.

Díky Madeleine Leiningerové zakladatelce transkulturního ošetřovatelství, oboru, který se zaměřuje na identifikaci podobností a rozdílů v péči o klienty z různých kultur, se v ošetřovatelství seznamujeme s prvky kulturní a sociální antropologie (Průcha, 2010). Zúročením veškerých znalostí a vědomostí o jiných minoritních skupinách jsme jako zdravotničtí pracovníci schopni poskytnout kulturně citlivou, kulturně vhodnou a kompetentní péči, která vyznívá ve prospěch pacienta/klienta, který je hospitalizován ve zdravotnickém zařízení (Tóthová a kol., 2010).

1.1 Kulturní antropologie

V průběhu doby vyvstala otázka: Kdo je vlastně člověk? Tuto otázku původu a podstaty člověka se snažili zodpovědět různí badatelé a filozofové. Uvádí se, že prapůvod zkoumání člověka byl již ve starověku, kdy byly Aristotelem a Platónem položeny základy antropologie. Samotné slovo antropologie je tvořeno spojením dvou řeckých slov anthrōpos, které znamená člověk a logos znamená slovo, rozum, nauka, věda. Antropologie je vědou o celém člověku. Soukup (2010) uvádí rozdělení antropologie na čtyři oblasti. První oblastí je fyzická antropologie, která se věnuje člověku jako živému organismu. Druhou je archeologická antropologie zabývající se výzkumem zaniklých kultur. Do třetí kategorie je zařazena lingvistická antropologie, která je zaměřena na studium vztahů mezi jazykem a kulturou. Posledním odvětvím je kulturní antropologie, která se zabývá výzkumem kultury v čase a prostoru. V literatuře se objevuje i samostatné označení sociální antropologie nebo název sociální/kulturní antropologie. Oba termíny se užívají souběžně (Nešpor, 2005). Původně byla sociální antropologie zaměřena na společenské struktury a kulturní antropologie studovala kulturu, ale obě zaměření navzájem spolu souvisí, proto je spíše užíván název kulturní antropologie. Tato vědní disciplína by nám měla pomoci porozumět cizím kulturám a obohatit náš život (Hrabáková, 2002). Nešpor (2005) v závěru svého článku uvádí, jak je často přijímáno postavení oboru sociální/kulturní antropologie v českých zemích. Uvádí, že jej provází pověst oboru, který se věnuje Indiánům a přírodním etnikům. Poukazuje na to, že obaly na knihách s tituly kulturní antropologie byly zdobeny totemy a indiánskými motivy.

První zaznamenané použití antropologie je v 16. století spojeno s protestantským učencem Otto Casmanem a ve Spojených státech je spojeno s židovským emigrantem Franzem Boasem (Budil, 2003). Jako samostatná vědní disciplína se antropologie rozvíjí až v průběhu 19. století, kdy ji britský badatel Edward Burnett Tylor prosadil jako komplexní vědu o člověku (Soukup, 2010). Významným a světově uznávaným antropologem byl Claude Lévi-Strauss, který je znám výrokem o tom, že „lidé jsou rozdílní, ale do určité míry mají něco společného“ (Eriksen, 2008, s. 11). Ústředním pojmem kulturní antropologie je kultura, která vychází z latinského slova colere, které

znamená pěstovat a kultivovat. Je známo dokonce až 161 různých definic kultury. Soukup (2010, s. 22) uvádí první definici, o kterou se pokusil britský badatel Edward Burnett Tylor: „Kultura neboli civilizace, chápána ve svém nejširším etnografickém významu, je komplexní celek, který zahrnuje znalosti, víru, umění, mravy, právo, obyčeje a všechny další schopnosti a zvyky osvojeného člověkem jako členem společnosti“. Dle Eriksena lze kulturu definovat jako schopnosti, představy a formy chování, které si lidé osvojili jako příslušníci společnosti (Eriksen, 2008). Jinou formulaci uvádí Murphy (1998), který říká, že kultury jsou složeniny, protože kolem devadesáti procent obsahu kultury jsou vypůjčeny a jsou to nápodoby jiných společností. Existuje však pravidlo, že čím jsou si kultury blíže, tím je pravděpodobnost, že se budou svými kulturními prvky vzájemně podobat (Soukup, 2010).

Kulturu lze rozdělit na hmotnou a nehmotnou. Nemateriální, též duchovní, kultura je představována sociokulturními regulativy. Jedná se o mravy, normy, obyčeje, zákony a tabu, která jsou v každém sociálním systému, odrážejí základní hodnoty společnosti, jsou spojeny se sankcemi z nedodržení a mění se v průběhu let i století. Nehmotnou kulturou jsou také ideje a symbolické systémy, například jazyk, písmo, řeč, literatura, tanec, patří zde i instituce, které organizují lidské chování jako například manželství, rodina, soudnictví, církve. Přenos kultury a její působení se děje socializací, především v dětství a dospívání, kdy na jedince působí především rodina, škola, vrstevníci a v nemalé míře v dnešní době i média (Soukup, 2010). Kultura se předává z generace na generaci tradicí. Některé prvky kultury pronikají do druhé kultury difuzí a dochází k modifikaci kultury. Pěkný příklad uvádí Hrabáková (2002) na kuchyňském zpracování brambor. Prapůvodně byly používány brambory jihoamerickými Indiány. Díky objevení v zámoří byly dovezeny i do Evropy, kde byla jejich úprava různě modifikována například pro použití jako hranolky, bramborové placky, lupínky a jiné potraviny.

Součástí každé kultury je náboženství a má větší či menší význam pro společnost. Pomáhá lidem nacházet význam ve světě a dává jim smysl života. V nejstarší definici je popisováno náboženství jako víra v nadpřirozené bytosti. Většina náboženství, v postoji

ke smrti, popisuje posmrtný život jako místo, kam se odebírá naše duše a často se jedná o velmi příjemná místa. Například křesťané věří v nebe, kde tráví jejich duše příjemný posmrtný život nebo muslimové vidí posmrtný život ve společnosti tančících dívek. Během staletí vznikala různá náboženství, ale existovaly a existují společnosti, ve kterých se na posmrtný život nevěří (Murfy, 1998; Eriksen, 1998).

Rituály provázejí všechny kultury a existuje několik typů rituálu. Jsou to zinscenované události, které se řídí určitými předpisy a zásadami. K výročním rituálům, které se odehrávají každoročně, patří v naší kultuře Vánoce a Velikonoce. Dalším je rituál přechodový, při kterém se mění postavení jedince ve společnosti jako například svatba a křest. Existují situační rituály, které jsou konány při zvláštních okolnostech a potřebách (Murfy, 1998; Eriksen, 2008).

Při kontaktu s odlišnou kulturou v roli cestovatele, migranta či pouhého turistu je díky odloučení od vlastních jazykových a kulturních standardů jedinec přiveden do psychického stavu nazvaného kulturní šok (Murfy, 1998). Kulturní šok popsal kanadský antropolog Kalvero Oberg a rozdělil jej na čtyři fáze. První fázi popisuje jako idealizaci místa pobytu, neboli medových týdnů tj. honeymoon nebo také turistickou fází. Vše se jeví jako ideální, okouzující, ale po nějaké době dochází ke krizi v důsledku rozčarování a dochází k fázi krize, crisis. Dostavuje se negativní prožívání pocitů, frustrace a úzkost. Třetí fáze, recovery, je charakterizovaná zotavením a poslední fáze je přizpůsobení nazvanou adjustment, kdy se člověk stává kompetentní v cizí zemi (Soukup, 2010). Lze nalézt i další příklady autorů, kteří rozdělili kulturní šok do čtyř až pěti fází. Symptomy kulturního šoku mohou být odlišné v čase. Každý autor uvádí různé symptomy, které se navzájem prolínají. Přednostně jsou uváděny pocity bezmocnosti, úzkosti, bezradnosti, deprese a frustrace, které se mísí s pocity osamělosti, izolací ze ztráty z odloučení od přátel, rodiny a osobních věcí. Často jsou zmiňovány obavy z odmítnutí majoritní společnosti. Všechny tyto nepříjemné pocity se prolínají do fyzické stránky jedince a doprovázejí je různé vegetativní projevy jako například nechutenství, bolesti hlavy, nevolnost (Kutnohorská, 2013). Na kulturní šok může navázat reintegrační šok, který se odehrává při návratu do domovské země a má

podobný průběh jako kulturní šok. Příčinou vzniku jsou pozměněné podmínky ve společnosti, ale i předchozí působení jiné kultury (Soukup, 2010).

Obor kulturní antropologie využívá různé způsoby výzkumů pro poznání kultur, o kterých se zmiňuje Murfy ve své knize, kdy podtrhuje význam překonání jazykové a vyjadřovací bariéry (Murfy, 1998). Jazyková bariéra může být komplikována odlišným dialektem či slangem obyvatel (Nešpor, 2005). Před samotným výzkumem by se měl výzkumník naučit jazyk zkoumané komunity. Tím mu odpadá nutnost přítomnosti tlumočnicka, který nemusí vše doslovně přeložit (Soukup, 2010). Sledovatel by měl být v terénu tak dlouho, dokud jeho přítomnost považují za přirozenou ostatní obyvatelé. Při pobytu v novém prostředí se může chovat sledovatel nevhodně, kdy nezná zvyky a hodnoty kultury, nebo díky svým neznalostem získá zkreslenou představu o uvažování skupiny. Obyvatelé můžou mít k němu úctu a ostýchají se projevit nebo jej mohou považovat jako nepřítele. Je rozdíl také zda je zkoumání na vesnici či ve městě, kde se může stát, že jeho přítomnost nevzbudí zájem. Pak musí použít ke svému zkoumání formálnější metodu a to například strukturovaný rozhovor. Při zkoumání je možné využít kombinace formálních metod a nestrukturovaného zúčastněného pozorování. Při zúčastněném pozorování se výzkumník snaží vniknout do jejich života a nebudit žádnou pozornost, tak aby sledovaní mohli žít v obvyklém režimu. Pokud by se jednalo o skrytém pozorování, hovoří antropologové o neetickém chování vůči sledovaným osobám, kterým je tak upřena možnost práva odmítnutí pozorování. Při výzkumu je vždy třeba zvolit správnou metodu (Eriksen, 1998).

1. 2 Komunikace

Lidská komunikace na rozsáhlý proces, který je závislý na inteligenci, individuálních a sociálních zkušenostech, na psychice jedince. Je součástí základní bio-sociální výbavy člověka, ale individuálně se liší u jedinců (Linhartová, 2007). Slovo komunikace pochází z latinského slova *communico*, *communicare* a znamená sdílet se s někým o něco. V jazykovědném smyslu je komunikace mezilidským dorozumíváním prostřednictvím jazyka (Niklesová, 2006). Definovat komunikaci není jednoduché, ale má vždy dva znaky tj. proces a předávání zpráv. Barringer vymezil komunikaci jako proces přenášení myšlenek, pocitů, údajů a dalších informací, včetně verbálního sdělení a neverbálního chování. Komunikace je součástí každodenního života a je jeho neoddělitelnou částí. Bývá však ovlivněna různými faktory jako fyzikálním, emocionálním stavem, vztahem účastníků komunikace, prostředím a sociokulturními prvky. V ošetřovatelství získáváme komunikací informace o pacientovi/klientovi, slouží k edukaci, k motivaci a zapojení ke spolupráci při jeho léčbě (Plevová a kol., 2011). V souvislosti s jinými kulturami se hovoří o interkulturní komunikaci. Průcha (2010, s. 16) uvádí definici: „Interkulturní komunikace je termín označující procesy interakce a sdělování probíhající v nejrůznějších typech situací, při nichž jsou komunikujícími partnery příslušníci jazykově anebo kulturně odlišných etnik, národů, rasových či náboženských společenství“. Tato komunikace je determinována specifíčkostí jazyků, kultur, mentalit a hodnotových systémů komunikujících partnerů. V souvislosti s interkulturní komunikací se Plevová zmiňuje (2011) o tzv. kulturních standardech, které jsou chápány jako všechny druhy vnímání, hodnocení, myšlení a jednání, které jsou typické a samozřejmé příslušníky určité kultury. Kulturní standardy popisují kulturu podrobně a zobrazují způsoby jednání.

1. 2. 1 Verbální komunikace

Součástí komunikace je jazyk, který je prostředkem sociálního života a slouží ke sdělení myšlenek, předávání zpráv, hodnot. Vlastní jazyk používá asi 3 000 až 6 000 žijících národností, etnik nebo kmenů. V Evropě je to padesát jazyků včetně řady různých nářečí a přízvuků (Průcha, 2010). Existuje určitá podobnost nebo příbuznost jazyka, kterou lingvisté rozdělili na genetickou a typologickou klasifikaci, která vyplývá z gramatické podobnosti. Genetická vychází z principu dědičnosti, kdy se jedná o určité společné znaky. V Evropě jsou tři jazykově příbuzné skupiny a jedná se o indoevropský, ugrofinský a turkotatarský jazyk. Čeština náleží ke slovanským, konkrétně k západoslovanským jazykům, které jsou zahrnuty do indoevropské skupiny. Podobnost češtiny je se slovenštinou, polštinou a lužickou srbštinou. Ostatní jazyky jsou pro Čechy málo srozumitelné či nesrozumitelné (Průcha, 2010). Jazyk má podíl na existenci lidské kultury, umění, náboženství, vědy a slouží k předávání informací dalším generacím. Jazyk je prezentován řečí, s kterou souvisí hlas s paralingvickými znaky. Jedná se o soubory vokálních a hlasových projevů na hranici mezi neverbálními prostředky a mluvenou řečí. Paralingvickým projevem je barva hlasu, melodie, plynulost řeči, přízvuk, intonace a síla hlasu. Tyto projevy zdobí verbální zprávu a v případě nesrozumitelných slov mohou zmíněné prvky uvést posluchače do porozumění textu. Příkladem bohatého využití paralingvických projevů v řeči jsou Italové, kteří díky svému temperamentu je hojně využívají v řeči. Naopak u některých kultur, Vietnamci a Dánové, je konverzace bez těchto projevů nebo jen s minimem (Plevová a kol., 2011). Uvádí se, že v Evropě existuje tzv. geografická hranice, kdy čím severněji sídlí etnikum, tím jsou jeho komunikační projevy tlumenější. Čím jsou jižněji, tak se etnikum projevuje větší temperamentností (Průcha, 2010).

Kombinace verbální a neverbální komunikace se týká pozdravů, oslovení, seznámení a projevu shody. Pozdrav a oslovování je verbální výrazový prostředek, který je ovlivněn kulturou, ke které jedinec náleží. Evropan podává při setkání ruku, ale u asijské kultury je tělesný kontakt nevhodný (Průcha, 2010). V islámských zemích není podání ruky obvyklé a může se stát, že odmítnou při setkání podat lékaři, jiného pohlaví, ruku (Tóthová a kol. 2012). Ze zkušenosti zdravotníků v islámských zemích se

musí sestra obrnit trpělivostí a vyžádat si přítomnost lékaře nebo zdravotníka muže (Králíková, 2008). Usmívání je u Evropana a Američana výrazem sympatie a přátelství, opakem jsou Vietnamci, Japonci a Korejci, kteří úsměvem vyjadřují svou nejistotu, omluvu a zmatek (Průcha, 2010; Tóthová a kol., 2010). Při seznámení nebo kontaktu s neznámým člověkem si Ukrajinci vykají, muži zdraví nejdříve ženy a mladší lidé starší. Obvykle si muži podávají ruce, ale ženy mezi sebou si nepodávají. Běžné potřásání rukou při setkání s cizími lidmi, které může být doplněno polibkem nebo dotekem na obě tváře a je zásadou polské populace. Neoslovují se křestním jménem bez předchozího svolení a u polské menšiny na Těšínsku se zásadně vyká. V oficiálním projevu se oslovuje pan, paní (Plevová a kol., 2011). Pokud chce polský muž vyjádřit ženě úctu a obdiv, pak ji políbí ruku (Kutnohorská, 2013). Lidé si většinou navzájem podávají pravou ruku, ale například vietnamská minorita ještě podání pravé ruky umocňuje stiskem levé ruky (Tóthová a kol., 2010).

1. 2. 2 Neverbální komunikace

Neverbální komunikace, taky řeč těla, je prvotní forma dorozumívání živočišných druhů. Dříve než se lidé naučili mluvit, dorozumívali se gesty, mimikou a hlasovými zvuky. Neverbální sdělení má větší váhu než verbální odpověď a vlastně prezentuje jedince, aniž vysloví slovo. Prozradí jej mimoslovní výrazové prostředky, jako výraz očí, mimika a dýchání (Linhartová, 2007). Nejvíce je uváděno rozdělení neverbální komunikace na haptiku, kinetiku, mimiku, gestiku, viziku, posturologii, proxemiku, teritorialiku a chronemiku, ale může být zde zařazena i úprava zevnějšku a z části paralingvika. Pro ošetřující personál mají tyto neverbální projevy velkou výpovědní hodnotu (Plevová a kol., 2011).

V ošetrovatelské péči je dotek, haptika, významnou součástí a nástrojem, který může navodit uklidnění, podpořit či ujistit. Součástí haptiky je podání ruky. V naší kultuře se jedná o nejběžnější způsob pozdravu, který však nemusí být akceptován jinou kulturou nebo má jinou vypovídající hodnotu. Podání ruky je známo již od doby starého Říma a bylo známkou dohody. Nejdříve si při setkání podávali ruce pouze muži, v minulém století pak i ženy.

Dalším neverbálním projevem je kinetika, komunikace pohybem. Sleduje pohyby celého těla a rytmus těchto pohybů, napětí nebo uvolnění v bezprostředním vztahu k tomu co se děje v komunikaci (Plevová, 2011). Pohybem zprostředkováváme až 65 % neverbálních informací a dříve než začneme mluvit, tak se pohybujeme (Kutnohorská, 2005). Například Vietnamci jsou ve svých pohybech pomalí a klidní, jejich kultura je tak učí a jsou pokládáni za slušné a uctivé jedince. Přehození nohy přes nohu, položení nohou na stůl či smrkání na veřejnosti do kapesníku je pro ně nepřipustné. Naopak temperamentností a gestikulací vyniká romská menšina, která dokáže zpracovat až 95% mimoslovní komunikace (Tóthová a kol., 2010; Tóthová a kol., 2012).

Výraz obličeje, mimika, nám vypovídá mnohé o druhém člověku. Ve výrazu tváře se odráží naše emoce, prozrazuje náš vnitřní stav a odráží naše osobní vlastnosti. Mimický projev je vrozený, ale jsou rozdíly v kulturách, které jsou dány tradicí, temperamentem a výchovou. Stejným příkladem jsou gesta, gestika, pohyby rukou, které doprovází řeč (Plevová a kol., 2011). Jednotlivé kultury se odlišují navzájem jednotlivými gesty. Tyto gesta nemusí mít vždy stejný význam a jsou ovlivněny národním temperamentem (Linhatová, 2007). Výrazným příkladem mohou být Italové a Ukrajinci, kteří při hovoru hodně gestikulují, přikyvují hlavou pro vyjádření souhlasu, naslouchání nebo zodpovězení otázky (Plevová a kol., 2011). Naopak zcela rezervovaným chování se projevují Angličané (Kutnohorská, 2005).

Dalším komunikačním projevem je oční kontakt, vizika. Při hovoru se lidé dívají navzájem na sebe a existují pravidla v různých kulturách o délce pohledu a intenzitě zrakového kontaktu. V naší evropské společnosti, ale i v americké je očekáván přímý oční kontakt (Plevová, 2011). Avšak co platí v našich evropských podmínkách, se nemusí shodovat s kulturou cizince v ošetrovatelské péči u nás. Pro islámskou kulturu je zcela nepřipustný vizuální kontakt s osobou druhého pohlaví (Tóthová a kol., 2012). Tak jako přímý pohled v Indonésii, který je považován za nezdvořilý nebo působí nadřazeně u Afričanů a Asijců. Naopak málo pohledů u Jihoevropanů a Severoameričanů jsou vykládány za nezdvořilost a nedostatek pozornosti.

Proxemika je komunikace udržováním určité vzdálenosti. Existují zóny, do kterých člověk vpouští druhého k sobě. Je to intimní, osobní, společenská a veřejná zóna. Každá

zóna má určitou vzdálenost a její hranice bývá proměnlivá (Linhartová, 2007). V ošetrovatelské péči zdravotník vstupuje klientovi především u edukace, vizitě a skupinových sezení do společenské zóny. Při rozhovoru, podání ruky, individuální edukaci a sběru anamnézy je vstupováno do osobní zóny. Do intimní zóny, která je určena jen pro nejbližší, vstupuje zdravotník při ošetrovatelských úkonech souvisejících s hygienou, krmením, péčí o vyprazdňování a vyšetřením pacienta (Plevová a kol., 2011). Vstupuje-li zdravotník do intimní zóny pacienta, který na to musí být upozorněn a musí dát souhlas ke vstupu (Šimonová, 2012). Narušení této zóny je provázeno somatickou reakcí, kdy dech se stává nepravidelným, frekvence tepová je vyšší, mění se svalový tonus. Vstup do této zóny se liší individuálními zvyky a transkulturními rozdíly (Linhartová, 2007).

Posturikou, komunikací postojem, polohou a konfigurací, s pacientem jednáme především v základních polohách tj. vsedě, vleže a ve stoje. Při této komunikaci je důležité všimnout si bariérových znamení, například překřížených rukou, které znamenají odmítání, strach a nedůvěru (Kutnohorská, 2005). Komunikace prostorem, teritorialita, patří k neverbálním projevům a je to projev vlastnických vztahů k určitému prostoru. Chronemika, komunikace zacházení s časem, znamená, jak jedinec zachází s časem a jak jej využívá ke komunikaci. Například u Ukrajinců se musí počítat s určitou mírou nespolehlivosti, pokud se jedná o dochvilnost. Naopak u Slováků se setkáváme s dodržováním stanoveného času a termínu, tak jako u Poláků (Plevová a kol., 2011).

Komunikace úpravou zevnějšku je vše co můžeme vyčíst ze způsobu oblečení, účesu, preference barev, bydlení a dalších. Především se kultura vписuje do oblečení člověka. Může se jednat o motivy, barvy oblečení, střihy a taktéž o zahalení části těla oděvy. Výrazným rozdílem je pro nás Evropany muslimská kultura, která nařizuje ženám nosit čáďor zahalující i tvář (Kutnohorská, 2013).

1. 2. 3 Etnofaulismy

Problémy v komunikaci mohou mít i kořeny v minulosti. Jsou předávány zkreslené informace o určitých etnických skupinách z generace na generaci. Ve společnosti se

setkáváme s předsudky, názory, které máme, aniž bychom začali o věci přemýšlet. Měli bychom být ochotni dle Tollarové (2013) si tyto předsudky uvědomovat a podrobit je zkoumání. Předsudky se mohou týkat i slovního neoficiálního pojmenování těchto minoritních skupin tzv. etnofaulismu, které se vyskytují ve všech kulturách, jazycích a týkají se imigrantů a národnostních menšin. Mohou se týkat samotného jazyka imigrantů, jejich odívání, mentalitě, zvyků aj. a mají zesměšňující charakter jako například Ivani - Rusové, Němci - němčouři, Vietnamci - rákosníci. Důvodem proč vznikají etnofaulismy je výrazná kulturní odlišnost, fyzické antropologické znaky a jazyk (Průcha, 2010). Soužití s rozdílnými skupinami kultur, souvisí i se stereotypy. Jedná se o ustálený názor nebo postoj, který vznikl zobecněním zkušenosti nebo zastaralou informací na celou skupinu lidí. Stereotyp může být negativní, kdy problémem je jeho strnulost a těžko se překonává nebo mění. Neumožní nám poznat jiného jedince v odlišné podobě a opravit si na něj názor (Tollarová, 2013).

1. 3 Pacient z odlišné kultury ve zdravotnickém zařízení

Dle údajů z dokumentu z roku 2010 vydaného v USA Racial and ethnic disparities in health care - Rasové a etnické rozdíly ve zdravotnictví, vydaného American College of Physicians, se zabývá rozdíly v kvalitě péče u minorit. Jsou zde uvedeny zdroje obtíží minorit, které se pomalu zlepšují. Je posuzován přístup ke zdravotnímu pojištění a tím i k péči, která by odpovídala jeho potřebám. Je potvrzeno, že ti kteří nemluví anglicky, mají horší kvalitu péče a horší přístup ke zdravotní péči. Zaznívá zde doporučení pro lékaře a další zdravotníky, kteří mají být citliví a vnímaví ke kulturním rozmanitostem mezi pacienty a přispět k zmenšení rozdílů v péči u menšin (Crowley, 2010).

Při pobytu jedince z jiné kultury ve zdravotnickém zařízení může dojít k nedorozumění. Hlavním problémem bývá jazyk, kterému nedostatečně menšiny rozumí, ale i vliv kulturních hodnot, postojů ke zdraví a nemoci, přístupu k léčebným procedurám, k hygienickým normám, stravování, představě o nemoci a strategii léčby (Průcha, 2010). Pro zdravotnický personál se může jedinec odlišovat od „standardního“ pacienta jen reakcí na nabízenou péči (Ptáček, 2011). Přehlížením

a nerespektováním paralingvické odlišnosti, neverbální komunikace, mimiky, doteku, vzdálenost zón, oční kontakt, řeč těla, pozdrav, vnímání času, může taktéž vést ke komunikační bariéře (Plevová a kol., 2011).

Existují určitá doporučení pro komunikaci s pacienty z jiné kultury. Může se stát, že nevíme, jak se jméno pacienta píše či čte. Je možné požádat pacienta, aby jej hláskoval nebo napsal. Zcela nevhodné je použití podobného jména, přezdívky nebo zkráceného jména (Černá, 2005). Pro zdárnou komunikaci musíme zjistit v jakém jazyce pacient/klient hovoří a jakým se eventuálně dokáže domluvit. Nemusí se jednat o komunikaci v jazyce majoritní společnosti, ale o komunikaci v tzv. třetím jazyce například v angličtině, ruštině, němčině nebo francouzštině. Velkou výhodou je mít slovní zásobu základních slov pro komunikaci v jazyku pacienta. Je nutné si udělat časový prostor a nespěchat v komunikaci s pacientem/klientem z jiné kultury. Nezbytné je hovořit pomalu, nekřičet, hovořit zřetelně a používat jednoduché věty. V případě komunikace prostřednictvím tlumočnicka je vhodné se s ním sejít před tlumočením a hlavně si uvědomit, že nelze přeložit některý slang nebo odborné výrazy (Plevová a kol., 2011). Problém však může nastat i při přítomnosti tlumočnicka, kdy se jedná o sdělení intimních informací. To se může také týkat situace, kdy je tlumočnickem dítě rodičů, které nemusí mít dostatečnou slovní zásobu a zvláště v situaci, kdy je probíráno citlivé téma (Dobiášová, 2011). Campinha-Bacote (2002) se přiklání v komunikaci s pacienty z jiné minority, využitím profesionálního tlumočnicka. Dalším problémem může být nepřítomnost kvalitního překladatele v málo známých jazycích jako například v arabštině a albánštině. Překladatelé do albánštiny nejsou schopni překládat odborné medicínské výrazy (Průcha, 2010). Některé nemocnice mají mezi svými zaměstnanci speciálně školené překladatele. V naší republice existuje řada překladatelských firem, které jsou schopny tlumočit po telefonu nebo mohou být jako doprovod ve zdravotnickém zařízení. Ceny za tlumočení jsou různé a hodně záleží, v kterém jazyce bude tlumočeno. Plátce tlumočení není stanoven, protože neexistuje závazná norma, náklady může platit cizinec nebo zdravotnické zařízení (Elbertová, 2010). Ve světě existují tzv. mezikulturní mediátoři, komunitní zdravotničtí pracovníci či průvodci pacientů. Jedná se o speciálně vyškolené pracovníky, často příslušníky

komunity migrantů, kteří pracují jak ve zdravotnickém zařízení, tak v komunitě migrantů. Zastávají roli překladatele, přes pacientova advokáta až po školitele migrantů ke zdraví. Například v Hamburku existuje celý tým mezikulturních mediátorů, kteří zajišťují osvětu v komunitách migrantů a seznamují je s fungováním německého zdravotního systému. V Belgii pracují taktéž mezikulturní mediátoři, kteří zajišťují překladatelské služby a podporu pacientů (Dobiášová, 2010).

Při rozhovoru s cizincem si je nutné uvědomit, že tak jako každý pacient, nemusí být sdílný k cizí osobě. Úvodem by měl zdravotník projevit svůj zájem nejlépe běžnými otázkami, které se týkají každodenního života a navodit tak pocit důvěry a jistoty. Ptát se na místo odkud pochází a zda má již nějaké zkušenosti z hostitelské země. Většinou je pacient/klient potěšen zájmem o jeho osobu. Cílem získání informací, anamnézy je zmapování perspektivy klienta a pochopení, co je pro něj v té chvíli nejdůležitější. Ve většině nemocnic jsou vypracovány formuláře, do kterých se informace zapisují (Anastasiadou a kol., 2008). V neposlední řadě jsou v našich nemocnicích a zdravotnických zařízeních písemné informace pro pacienty z jiných kultur v jejich jazyce. Informované souhlasy musí obsahovat obecné informace a specifické, které souvisí s komplikacemi a riziky (Dobiášová, 2010). V kulturách evropských jsou obvykle preferovány informace v písemné formě a vizuální, například návody. Přesto však písemná forma nemůže nahradit rozhovor. U některých etnik je především cennější poskytnutí informací mluveným slovem, prostřednictvím vyprávění a naslouchání (Průcha, 2010).

Při komunikaci je důležité pozorně naslouchat a všimnout si projevu neverbální komunikace. K doplnění informací je možné použít obrázky a piktogramy (Plevová, 2011). V zahraničí jsou známy pod označením PIC, Pictogram Ideogram Communication. Piktogram je obrázek nebo znak, který obsahuje informaci. Požadavkem, který je kladen na piktogram, je výstižnost, jednoduchost a jednoznačnost (Uríčková, 2008). V případě ošetřování cizince z jiné, exotické země, může sloužit příručka na webových stránkách Střediska vzdělávání ve zdravotní péči o občany z třetích zemí, která obsahuje text ve 41 světových jazycích pro případ zjištění jeho zdravotních potíží (středisko vzdělávání ve zdravotní péči, 2011).

Cizinci či menšiny mají často specifické kulturní požadavky nebo rituální praktiky, které souvisí s vyšetřováním, prováděním léčebných opatření, doprovodem a přítomností rodiny při vyšetření a hospitalizaci, stravováním, spiritualitou, podávání krve a krevních derivátů, odmítnutím pitvy, rozdíly v postoji ke zdraví na žebříčku hodnot. Překážkou úspěšné léčby je nedostatečná nebo žádná spolupráce pacienta, který nechápe diagnostické a léčebné postupy. Požadavky, které na něj klade zdravotnický personál, jsou pro něj nedůvěryhodné. Cizí a neznámé prostředí, dezinterpretace okolního prostředí u něj vyvolává strach. Odloučení od rodiny je pro některé pacienty z jiné kultury nepochopitelné (Šimonová, 2012). Přítomnost rodinného příslušníka či celé rodiny při péči o pacienta v nemocnici je preferována u muslimských pacientů, proto nikdy nechodí k lékaři pacient sám. Vždy jej doprovází manžel, manželka nebo někdo z rodiny. Při vyšetření a léčení ženy musí být pouze žena. Při vyšetření muže je vyžadován muž. Rodina je pro ně nejdůležitější hodnota v životě a často členové o sobě vědí navzájem vše. Při hospitalizaci se musí počítat s početnými návštěvami příbuzenstva (Králiková, 2008). Romové jsou rovněž fixováni na rodinu a bez ní jsou nesamostatní. Při strachu pocítují méněcennost a projevují se agresivitou a neochotou spolupracovat. Jsou nedůvěřiví vůči zdravotníkům. Pokud se zdravotníkovi podaří v nich probudit důvěru, pak jsou vděční. Nezbytné je zjistit, s kým z rodiny bude zdravotník komunikovat a tomu předávat informace (Tóthová a kol., 2012). Rodinu taktéž uctívají mormoni a snaží se co nejvíce stýkat společně. V nemocnici zástupci mormonů neodmítají žádný lékařský a vyšetřující výkon. Mohou se podrobit transplantaci nebo přijmout krevní deriváty (Michálková, 2010). Bez omezení jsou taktéž členové římskokatolické církve, evangelické, islamisté a judaisté, kteří však odmítají transplantace. Naproti Svědkové Jehovovi odmítají podání krve a krevních derivátů, ale zase jsou vyzýváni, aby pečovali o své zdraví, vyhledávali kvalifikovanou zdravotní péči a jsou vysoce disciplinováni při léčbě (Schwarz, 2008).

Pro zdravotníky je nezbytné, aby znali základy náboženských systémů. Uvádí se, že jsou často náboženské projevy skryté a teprve při léčení a ošetřování se odhalují (Ralbová, 2010). Požadavky na uspokojení náboženských potřeb jsou u kultur rozdílné. Náboženství, religionistika pochází z latinského názvu religie. Religio znamená vazbu

člověka na vyšší a nadpřirozenou autoritu. Člověk věří, že mu vztah k posvátnu a Bohu dává smysl života. V provozu nemocnice není možné plně respektovat nábožensky determinované zákazy, doporučení a příkazy. Je žádoucí projevit snahu zajistit nejzákladnější požadavky a pacienta informovat jakým způsobem je mu možné vyjít vstříc (Budil, 2003). Alespoň částečná možnost dodržování rituálů, oblékání, stravování spojených s jeho vírou má pro věřícího velký přínos a uspokojuje jeho religiózní potřebu. Ve společnostech, kde je vysoký podíl jedinců vyznávajících křesťanskou víru, tak jako u Poláků, má spiritualita velký význam (Herzig, 2011). Mormoni, příslušníci Církve Ježíše Krista svatých posledních dnů, mohou svou víru aplikovat i během hospitalizace. Modlitba, která je tichá, bývá spojena s konzumací potravin. Jeden krát za měsíc drží půst, kdy jsou celý den bez jídla a pití. Může se však půst individuálně upravovat (Michálková, 2010). Muslimové zanedbání své víry hodnotí jako odklon od víry, proto ji praktikují i v nemocnici, kdy se modlí až tři krát denně. Modlitba je pro ně důležitá, jejím smyslem je navázání kontaktu s Bohem a má přísně stanovená pravidla (Tóthová a kol., 2011). K modlitbám používají kobereček a modlitební knížku tj. Korán. Těchto věcí se nesmí nikdo dotýkat, kdo má znečištěné ruce (Králíková, 2008). K meditaci jedincům vyznávající buddhismus stačí klidné místo i při hospitalizaci (Rolantová a kol., 2011).

Reagování na bolest je u cizinců a minorit různá. Vietnamská minorita bývá klidná a má vysoký práh bolesti. Tišícím lékům se vyhýbají, protože mají strach z návyku a vedlejších účinků léků. Především se snaží o léčbu doma, až je jejich stav vážný, teprve navštíví lékaře (Tóthová a kol., 2010). Arabské skupiny vyjadřují bolest velkou intenzitou verbálně i neverbálně, tak jako Španělé, naopak Němci bolest tolerují, ale jen pokud je součástí léčebného procesu. Češi, Poláci, Slováci a Maďaři hodnotí intenzitu bolesti navenek (Průcha, 2010). Japonci jsou již od útlého věku vychovávaní dle starých tradic. Učí se schovávat své city a pocity za jakousi masku a nejsou ochotni připustit, že mají bolesti (Konečná, 2006). Čínští pacienti se snaží bolest překonat a netišit ji léky. Dle jejich představ se jedná se o nerovnováhu Jin a Jang, kdy podle této filozofie není třeba bolest tlumit, ale hledat alternativní formy řešení bolesti meditací nebo relaxací

(Scholz a kol., 2008). Nejenom bolest, ale i nemoc je porucha rovnováhy a vnitřní harmonie těla. Dle čínské medicíny vše navzájem souvisí (Tóthová a kol., 2010).

Samotná kultura je faktorem, který ovlivňuje stravu pacienta. Může se jednat o preferovaná jídla, výživové zvyklosti a používané potraviny. Kulturní předpisy mohou ovlivňovat způsob přijímání potravy, rozvržení konzumace jídel v průběhu dne, způsoby stolování, konzumace nápojů. Rozdíly ve stravování jsou odlišné vlivem zeměpisných, hospodářských, klimatických a náboženských vlivů. Nejčastěji se uvádí rozdělení kuchyní na pět gastronomických oblastí. Na naši evropskou kuchyni, asijskou a kuchyně Dálného východu, africkou, americkou a kuchyni Tichomoří, Austrálie a Nového Zélandu. Každá z těchto kuchyní se dělí ještě na národní kuchyně. V Evropské kuchyni jižních zemí jsou převážně racionální a pestrá jídla. Na jídelníčku je čerstvá zelenina a ovoce, ryby, používá se olivový olej. Jídla jsou vždy čerstvě uvařená. V severské kuchyni dominují ryby. V maďarské, rumunské a bulharské kuchyni se používá dostatek zeleniny, vepřové a skopové maso. Ruská kuchyně se odvíjí od oblastí (Pavelová, 2005). Arabská kuchyně je velmi odlišná, často bohatě kořeněná a velmi spjata s náboženstvím. Úprava jídla a zákaz konzumace vepřového masa vychází z Koránu (Kutnohorská, 2013). Z náboženských důvodů odmítají konzumaci hovězího masa nebo masa obecně buddhisté. Dle buddhistů nesmí být zvíře zabito kvůli nim (Rolantová a kol., 2011). Čínská kuchyně využívá velké množství zeleniny, která je jen krátce připravována. Mongolské skupiny lidí preferují ve stravě vařené maso a zeleninu. Nejvíce jako přílohu podávají rýži a brambory (Tóthová a kol., 2010). Bohatou snídaní vynikají Angličané a Rusové, kteří mají obědy obohaceny o hutné polévky s pečivem a maso, ale večeri mají poměrně lehkou. Polévky také konzumují Číňané. Pití velkého množství čaje jsou známí v Anglii a Rusku, kde se k němu přidává mléko nebo sirup. Čína je známá tím, že čaj je podáván k jídlu a nesladí se (Pavelová, 2005). Mongolové si nedovedou představit začátek dne bez čaje, který je s mlékem a se solí. V některých oblastech do čaje přidávají hrudku másla. Čaj je také dominantní tekutinou u buddhistů, naopak mormoni nesmí pít černý a zelený čaj (Tóthová a kol., 2012).

1. 4 Transkulturní/multikulturní ošetřovatelství

Již od 60. let 20. století se začíná hovořit se o transkulturní péči - transcultural nursing v zámoří, později pak i v Evropě. Průcha (2010, s. 164) uvádí definici: „Transkulturní ošetřovatelství je praktický a teoretický obor zaměřený na podobnosti a rozdíly v péči o klienty různých kultur s jejich souborem hodnot, životních zkušeností a přesvědčení.“ Cílem transkulturního ošetřovatelství je poskytovat vhodnou, smyslounou, účinnou a individualizovanou podporu ve zdraví a nemoci. Jedná se o péči na míru, která je kvalitní a splňuje standardy majoritní společnosti (Šimonová, 2012). Obor vznikl jako reakce na narůstající multikulturní společnost, na zvyšující se požadavek kulturních menšin na adekvátní péči a na potřebě majoritních společností porozumět rozmanitosti minoritních kultur. Transkulturní péče je zahrnuta do studijních programů vzdělávání všeobecných sester (Plevová a kol., 2010).

Položíme-li si otázku: Je rozdíl mezi multikulturní a transkulturní ošetřovatelskou péčí? Multikultura vyjadřuje mnohočetnost, početné seskupení kultur, které jsou vedle sebe a neovlivňují se. Pouhý multikulturní přístup, kdy se jedná o popis bez pochopení příčin a hranic odlišnosti je nedostačující, proto je žádoucí transkulturní přístup, který znamená hledání prvků společného mezi kulturami (Tóthová a kol., 2012). Smyslem transkulturního ošetřovatelství je naplnit lidské potřeby jedinců, tak aby neměli důvod odmítat spolupráci a péči. Jedinci přicházející z jiných zemí mohou mít jiné priority v potřebách než domácí obyvatelstvo. Často jsou tito lidé více náchylní na onemocnění, než majorita (Kačorová, 2010). U migrantů je prokázána vyšší mortalita u některých chorob, jsou ohroženi infekčními chorobami, je dokázáno, že ve zvýšené míře trpí depresemi, úzkostnými poruchami, bolestmi hlavy, mají různá chronická onemocnění, především diabetes. Totéž je uváděno v souvislosti s menšinami v USA, kde se sice prodloužila délka života, ale je stále vysoký podíl nemoci, úmrtí a invalidity (Crowley, 2010). Je prokázáno, že u zahraničních imigrantů se vyskytují častěji úrazy. Odlišná kultura, jiné chápání nemoci a zdraví vedou k rozdílným životním návykům. Týká se to oblastí výživy, životních a pracovních podmínek nebo kouření a konzumace alkoholu (Dobiášová, 2010). Vacková a kol. (2012) uvádí příklady z Velké

Británie o rozdílné délce života, úmrtí a prevalenci chronických chorob, které ovlivňují život národnostních menšin.

Poskytnutí transkulturní péče souvisí s kulturní kompetencí. Jedná se o soubor dovedností, znalostí a postupů, které umožňují zdravotnickým pracovníkům poskytovat ošetrovatelskou péči, která je pro etnické a minoritní skupiny kulturně přijatelná a žádoucí (Ptáček, 2011). Tóthová (2010) prezentuje kulturní kompetenci dle Srivastavova. Protipólem kulturní kompetence je kulturní destrukce, kdy nadřazenost kultury je tak velká, že jiné kultury zanikají. Kulturní neschopnost znamená neuznání kulturních kompetencí a neschopnost zdravotníků poskytnout jiným kulturám odpovídající péči. Předpokládá se, že se menšina v majoritní společnosti přizpůsobí. Při popírání kulturních rozdílností péče a poskytování péče všem bez rozdílů, hovoříme o kulturní slepotě. Kulturní před-kompetencí je uznání potřeb odlišnosti péče a schopnost tuto péči naplnit je kulturní kompetencí. Poslední je kulturní zběhlost, kdy zdravotníci poskytují odpovídající péči a hledají nové cesty a praktiky poskytnutí kulturně kompetentní péče.

Transkulturní společností je ve světě Společnost transkulturního ošetrovatelství - Transcultural Nursing Society, kterou založila v roce 1973 Madeleine Leiningerová jako národní a mezinárodní organizaci. Sídlí v Livonii v USA. Posláním společnosti je zvýšit kvalitu ošetrovatelské péče a zvýšit kvalitu kulturně shodné, kompetentní péče a spravedlivé péče, která vede ke zlepšení zdraví a pohody lidí na celém světě. Cílem je začlenit transkulturní ošetrovatelskou teorii a výzkum na strategické plánování, navrhování a provádění programů souvisejících se zdravím na celém světě. Integrovat transkulturní ošetrovatelský výzkum, který zvyšuje kulturně shodnou, kompetentní a spravedlivou péči. Od roku 1989 vydává Časopis transkulturního ošetrovatelství - Journal of Transcultural Nursing (Plevová a kol., 2011; transcultural, 2013). Ústředním mottem společnosti je - Mnoho kultur - jeden svět (Špidurová a kol., 2006).

V italské Modeně byla 28. 2. 2005 založena Evropská transkulturní asociace sester - ETNA, která sdružuje 25 evropských zemí. Důvodem vzniku byla neustále se zvyšující migrace obyvatelstva v Evropě. Cílem společnosti je podpora transkulturního ošetrovatelství v Evropě, publikační činnost, podpora kurikul transkulturního

ošetřovatelství, spolupráce na výzkumných projektech a pořádání letní školy transkulturního ošetřovatelství pro multidisciplinární týmy. Současnou prezidentkou je Irena Papadopoulou profesorka Middlesex University v Londýně ve Velké Británii. Zástupkyní České republiky je prof. PhDr. Valérie Tóthová, Ph. D. z Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích (Plevová a kol., 2011; etna, 2013).

1. 4. 1 Madeleine Leiningerová

Nejznámější teoretičkou a zakladatelkou transkulturního ošetřovatelství je Madeleine Leiningerová, která se narodila 13. 7. 1925 v Suttonu a zemřela v Nebrasce 10. 8. 2012. Díky otci, který měl německou národnost, zdědila jeho odhodlání, a matčině irskému původu, která ji naučila zpívat a smát se, dokázala překonávat potíže (transcultural, 2013). V roce 1948 získala vzdělání v ošetřovatelství v St. Anthony's School of Nursing v Denceru. O dva roky později v roce 1950 získala bakalářský titul na Benedictine College v Atchisonu. Magisterského titulu dosáhla v roce 1954 na Katolické univerzitě ve Washingtonu. Za dvanáct let dosáhla titulu PhD v oboru kulturní a sociální antropologie v Washingtonu, Seattle. V počátku kariéry byla zaměstnaná na psychiatrii, kde byly hospitalizovány děti z různých kultur. Díky rozdílnosti nedokázala dětem pomoci a zažila to, co se popisuje jako kulturní šok. Kulturní rozdíly se týkaly jídla, spánku, hry a dalších oblasti každodenního života (Leininger, 1988). Díky této zkušenosti začala považovat nedostatek kulturního povědomí sester za nezbytný článek v procesu diferencované péče (Mastiliaková, 2005). Její zájem a nedostatek informací ji přivedl ke studiu antropologie. Zúčastnila se výzkumu v Nové Guinei. Studium a její výzkum ji utvrdilo o její spojitosti s ošetřovatelstvím (transcultural, 2013). Madeleine Leiningerová spojením dvou pojmů kultura a péče v ošetřovatelství dala základ novému pojmu kulturní péče. V této době vznikla její první kniha transkulturního ošetřovatelství - Ošetřovatelství a antropologie: dva spojené světy (Plevová a kol., 2011). Od roku 1966 organizovala první multikulturní kurzy. V těchto kurzech uplatnila své zkušenosti a příklady. Zasloužila se o zařazení studia Transkulturní péče do univerzitního programu v USA. Je zakladatelkou společnosti Transcultural Nursig Society (trancultural, 2013). Madeleine

Leiningerová je známa svým modelem tzv. vycházejícího slunce. Ve své teorii klade důraz na kulturu, přesvědčení, světový názor, hodnotový systém a další faktory, které nelze od sebe oddělovat a které určují způsob, jak pacienti péči chápou a co od ní očekávají. Ve své teorii se snažila vysvětlit a předpovědět jednotlivé faktory ovlivňující poskytnutí adekvátní péče, tak aby byl splněn požadavek na holistický přístup ke člověku (Farský, 2011). Označení transkulturní ošetrovatelství, etnoošetrovatelství a multikulturní ošetrovatelství použila v 60. letech minulého století. Rozpracovala předpoklad, že jednotlivé kultury různě chápou, vnímají a uskutečňují péči, ale přesto mají podobné prvky. Nazvala je prvky univerzality a odlišné jako prvky diverzity. První prezentaci své teorie publikovala v roce 1985. (Mastiliaková, 2005b). Model vycházejícího slunce, jak jej pojmenovala, rozdělila do čtyř úrovní. Úroveň jedna až tři jsou základem pro plánování a poskytování ošetrovatelské péče. Jeho první úroveň je prezentována v kruhové podobě s jednotlivými paprsky. Kruh zaujímá sociální a světónázorové faktory, které prostřednictvím symbolů, jazyka a prostředí ovlivňují samotnou péči a zdraví. Sociokulturní kontext je prezentován paprsky, které ovlivňují jedince a znamenají kulturní vlivy - náboženské, technologické, právní, politické, duchovní, ekonomické, vzdělávací, rodinné, životní styl. Jádro je představováno znaky, kulturní vzory, praktiky péče o zdraví. Všechny faktory ovlivňují zdraví, nemoc a způsob léčby (Plevová a kol., 2010). Druhá úroveň poskytuje poznatky o jednotlivých rodinách, jednotlivcích, skupinách a institucích v různých zdravotnických systémech. Třetí úroveň prezentuje prolínání tradičních lidových postupů, profesionálních systémů a ošetrovatelské péče, kde je možné identifikovat kulturní diverzitu a univerzalitu. Čtvrtá úroveň zaujímá kompetentní péči, kde se jedná o rozhodnutí a provedení ošetrovatelských opatření. Definuje tři způsoby shodné péče - záchovnou a ochrannou kulturní péči, adaptační kulturní péče a kulturní péče pomáhající uskutečnit změnu. Výsledná péče je tak šitá na míru podle jejich potřeb tzv. kulturně specifická péče (Mastiliaková a kol., 2005a). K její významné práci patří autorství výzkumné metody etnoošetrovatelství-ethnonursing. Jedná se o kvalitativní výzkumnou metodu, která využívá popis, dokumentace a vysvětlování jevů ošetrovatelské péče studiem víry, hodnot a zvyklostí týkající se ošetrovatelské péče, které patří do specifické kultury

(Plevová a kol., 2010). Dlouhodobé etnoošetřovatelské posouzení slouží pro výzkumníka, který se připravuje na déletrvající výzkum nebo k popisu jednotlivých kultur, etnik pro transkulturní ošetřovatelství. Krátkodobé ošetřovatelské posouzení může použít zdravotník bez předchozích znalostí o jiné kultuře a má pět fází. Zaznamenáváme všechno, co se týká pacienta a jeho rodiny, získáme informace o jeho přesvědčení a kulturních hodnotách, o aktivitách, které souvisí se zdravím. Identifikujeme a dokumentujeme názory na to, co pacient poznal ve zdravotnickém systému. Společně s pacientem hledáme, co je společné i odlišné v kultuře a sestavujeme plán péče. Teorie a model má i své kritiky, protože se model orientuje jen na analýzu společnosti jako celku, ale jsou opomíjeny problémy soužití. Málo je vyzdvížena autonomie pacienta a nezohledňuje individualitu člověka. Přesto však se jedná o model, který přináší humánní poselství (Žiaková a kol., 2007).

1. 4. 2 Irena Papadopoulos, Mary Tilki a Gina Taylor

O rozvoj transkulturního ošetřovatelství a návaznost na práci Madeleine Leiningerové se zasloužili v Evropě Irena Papadopoulos, Mary Tilki a Gina Taylor, kdy v roce 1994 publikují Model rozvoje kulturních kompetencí. Model byl vytvořen s cílem podpořit začlenění problematiky kultury do studijního programu v ošetřovatelství. Základem byla etika, lidská práva, sociopolitické systémy, interkulturní vztahy a péče o člověka. Model je sestaven do čtyř stupňů. Prvním je kulturní sebeuvědomění, kdy si uvědomujeme si sami sebe a zkoumáme naše vnitřní hodnoty a přesvědčení. Při srovnání hodnot s hodnotami jedince z jiné kultury nacházíme mnoho společného, ale i odlišného. Kulturní vědomosti, které jsou druhým stupněm, zahrnují hodnoty, názory, jazyk, formy komunikace, zvyky, umění a etiketu. Kulturní vnímavost, která obsahuje empatii, důvěru, respekt a způsob nazírání na jedince. Posledním stupněm je kulturní kompetence. Je to využití všech předchozích stupňů do ošetřovatelské činnosti, jako je schopnost posouzení potřeb jedince a diagnostika. Kompetence jsou rozděleny na obecné a specifické. Obecné kulturní kompetence znamenají pochopení, jak kultura ovlivňuje zdraví, a pomáhají nám získat

specifické kulturní kompetence, které jsou již pro specifickou kulturu. Úrovně kulturně kompetentní praxe jsou čtyři - kulturně nekompetentní praxe, praxe vědomá si kultury, kulturně bezpečná praxe a kulturně kompetentní praxe (Kačorová, 2010; Tóthová a kol, 2010; Papadupoulusová et al, 2004).

1. 4. 3 Josepha Campinhy-Bacote

Do rozvoje transkulturního ošetřovatelství se nemalou mírou zapsala Josepha Campinhy-Bacote. V roce 1974 získala titul bakaláře, pak pokračovala v magisterském studiu zaměřeném na psychiatrické ošetřovatelství a duševní zdraví. V roce 1985 se stala doktorkou ošetřovatelství v antropologii a současně je držitelkou mnoha ocenění. V roce 1990 se stala zakladatelkou transkulturní společnosti, Care Associates, která se zaměřuje na klinické, administrativní, výzkumné a vzdělávací problémy v transkulturní péči. V současné době je prezidentkou společnosti (Bizoňová, 2011). Její model patří do tzv. mladého modelu a je přirovnám k vybuchlé sopce. Model nazvala autorka Procesem kulturní kompetence při poskytování zdravotní péče a je modelem kulturních kompetencí. Tvoří ji pět kulturních kompetencí tj. kulturní povědomí, kulturní touhy, kulturní znalosti, kulturní dovednosti a kulturní setkání. Kulturní touhy nebo přání definuje autorka jako motivaci sestry. Je to touha být otevřený a přizpůsobivý ostatním členům jiných kultur. Musí umět překonat své předsudky, umět se postarat o člověka bez ohledu na jeho kulturní hodnoty, rituály, přesvědčení a zvyky (Campinha-Bacote, 2002). Kulturní uvědomění zahrnuje uznání předsudků, předpojatosti prozkoumání hloubky jiné kultury. Josepha Campinhy-Bacote dělí zdravotníky do pěti z kategorií spektra typů kulturního uvědomění. Naivní typ je charakterizován činy bez vědomostí nebo uvědomování si předsudků a jejich dopadů. Věčný zachraňovatel si je vědom předsudků, ale ve své práci je stále ovlivněn stereotypy. Typ unikáře si také uvědomuje předsudky, ale dělá vědomé rozhodnutí, které ignoruje vhodné chování. Stavitel kulturních mostů je jako vzor a chování je cílené, přiměřené a vhodné. Bojovník napadá všechny opatření a činnosti a konfrontuje dění úhlem pohledu nespravedlivosti (Špidurová a kol., 2006). Kulturní vědomosti je procesem hledání a získávání vědomostí o hodnotách a víře, které přispívají ke vztahu ke zdraví u jedinců z jiné

kultury. Musí se zaměřit na zkoumání oblasti zdravotního životního stylu, incidenci a prevalenci chorob a účinnost léčby u jednotlivých minorit (Campinha-Bacote, 2002). Patří zde tzv. etnická farmakologie, která zahrnuje zkoumání variací v metabolismu léků mezi etnickými skupinami. Do faktorů, které ovlivňují vstřebávání léků, patří znalosti z genetiky, z prostředí a znalost kulturních variací v etnických skupinách. Kulturní povědomí rozdělila Campinha-Bacote i Purnell na čtyři stupně. Nevědomá neschopnost znamená, že sestra si není vědomá neznalosti a neví, že existují kulturní rozdíly mezi ní a pacientem. Vědomá neschopnost, že sestra si uvědomuje kulturní rozdíly, ale neví jak účinně použít tyto znalosti. Vědomá schopnost je záměrné zjišťování informací a použití ke kulturně kompetentní péči. Nevědomá schopnost je schopnost sestry zabezpečit spontánně kulturně odpovídající péči (Uríčková, 2010). Kulturní dovednost je schopnost získávat informace od pacienta, provádět posouzení a zhodnocení získaných poznatků s ohledem na jeho odlišnost. Kulturní setkání je procesem přímého zapojení zdravotníka při různých setkáních a upravení si tak existujících názorů na etnické skupiny. Patří zde posouzení jazykových potřeb pacienta. Nejlépe je využít služeb kvalifikovaného a znalého odborných výrazů tlumočnicka, než využít rodinného příslušníka (Campinha-Bacote, 2002). Model lze použít při péči o všechny lidi, protože jsme všichni jedné rasy se stejnými potřebami. Při zajištění kulturně kompetentní péče si musí sestra položit několik otázek. Je si vědoma vlastních předpokladů? Má zručnost vést posouzení citlivě? Má vědomosti o kultuře pacienta? Měla již nějakou zkušenost? Jaké je přání chtít být kulturně kompetentní? (Uríčková, 2010). Do procesu kulturní způsobilosti lze vstoupit z kteréhokoliv místa modelu a musí být řešen ve všech oblastech (Campinha-Bacote, 2002).

1. 4. 4 Larry Purnell

K modelům kulturní kompetence patří model Larryho Purnella, který byl tvořen od roku 1991, pro potřeby zdravotníků a studentů, kteří pečují o jedince z jiných kultur a potřebují se naučit poznávat vlastní kulturu a kulturu ošetřovaných pacientů (Uríčková, 2012). Model je koncipován z více oborů jako antropologie, sociologie,

anatomie, fyziologie, biologie, psychologie, náboženství, historie, výživy a dalších (Tortumluoglu et al, 2006). Je založen na 12 doménách, které nemusí být v předepsaném pořadí a které jsou společné pro všechny kultury. Jsou určeny k posouzení kulturních hodnot jedince, komunity a rodiny, které se navzájem prolínají a ovlivňují jejich zdraví. Obsahem domén jsou pojmy vztahující se k zemi původu, důvody emigrace, vzdělání a sociální status. Komunikace zahrnuje pojmy související s dominantním jazykem, dialektem a paralingvické projevy. Role a organizace rodiny zahrnuje sociální postavení a názory rodiny, problémy související s autonomií, asimilací, akulturací, etnickou komunikací a zdravotnické zkušenosti ze země původu. Biokulturní ekologie zahrnuje změny etnického, rasového původu a rozdílů v metabolismu léků, užívání tabáku, alkoholu, drog, nedostatek fyzické aktivity a jiných. V dalších doménách je zahrnuta, výživa, rituály smrti, spiritualita a další. Do poslední domény jsou zahrnuti zdravotničtí pracovníci v péči o zdraví. Zahrnuje postoj, využití a vnímání zdravotní péče z pohledu tradiční léčby. Model je znázornění tří kruhů v sobě. Vzdáleným okrajem je představována společnost, další pak komunita a třetí okraj znázorňuje jedince. Interiér soustředěných kruhů je rozdělen jako koláč na dvanáct dílů, které představují kulturní oblasti, jednotlivé domény. Střed je prázdný, což znázorňuje neznámé aspekty kultury (Purnell, 2002). Podél spodní části modelu je ozubená pila, která představuje koncept kulturní kompetence, která je neukončeným procesem a týká se zdravotní péče. Počátkem je nevědomá nekompetentnost, z které se postupem stává nevědomá kompetentnost (Tóthová a kol., 2012). Model je určen pro všechny poskytovatele zdravotnické péče pro posuzování kultury a je využitelný v praxi, vzdělávání, výzkumu a řízení zdravotní péče (Uričková, 2012).

1. 4. 5 Joyce Newman Gingerová a Ruth Davidhizarová

K významným představitelkám, které se věnovaly kulturně ohleduplné péči, patří Joyce Newman Gingerová a Ruth Davidhizarová. Jejich ošetřovatelský model, který vychází z toho, že každý jedinec je kulturně unikátní, vychází a navazuje na práci Madeleine Leiningerové. Vznikl v roce 1988 pro potřeby studentů negraduálního ošetřovatelského studijního programu k usnadnění hodnocení a poskytování péče

pacientům jiného etnika. Model urychluje zhodnocení kulturně ohleduplné ošetrovatelské hodnocení stavu potřeb pacienta a zefektivňuje výběr vhodných ošetrovatelských intervencí. Hodnocení se provádí v šesti kulturních fenoménech tj. v komunikaci, sociální organizaci, interpersonálního prostoru, času, environmentálním řízení a biologických variacích (Sedláková, 2010). Komunikace zahrnuje celý komplex interakcí, chování a je prostředkem, kterým je přenášená kultura. Často bývá největší bariérou v práci s jedinci z jiné kultury. Při posouzení komunikace se musí zvážit dialekt, kvalita hlasu, výslovnost, využití pauz a zmlknutí Sociální organizací nebo začleněním je myšlena rodina a její struktura, náboženské hodnoty a přesvědčení, pracovní funkce, volnočasové aktivity, přátelství. Interpersonální prostor zaujímá zóny a pravidel týkající se osobní vzdálenosti, které jsou odlišné od kultury ke kultuře. Čas je nedílnou součástí každé kultury a může být zaměřen více na minulost, současnost nebo budoucnost. Při posouzení je třeba zjistit využití času a pracovní dobu. Environmentální řízení se vztahuje neschopnost člověka řídit přírodu, ovlivňovat životní prostředí. Biologické variace, zejména genetické ovlivňují jednotlivce různých kultur. Pro posouzení se zjišťuje stavba těla, barva kůže, viditelné fyzické odlišnosti, nutriční preference, náchylnost k nemocem a psychologické charakteristiky. Dle Joyce Gingerové (2002) existují důkazy, že některé rasy metabolizují léky různými způsoby, různou rychlostí a u řady onemocnění bývá větší nebo menší výskyt nemocí, které jsou ovlivněny etnickou příslušností. (Ginger, 2002; Tortumluoglu et al, 2006). Model může být využit pro komunitní péči obyvatel, jak uvádí Tanrıverdi (2011). Zkoumání bylo prováděno v turecké vesnici. Předkládá výsledky výzkumu jako základu pro stanovení kulturních charakteristik jednotlivců. Dalším příkladem bylo využití tohoto modelu, které publikovala autorka Kardabudak (2013) z Turecka. Použitím tohoto modelu získala informace o kulturních odlišnostech a hodnotách v přístupu ke zdraví a nemoci prezentovaného dětského pacienta a jeho rodiny.

1. 5 Práva pacienta, vzdělávání v transkulturní péči

Každý člověk, jako pacient má práva, která musí být respektována zdravotnickými pracovníky. Evropská rada Světové zdravotnické organizace schválila 28. - 30. 3. 1994 v Amsterdamu Deklaraci o prosazování práv pacientů. V Právech pacienta je

v několika místech zdůrazněno respektování kultury pacienta při poskytování zdravotnické péče. Např. každý má právo, aby byly respektovány jeho morální a kulturní hodnoty, náboženské a filozofické přesvědčení. Informace se musí podávat pacientovi takovým způsobem, aby je pochopil. V případě, že nezná jazyk, v němž se s ním komunikuje, je nutné mu zajistit vhodnou interpretaci. Pacient má právo, aby se s ním zacházelo důstojně ve vztahu k jeho diagnóze, léčbě a ošetření a respektovala se jeho kultura a žebříček hodnot (bioetika, 2008). Dle Evropské rady roste potřeba chápat problematiku multikulturní populace a reagovat na její potřeby. Jsou přesvědčeni, že rozvojem kulturní vnímavosti se zefektivní poskytování zdravotnické péče (Kačorová, 2010).

Naše země usiluje o Euro integraci, tudíž je potřebné, aby byli naši zdravotníci připraveni na péči o menšiny z různých koutů světa (Špidurová a kol., 2004). Účinnou pomoc jedincům a skupinám z jiných kultur v oblasti ošetřovatelství vyžaduje nové přístupy a připravenost zdravotnických pracovníků. Sama Leiningerová (1988) říká, že sestry, které jsou vzdělané v kulturní problematice, chápou a oceňují praxi kulturně kompetentní péči, jsou schopny uskutečnit pozitivní změny ve zdravotnických postupech u minoritních skupin a poskytnout tak holistickou péči.

V České republice proběhla různá výzkumná šetření zaměřená na oblasti kulturních zvyků a návyků, které ovlivňují životní styl pacienta/klienta z jiného etnika. Vzdělání a výzkum v oblasti kultur má přinést více znalostí, které se zúročí v citlivém přístupu k odlišným kulturám. Zdravotníci tak mohou lépe rozlišovat etnické a kulturní jevy od patologických jevů a získat tak profesionální jistotu v péči o pacienty z jiných kultur. Interní grantovou agenturou Ministerstva zdravotnictví byl financován výzkumný projekt pod názvem „Zajištění efektivní, kulturně diferencované ošetřovatelské péče pro vietnamskou a čínskou minoritu“ (IGA MZ ČR, č. NR/8473-3). Projekt byl řešen v letech 2005-2007 Zdravotně sociální fakultou Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Ve výzkumném šetření bylo 4 684 vietnamských respondentů a 1 426 čínských respondentů. Výstupem projektu bylo v roce 2010 vydání knihy totožného názvu jako výzkumné šetření a měla by pomoci sestřím, studentům a zdravotnickým pracovníkům pochopit kulturní rozdíly těchto minorit (Tóthová a kol., 2010).

Za stejným účelem proběhl další projekt zmíněného pracoviště. Jednalo se o výzkumný projekt „Zajištění kulturně diferencované ošetrovatelské péče ve vybraných minoritách“ (IGA MZ ČR č. NS 9606-3). Projekt byl řešen v letech 2008-2011. Výzkumné šetření bylo zaměřeno na vybrané náboženské a národnostní menšiny. Soubor byl tvořen 3 258 respondenty z osmi národnostních menšin žijících v České republice. Výzkum proběhl u romské, mongolské a ukrajinské minority. Náboženské skupiny tvořili buddhisté, mormoni, muslimové, judaisté a pravoslavně věřící osoby (Tóthová a kol., 2012).

Byly také zkoumány samotné postoje zdravotnických pracovníků. Jedno z šetření prováděl Ústav ošetrovatelství a porodní asistence Fakulty zdravotnických studií Univerzity Palackého v Olomouci. Úkolem bylo zjistit, jak české sestry vidí pacienty vybraných kultur a národností. Výzkumem bylo zjištěno, že sestry vnímají pacienty z jiné kultury diferencovaněji, čím mají vyšší obecnou i odbornou znalost a měly již nějakou zkušenost. Vyplývalo, že sestry pokud se setkají s pacienty z jiné kultury, budou se chovat stejně jako k českým pacientům a poskytnou jim podobnou kvalitu, úroveň a spektrum ošetrovatelské péče. Může se však stát, že se nevědomky dopustí přestupku v péči díky nízké kulturní kompetentnosti u pacientů z velmi odlišné kultury (Špidurová a kol., 2006). Z dalších šetření mezi zdravotnickými pracovníky vyplynulo, že vzrůstá zájem porozumět problematice specifík péče u minoritních skupin (Pohlová, 2009).

Zdravotničtí pracovníci musí být vzdělávání v problematice multikultury. K realizaci kvalitního multikulturního vzdělávání patří zařazení poznatků ze sociální a kulturní antropologie do vzdělávacího procesu. Studenti by si v hodinách měli nacvičovat s využitím modelových situací žádoucí jednání a chování (Cichá, 2005). Vzdělávání v komunikaci s jedinci z jiných kultur bývá určeno nejen pro zdravotníky, ale i sociální pracovníky, pracovníky cizineckých oddělení, personalisty. Programu, uváděném na webových stránkách Střediska vzdělávání ve zdravotní péči o občany z třetích zemí, je zaměřen na zdraví a zdravotní péči o tyto občany. Byly do něj zapracovány i zkušenosti ze zahraničních cest do Rakouska a Velké Británie. Vzdělávací programy jsou realizovány formou seminářů a elektronických vzdělávacích modulů (Dobiášová, 2010; středisko vzdělávání ve zdravotní péči o občany z třetích

zemí, 2011). Ceněné jsou zkušenosti zdravotníků, kteří pracovali v zahraničí a podíleli se na péči o etnicky odlišné členy společnosti. Mohou se tak podělit o své poznatky z péče a hlavně komunikace s odlišnými minoritními skupinami (Trzpiel, 2011).

1. 6 Národnostní menšiny

Na celém světě existuje až na 5 000 různých etnik a tím i společenských kultur. Samotná Evropa čítá 72 původních etnik. Slovo etnikum, ethnos, pochází z latinské řečtiny a znamená národ nebo kmen. Etnikum je společenství lidí, které má společný rasový původ, obvykle jazyk a sdílí společnou kulturu (Průcha, 2010). Etnikum souvisí s národnostní menšinou. Pojem národnostní menšina je uveden v Zákoně č. 273/2001 Sb. o právech příslušníků národnostních menšin. Paragraf §2 uvádí: „Národnostní menšina je společenství občanů ČR žijících na území současné České republiky, kteří se odlišují etnických původem, jazykem, kulturou a tradicemi, tvoří početní menšinu obyvatelstva a zároveň projevují vůli být považováni za národnostní menšinu za účelem společného úsilí o zachování a rozvoj vlastní svébytnosti, jazyka a kultury a zároveň za účelem vyjádření a ochrany zájmů jejich společenství, které se historicky utvořilo. Příslušníkem národnostní menšiny je občan České republiky, který se hlásí k jiné než české národnosti a projevuje přání být považován za příslušníka národnostní menšiny“ (vláda, 2013). Obyvatelé národnostních menšin patří do minoritní skupiny, která má ve společnosti malý podíl proti majoritě (Ptáček, 2011).

Do roku 1880 nebylo možno zjišťovat příslušnost k etnické skupině, proto se údaje statisticky nezpracovávalo. Dá se o národnostních skupinách jen usuzovat z některých ukazatelů jako například z údajů o projevech každodenního života, náboženském vyznání, psaní jmen a názvů a se záznamy o hovorové mluvě. Za Rakousko-Uherska se národnost určovala dle hovorové mluvy. Při prvním sčítání obyvatel v Československu v roce 1921 se národnost určovala dle mateřského jazyka. Sčítání obyvatel pokračuje každých deset let až do dnešní doby a provádí ji státní orgány (Zahradník, 2009). V České republice je možno se hlásit k 12 národnostním menšinám - bulharské, chorvatské, německé, polské, romské, rusínské, ruské, řecké, slovenské, srbské

a ukrajinské (multikultura, 2011). Národnostním menšinám je zaručeno právo na utváření sdružení i v politických stranách, mají právo se aktivně účastnit v kulturním, společenském a hospodářském životě týkající se menšin. Příslušníci národnostních menšin dlouhodobě žijících na našem území mají právo, aby název obce, v které žijí, názvy jejích částí, ulic, veřejných prostranství, označení budov orgánů veřejné správy a volebních místností byly uvedeny v jazyce národnostní menšiny (vláda, 2013). Taktéž mají právo na užívání svého jména a příjmení v jazyce národnostní menšiny platí zákon č. 301/2000 Sb. o matrikách, jménu a příjmení, dle § 69 mají právo ženy, které se hlásí k polské národnosti a jsou občany České republiky a doloží to písemně, používat nepřechýlená příjmení (Szymbeczek, 2011c).

V České republice občané národnostních menšin představují malé procento obyvatelstva. Během sčítání lidu v roce 2001 se k české národnosti hlásilo 90,4 % obyvatel a po přičtení moravské a slezské národnosti stoupl tento počet na 94,8 %. Tyto národnosti nemají status národnostní menšiny a jsou chápány jako dialekt českého jazyka. Pokles počtu národnostních menšin byl dán tím, že v roce 1991 byli k celkovému počtu obyvatel připočítáni cizinci s dlouhodobým pobytem (Szymbeczek, 2011c). Byl zaznamenán pokles menšin, které tradičně obývaly Českou republiku, ale vzrostl počet lidí hlásící se k ukrajinské, vietnamské a ruské. Je to především důsledek změn po roce 1989, kdy se naše republika stává cílem ekonomických migrantů. Největší počet zástupců polské menšiny je zastoupen v Moravskoslezském kraji v okrese Frýdek-Místek a Karviná. Polská národnostní menšina zaujímala v roce 2011 nejvíce obyvatel v procentech na Jablunkovsku, Třinecku a Těšínsku. V kraji bylo zaznamenáno 30 obcí s více jak 10 % polskou menšinou. Od roku 2011, kdy je možno uvést při sčítání obyvatel dvojí občanství a je možnost nevyplnění kolonky udávající národnost, došlo k poklesu počtu občanů, kteří se hlásí k polské národnostní menšině (Szymbeczek, 2011c). U občanů, kteří zvolí možnost dvojího občanství, z nichž je jedno české, nejsou započtení mezi cizince, ale mezi Čechy (Krausová, 2013). Při sčítání obyvatelstva v roce 2011 uvedly 3 % obyvatel polskou národnost. Jedná se o pokles 0,1 bodů k roku 2001 (český statistický úřad, 2013).

Počet cizinců v posledních desíti letech stoupl oproti roku 2001, kdy zaujímali tito občané pouze 1,2 % z celkového počtu obyvatel České republiky. Poláků cizinců bylo 10,7 % z celkového počtu cizinců, ale v roce 2011 zaujímali Poláci již jen 4 % tj. 19 058 osob. Celkový počet cizinců stoupl na 4 % z celkového počtu občanů, žijící v České republice. V Moravskoslezském kraji byl k 26. 3. 2011 počet cizinců 21 423 osob. Z toho bylo 7 703 občanů Polska tj. 25,7 % s průměrnou věkovou hranicí 20-54 let u mužů a 55-64 let u žen (český statistický úřad, 2013; Krausová, 2013; Chytil, 2012).

V tomto smíšeném regionu skládajícího se z Čechů, Poláků a Slováků je různý postoj k vnímání národnostní identity a vztahu k vlasti. Poláci jsou vázání na místní region a na Českou republiku. Polsko jako svou vlast považují osoby, které se nenarodili v regionu. Přírozeným centrem polské menšiny je oblast Českého Těšína, kde sídlí převážná část kulturně osvětových organizací pod záštitou PZKO. Fungují zde knihovny s fondy polských knih, působí zde Kongres Poláků, je zde Těšínské divadlo a vychází zde kulturní měsíčník *Zwrot* (Sokolová, 2001).

1. 6. 1 Polská národnostní menšina na území České republiky a její historie

Přibližně v 10. století se začal utvářet polský národ. Území Poláků zaujímalo i oblast dnešního Těšínska. Období bylo charakterizováno vládnutím rodu Piastovců až do 14. století (Řezník, 2010). Na území Těšínska se stýkalo v průběhu staletí mnoho kultur. Byly to vlivy německé, české, židovské a především polské, které byly největší. Z toho důvodu se rozvíjí především polské národnostní uvědomění obyvatelstva (Kaszper, 2009; Szymeczek, 2011a).

Po první světové válce se rozhořel spor o Těšínské Slezsko, jenž vedl k sedmidenní válce v roce 1919. Konflikt byl nakonec vyřešen rozhodnutím Rady velvyslanců ve Spa. Dne 28. 7. 1920 byla usnesením Rady velvyslanců dohodových států v Paříži stanovena polsko-československá hranice. Pro Těšínsko to byl historický zlom (Kadłubiec, 1997). Československo získalo centra průmyslu Karvinou, Třinec a Bohumín. Polsku připadla necelá polovina historického Těšína, Bílsko a východní část Těšínska. Hranici na řece Olši nikdo z obou států formálně nepotvrdil, přesto platila až do listopadu 1938 (Řezník,

2010). Území na československé části Těšínska, které obývala silná polská menšina, se začalo nazývat *Zaolzie*. V překladu do češtiny se dá říct, že se jedná o Záoří nebo Záoří. Jde o označení oblasti na levém břehu řeky Olše z pohledu z polské části Těšina, který není zcela přesný, protože malá část území se nachází i na pravém břehu Olše. Z českého pohledu se může jednat o Předolí (Martínek, 2010). Józef Szymeczek v úvodu vědecké konference *Minulost a současnost národnostních menšin na Těšínsku* osvětluje označení Zaolží jako nepřesný termín, který je symbolem spojeným s Poláky. V literatuře se především setkáváme s označením Těšínsko (Szymeczek, 2001). Původní území Těšínska mělo 1280 km² a žilo v něm 295 tisíc obyvatel. Polské obyvatelstvo bylo soustředěno v tehdejších okresech Český Těšín a Fryštát, nyní okres Karviná, kde bylo 180 tisíc osob. Tehdy to znamenaly asi ¾ obyvatel polské národnosti. Postupnou asimilací se z většinového etnika stala menšina (Kadłubiec, 1997). Díky rozdělení vzniklo výbušné území, které obyvatelé Těšínska nesli těžce a byli z toho zdrceni. Pro Poláky bylo v každé době důležité zachování jejich jazyka, vyučování na školách a jejich aktivita v polských spolcích. Z nepolitických organizací měla největší váhu Matice školská *Macierz Szkolna*, která zakládala a udržovala mnoho polských soukromých středních, základní mateřských škol (Baran, 2009). Legislativou Československé republiky byla zajištěna všem národnostním menšinám práva v oblasti osvěty a kultury. Česko-polská smlouva z 23. 1. 1925 a Ústava z 29. 2. 1929 toto zaručovaly, i když se stávalo, že leckdy došlo k porušování práv (Kadłubiec, 1997).

Příslušníky polské menšiny byli především dělníci, horníci a drobní zemědělci. Polskou inteligenci představovali učitelé, duchovní, několik lékařů a advokátů. V období hospodářské krize byl vyvíjen nátlak na rodiče, aby své děti posílali do českých škol. Nicméně počet dětí v polských školách stoupal. V meziválečném období byla zpočátku situace klidná, ale kolem roku 1934 však dochází k zhoršení situace. Došlo ke změně zahraniční politiky Polska, jež směřovala výrazně k řešení situace polské menšiny na Těšínsku. Po obsazení Rakouska v březnu 1938 se napětí menšiny zvyšovalo. Vznikl Svaz Poláků v Československu *Związek Polaków w Czechosłowacji*. Po obsazení Československa žádala zpět polská menšina území

Zaolzí. Na tomto území žilo podle sčítání obyvatel z roku 1930 asi 260 tisíc osob, z toho 76 tisíc Poláků, 120 tisíc Čechů a 17 tisíc Němců. Dne 1. 9. 1939 po vpádu německých vojsk do Polska dochází k záboru oblasti Těšínska. Na zabraném území se okamžitě upravilo školství dle jejich požadavků, zanikají české školy, Češi jsou propouštěni ze zaměstnání a jsou perzekuováni (Baran, 2009). Po válce byla opět vyostřená a komplikovaná situace, v době kdy došlo ke zpětnému návratu vysídlených Čechů na území Těšínska. Polsko odmítlo uznat předmnichovskou hranici a málem došlo k ozbrojenému konfliktu. Vstupuje do toho Sovětský svaz, který zprostředkoval jednání obou států a došlo k podpisu spojenecké smlouvy 10. 3. 1947. Smlouva obsahovala protokol, kterým měly být do dvou let vyřešeny územní spory a národnostním menšinám měla být poskytnutá stejná práva a výhody.

Československé úřady umožnily po válce vznik pouze dvou menšinových organizací. Byl založen Polský kulturně osvětový svaz *Polski Związek Kulturalno-Oświatowy* - PZKO a Sdružení polské mládeže *Stowarzyszenie Młodzieży Polskiej* SMP, jejichž existence přetrvala až do dnešní doby. PZKO vyvíjel rozsáhlou kulturní činnost, která předčila kulturní aktivity Čechů na tomto území. Vznikala řada knihoven s polskou literaturou, denní polský tisk *Głos Ludu* se dal zakoupit na stáncích Poštovní novinové služby a jedenkrát týdně bylo vysílání v Ostravském studiu Československého rozhlasu v polském jazyku. Neustálým přílivem pracovních sil z vnitrozemí, ale došlo postupně k úbytku polské menšiny (Friedl, 2009).

V Ústavě Československa z roku 1960 byla zakotvena možnost pro občany maďarské, ukrajinské a polské národnosti vzdělávání v mateřském jazyce, rozvoj jejich kultury, ale byl jim upřen právní status. Při invazi v roce 1968 se českoslovenští Poláci dostali do obtížné situace, kdy vstoupily na naše území vojska Polska. V obcích byly přemalovány cedule s polskými nápisy. Často bývaly konflikty ve smíšených manželstvích. Stále klesal počet dětí v polských školách, proto docházelo k jejich rušení. Sice klesal počet obyvatel, ale to se neprojevalo úpadkem kulturních aktivit. V roce 1981, kdy byl v Polsku vyhlášen výjimečný stav, dochází k omezení mimoslužebního hraničního styku s Polskem a mohlo se vycestovat pouze na úředně

ověřenou pozvánku. Samozřejmě to komplikovalo život mnohé polské menšiny, ale i českým občanům takřka deset let (Nowak, 2009).

Sametová revoluce v roce 1989 přinesla nové změny. Došlo k obnovení předválečných organizací polské menšiny. Vznikla tzv. Rada Poláků, která se transformovala v Kongres Poláků, v kterém se sdružily převážně všechny nově vzniklé spolky. Úkolem bylo reprezentovat polskou menšinu vůči polským a českým úřadům, dbát na dodržování práv a zájmů polské menšiny, zachovat kulturní dědictví a národní identitu Poláků v České republice a vytvořit ze Zaolzí kulturní most mezi Polskem a Českou republikou (Szymbeczek, 2009). Současná samotná polská hranice měří 726 km tj. 33 % z celkové délky hranic České republiky. Oblast Těšínska zaujímá 50-60 km úsek dnešní hranice v jihovýchodním Slezsku. Je úsekem pomezí českého a polského etnika. Autor Siwek (1996) ve své knize hovoří o etnické hranici. Jedná se o hranici mezi regiony, které jsou vymezené na základě etnických pravidel. Etnická hranice nemusí být totožná se státní hranicí, ale v Evropě se většinou shodují etnické hranice se státní hranicí. Posledních 100 let existovala etnická hranice na Těšínsku. Pokud je etnikum součástí národa nacházejícího se na jiném území, jedná se o národnostní menšinu, tak jako v případě polské národnostní menšiny. Polská národnostní menšina je tvořena autochtonním obyvatelstvem obývajícím 800 km² Slezského Těšínska (příloha č. 8), nikoliv emigranty z Polska, kteří jsou rozmístěni po celém území České republiky a tvoří kompaktní společenské rysy etnické menšiny (Kadłubiec, 1997). Kolem 1,5 tisíce Poláků žije v Praze, a příhraničních oblastech s Polskem v Ústeckém kraji, v Libereckém a v Královéhradeckém. Jsou to především o obyvatelé, kteří zde migrovali za prací (Szymbeczek, 2011c).

1. 6. 2 Nářečí a náboženství polské národnostní menšiny

Oblast Těšínska je charakterizovaná od roku 1848 těšínským nářečím, které přetrvalo až do dnešní doby. Podle polských lingvistů se vyvinulo ze staropolštiny, na kterou měla vliv čeština, němčina a polština. Pro obyvatelé Těšínska je to forma interdialektu, podnářečí nebo také regionální varianta polštiny (příloha č. 7). Místně je nazývaná *po našymu*. Nářečím hovoří všechny generace a sociální vrstvy, které nářečím

hovoří v rodině, ale i na veřejnosti, zdravotnických zařízeních (Kadłubiec, 1997). Spisovná polština se vyučuje na základních školách s vyučovacím polským jazykem. Vyučovacím jazykem je v první třídě polština a s výukou češtiny se začíná až ve druhé třídě. V Českém Těšíně se nachází již jen jedno gymnázium, kde je vyučovacím jazykem polština. Po absolvování školní docházky se používá polština takřka pouze v korespondenci nebo pro menšinový tisk (Kadłubiec, 1997). Na udržení a rozvoji jazyka příslušníků polské menšiny se významnou mírou podílí polské národnostní školství, domácí polský tisk, polské knihovny, polská scéna v Českém Těšíně a kulturní aktivita Polského svazu kulturně osvětového - PZKO.

V roce 2011 se k polské národnosti hlásilo 39 096 obyvatel z České republiky. Z toho bylo 23 406 občanů, kteří se hlásili k některé z oficiálně uvedených církví. Neuvedeno a nevěřících bylo 14 820 osob (český statistický úřad, 2013). Dle statistických údajů bývala polská menšina z 2/3 katolického vyznání a 1/3 evangelického vyznání (Kadłubiec, 1997). Církev římskokatolická měla v roce 2011 při sčítání obyvatel 12 458 členů polské národnosti (český statistický úřad, 2013). Římskokatolická církev působí v České republice v rámci osmi diecézí sdružených ve dvou církevních provinciích. Diecéze ostravsko-opavská je nejmladší diecézí existující na území České republiky a zahrnuje celé Slezsko a část severní Moravy v rozsahu území náležejícího k Moravskoslezskému kraji (diecéze ostravsko-opavská, 2013). Celá léta spadala oblast Těšínského Slezska pod vratislavskou arcidiecézi. Postupem času ubylo polských kněží a věřících. Nyní přicházení do farností duchovní z Polska, kteří se musí naučit česky. Lidé pak mají bohoslužby v kvalitní polštině. V naší republice se traduje „co Polák to katolík“. Věřících Poláků na Těšínsku je však méně než v Polsku, které je nejkatoličtější zemí ve světě (Kadłubiec, 1997). Další církví, ke které se hlásí polská menšina, je Slezská církev evangelická augsburská vyznání. Dle statistiky z roku 2007 měla 15 357 členů české a polské národnosti. Působí zejména na Těšínském Slezsku a na severní Moravě. V roce 2011 se 2 716 občanů polské národnosti hlásilo k této církvi a 1 403 k Evangelické církvi v České republice (český statistický úřad, 2013), která je největší luterská církev v České republice. Historicky i teologicky patří do tzv. protestantských církví vzešlých z reformace

16. století. Ve vyučování i zvěstování kladou důraz na Ježíšovo Evangelium, tedy „Dobrou zprávu“ o Boží milosti a spasení člověka skrze víru v Ježíše Krista. Augsburské vyznání značí dovětek a upřesňuje evangelictví a znamená, že se hlásí především k odkazu Lutherovy reformace (scea, 2013). Evangelická většina členů jsou Češi, ale bohoslužby se konají střídavě v polském a českém jazyku (Kadłubiec, 1997).

1. 6. 3 Tradice a zvyky

Tak jako jinde v České republice, tak i na Těšínském Slezsku se setkáváme u polské minority s různými tradicemi a zvyky. Někde jsou zcela shodné, jiné naopak jen podobné. Některé přetrvaly do dnešní doby, o některých se můžeme dočíst pouze z historických pramenů a jiné byly za léta zmodernizovány a často tak ztratily svůj původní smysl (Lach, 2000). Tradice a zvyky se na Těšínském Slezsku vázaly v předvánočním období minulého století ke svátkům světců. Jako například svatého Ondřeje 30. listopadu, svaté Barbory 4. prosince, svatého Mikuláše 6. prosince, pany Marie 8. prosince a svaté Lucie. Do dnešní doby jsou zachovány mikulášské tradice, které byly spojeny s obdarováváním dětí, tak jako v západoevropských zemích. *Mikolaj* byl hlavní postavou průvodu a s ním chodili i čerti, *debly*. Ústředním dnem křesťanského vánočního svátku byl a je Štědrý večer, ale na Těšínském Slezsku se mu říká *vilija* nebo *vilja*. Tak jako kdekoli jinde se lidé postili, aby viděli zlaté tele nebo ptáka. Velmi důležitá byla příprava štědrovečerního stolu, který byl pokryt bílou plachtou nebo *obrusem*. Na stole bylo vždy mnoho jídla včetně chleba. Tak jako dnes býval jako hlavní chod kapr, ale předcházelo tomu i jídlo z jiných pokrmů. Jako např. polévka, *štrucla* - vánočka s mlékem, fazole nebo hrách, oplatky s medem, perník, *šližky* - nudle s mákem, krupičná kaše - *gryz* nebo *gryzek*, ovoce, ovocná omáčka (Štika, 2001). Podávala se taktéž oplatka s medem, která je upečena z nekvašeného chleba (pijany, 2013). Jídlo muselo být pestré a rozmanité. Jedlo se až dvanáctero jídel, ale z každého jídla se jedlo jen několik soust. Na stůl byly pokládány mince pro blahosný účinek. Ten se však netýkal papírových peněz. Během večera se zpívaly koledy a věštilo se. Například každý ze stolovníků rozlouskl čtyři vlašské ořechy, aby se

vědělo, zda bude v dalším roce zdrav. Rozkrajovalo se jablko, pouštěli se lodičky ze skořápek a mnoho dalších. O půlnoci se chodívalo na mši svatou na památku narození Ježíše. Na vesnici pak přetrvala na Tři krále 6. ledna tříkrálová obchůzka. Chodil Kašpar, Baltazar a Melichar s posvěcenou křídou, kterou psali počáteční písmena jmen tří králů s křížky uprostřed a letopisem nad dveře (Štika, 2001; pijary, 2013).

K dalším, do dnes uctívaným jarním slavnostem, samozřejmě patří velikonoční svátek. Pro věřící byl před Velikonocemi významný Velký pátek, kdy se nesmí pracovat. Velikonoční pomlázku *šmigrust*, *šměgrust* či *kupačku* tvořily na Těšínském Slezsku velké obřadní akce. Chlapci měli k bití připraveny pomlázky z vrbových nebo jalovcových prutů, kterým se říká *kopače*, *karvače* či *tatary*. Polévání však bylo hlavní částí pomlázky a mělo hluboký význam, kterým bylo zajištění zdraví a krásy pro ženy. Obecně je známo polévání jako *šmigrust*, je to termín, který se používá i v Polsku, ale i v Čechách. Mládenci byli obdarováni kořalkou, malovanými vejci, velikonočním beránkem nebo *píčovnikem* koláčem se zapečeným uzeným masem. Velikonoční vajíčka byla na Těšínském Slezsku většinou jednobarevná a byla jim přisuzována obřadní moc (Štika, 2001).

1. 6. 4 Kultura a kulturní dění Těšínského Slezska

S kulturní historií Těšínského Slezska je možné se seznámit v muzeu Těšínska v Českém Těšíně, které vzniklo v roce 1948. Jeho historie však sahá do roku 1802, kdy nebyl Těšín rozdělen a bylo zde nejstarší muzeum na Moravě a ve Slezsku. V rámci příhraniční spolupráce České republiky a Polské republiky se muzeum účastní operačního programu pro léta 2007-2013 Dvě města-jedna tradice *Dwa miasta - jedna tradycja*, které je spolufinancováno Evropskou unií prostřednictvím Euroregionu Těšínské Slezsko *Slezsko-Ślask Cieszyński*. Hlavním cílem projektu je příhraniční integrace, posílení spolupráce, prohlubování vzájemných kontaktů a odbourání jazykové bariéry. Projekt je zaměřen na oblast kulturních aktivit, vědeckého výzkumu, výstavnictví a publikační činnosti. Má za úkol oslovit studenty, mládež, školáky a širokou veřejnost z České a Polské Republiky. Nedílnou částí práce muzea je

vydávání časopisu Těšínsko, ve kterém jsou publikovány články ze zmíněného regionu (Ondřeka, 2012; muzeum, 2013).

Pokud se hovoří o těšínské lidové kultuře, nejedná se jenom o kultuře polské národnostní menšiny. Tak jako zde žily i jiné skupiny obyvatel, tak se utvářel těšínský folklór. Tudíž jsou zde zakořeněny regionální tradice tří zemí - Česka, Polska a Slovenska (město-bohumín, 2013). Samotným sběrem veškerých údajů o folkloru oblasti Těšínského Slezska se významně zasloužili od roku 1965 členové Folkloristické sekce při PZKO. Byly zaznamenány zvyky, obyčeje, projevy lidového výtvarného umění, lidového řemesla, lidového tance a písní. Do dnešní doby přetrvává spousta folklorních souborů, které se věnují lidovým tancům a písním. Ty pak vystupují na různých slavnostech. Návštěvou slavností se účastník vrací do doby minulé a připomíná si život minulé generace. K nejstarší folklorní akci, která má význam pro popularizaci nejen domácí lidové kultury, ale i dalších kultur, je *Gorolské Świento* v Jablunkově. Jeho historie se píše již od 12. září 1948. Na těchto, ale i jiných slavnostech vystupují soubory. K nejstarším patří Gorol, který existuje již od roku 1948. Prezentuje písňový a obřadně - zvykoslovný folklór nejen v naší republice, ale i v zahraničí. Může se tak pochlubit řadou ocenění z festivalů a přehlídek. K významným a dlouze působícím souborům patří od roku 1953 soubor Olza. Jeho členové jsou převážně studenti středních a vysokých škol, kteří prezentují těšínský folklór, ale i folklór národností České a Slovenské republiky. Známostou členkou souboru byla Miss Československa z roku 1991 Renata Gorecká. Vystupovali nejen v Evropě, ale i Americe na festivalu folklorního umění v Utahu a Idahu (Štika, 2003).

Polský kulturně osvětový svaz - *Polski Związek Kulturalno-Oświatowy* - PZKO je občanské sdružení pracující ve prospěch zachování identity polské menšiny, šíří polskou kulturu a vzdělání v polštině. V minulosti byl a zůstal do dneška největší organizací sdružující polskou menšinu (Szymbeczek, 2011c). Organizuje společenský život obyvatel, kteří mají zájem zpívat, tančit, hrají amatérské divadlo a účastní se sportu. Členem se může stát fyzická osoba od 5 let věku, která však nemusí mít polskou národnost. V současné době má asi 12 tisíc členů. Členové se scházejí ve 45 střediscích, mají 25 folklorních sborů a kapel, kde jsou především mladí lidé,

kluby seniorů, klub žen, akademická sekce Jednota, sekce dějin kraje, divadelní soubory (pzko, 2013). V roce 1979 vyšla kniha *Leksykon PZKO* k 50. výročí vzniku sdružení. Abecedně je sestaven lexikon, kde je zaznamenáno veškeré kulturní dění, všechny soubory, městečka, vesnice, kde probíhaly významné akce a významní představitelé působící v PZKO za půlstoletí. Je spousta souborů, které mají dlouhou historii. Patří k nim soubor *Dzwiek*, který byl založen v roce 1928. Ve svém repertoáru má zařazené polské, slovenské i ruské písně. V roce 1989 reprezentoval PZKO i v Belgii. Ke známým pěveckým souborům patří od roku 1949 soubor *Harfa*, který byl původně mužský. V roce 1992 se sloučil s ženským sborem a nyní je smíšený. Úspěšně reprezentuje na mezinárodních soutěžích a festivalech. Soubor *Hutnik* byl založen v roce 1954 jako 70 členný mužský soubor, který se stal v následujícím roce sborem smíšeným. Vystupoval ve dvaceti státech Evropy a dostal ocenění za rozvoj polské kultury od ministerstva kultury Polské republiky. Svými koncerty u nás i v zahraničí přispívá ke sblížení kultur národů a národností. Koncerty pěveckého souboru vysílaly televizní a rozhlasové stanice v Polsku, Rakousku a u nás (pzshutnik, 2010). *Lutnia* je nejstarším polským souborem na Těšínském Slezsku založeným v roce 1908 v Dolní Lutyni učitelem školy. Během války soubor nevystupoval (Radlowska-Obrusnik, 1997). Soubor získal řadu ocenění a v roce 2003 získal certifikát nejstaršího souboru. V tomtéž roce se zúčastnil Prvního polského celostátního setkání nejstarších souborů v Katovicích. V roce 2008 oslavil soubor 100 let od svého vzniku (příloha-č.3). Poslední tři výše jmenované soubory se účastnily dotazníkového šetření.

S kulturou souvisí i propagace polské literatury a tiskovin. Vychází - obdeník *Głos ludu*, o kterém bude následně zmíněno a *Zwrot* časopis, který vydává PZKO již od roku 1949 jako měsíčník. Měl již mnoho podob a stran. Ustálil se na osmdesáti stranách. Tematicky se zabývá životem polského obyvatelstva v celé České republice, ale především na Zaolzí. Uvádí publikační materiály o událostech politického a společenského života. Propaguje tvorbu regionálních spisovatelů, básníků a výtvarníků. Všimá si situace Poláků i v jiných zemích. (Borák, 2010). Pro školáky vychází měsíčník *Jutzenka* a *Ogniwo*, který slouží jako učebnice.

V 15 městských a místních knihovnách se 41 pobočkami je zapůjčována polská literatura. K největším náleží Regionální knihovna v Karviné, kde nachází Středisko polské literatury. Knihovna je určena nejen pro polskou národnostní menšinu, ale i pro majoritní společnost a hlavně pro studenty polonistiky. Nachází se zde bohatý knižní fond obsahující beletrii, naučnou literaturu, knihy pro děti a mládež. Prostředky na obnovu knižního fondu získává prostřednictvím polských organizací. Bohatě se podílí na příhraniční spolupráci a tím k prohlubování vzájemných vztahů a poznání kultur (Sukopová, 2012).

V Českém rozhlase jsou od 50. let 20. století pořady v polském jazyce čítající v současné době 105 minut týdně. V České televizi jsou v regionálních zprávách polské vstupy jednou týdně v rozsahu 3-5 minut. V Českém Těšíně existuje jediná toho druhu polská scéna Těšínského divadla s 20 členným profesionálním týmem v České republice. V sezoně připraví 6-8 premiér (Szymbczek, 2011c).

1. 6. 5 Kongres Poláků v České republice, spolky a školství

Kongres Poláků v České republice - *Kongres Polaków w Republice Czeskiej* je občanské sdružení sídlící v Českém Těšíně. Jak již bylo zmíněno výše, zastupuje a hájí zájmy polské menšiny v ČR. Kongres Poláků vznikl při Sletu Poláků v Českém Těšíně 3. 3. 1990 transformací z Rady Poláků. Výkonným orgánem je devítičlenná Rada Kongresu Poláku. V současném funkčním období je předsedou ThDr. Josef Szymbczek, Dr. (pžko, 2013; příloha č. 2). Kongres Poláků v ČR zastřešuje společné zájmy všech spolků polské národnostní menšiny, které působí v České republice. K září 2013 jich bylo 29. Z mládežnické organizace je známo *Harcerstwo Polskie w Republice Czeskiej* HPC, které sdružuje děti a je obdobou české organizace Skaut-Junák. Pořádají tábory a sportovní akce. V Praze existuje *Klub Polski w Pradze* Polský klub v Praze, který navazuje na činnosti polského klubu z roku 1887. Pořádají se zde setkání, diskusní večery, výstavy, přednášky a shromáždění. Účastníci odboje za svobodu a nezávislost v letech 1939 -1945 jsou sdruženi v organizaci *Kolo Polskich Kombatantów w Republice Czeskiej* Seskupení polských kombatantů v ČR. Vydávají čtvrtletník *Wiarus. Macierz Szkolna w Republice Czeskiej* Matice školská v ČR je

následovníkem bývalého Sdružení rodičů a přátel školy, které má za úkol rozvoj polského školství na území České republiky. Poskytuje pomoc při vybavení škol s polským vyučovacím jazykem. Pracující polské národnosti pracující ve zdravotnictví – lékaři, sestry farmaceuti a veterináři mají *Polskie Towarzystwo Medyczne* Polské sdružení zdravotníků v ČR, které vyvíjí školicí a vydavatelskou činnost. Na propagaci regionu, jeho historii a pořádání sportovních a turistických akcí se podílí *Polskie Towarzystwo Turystyczne „Beskid Śląski“ w RC* - Polská společnost turisticko-sportovní. Spolek *Towarzystwo Avion* k jehož zakladatelům patří i známý písničkář Jaromír Nohavica funguje jako česko-polské umělecké sdružení, které pořádá kulturní večery a divadelní představení. Mládežnická setkání, koncerty a kulturní akce pořádá *Stowarzyszenie Młodzieży Polskiej* Sdružení polské mládeže. *Stowarzyszenie Emerytów Polskich* Sdružení polských důchodců, které reprezentuje důchodce v celé ČR, kteří pracovali v Polsku (Szymbeczek, 2011c).

Kongres Poláků vydává noviny *Głos Ludu* a vede Dokumentační centrum *Ośrodek dokumentacyjny* (pzko, 2013). Noviny *Głos Ludu* vychází třikrát týdně v nákladu 5 tis. výtisků. Na osmi stranách informuje o dění v regionu. Vychází již od 9. 6. 1945 a věnuje pozornost problematice zahraniční a domácí politiky, postavením Poláků na severní Moravě, ve Slezsku a především na Zaolzí, historii regionu. Od roku 1990 přešlo vydávání novin na Kongres Poláků a od roku 2006 má své webové stránky (glosludu, 2013; Borák, 2010). Dokumentační centrum *Ośrodek dokumentacyjny* funguje od roku 1993 a má za cíl shromažďovat historický a folklorní materiál, který zpracovává a popularizuje jej. Do budoucna se plánuje vznik regionální síně nebo muzea. Obsahem dokumentačního centra jsou kroniky, archivní materiály, fotografie, vědecké publikace, časopisy a další. Středisko vydává informační bulletin, organizuje konference, výstavy, přednášky, semináře a spolupracuje s řadou výzkumných pracovníků ročně (pzko, 2013).

Polská menšina má jako jediná rozvinutou síť menšinových škol. Polské školství funguje na úrovni mateřské školy, základní školy a střední školy. Tvoří součást státního školství (Szymbeczek, 2011c). Autor Kufová (2001) vyzdvihuje roli učitelů na Zaolzí, kteří se zasloužili již před rokem 1989 o rozvoj regionální výchovy, poznatky

o Evropě bez hranic, environmentální výchově a učili žáky ekologickému chování. Tradičně je pohraničí místem, kde se střetávají kultury a kde jsou obyvatelé tolerantnější vůči odlišnostem kultury, chování a vyznání hodnot menšiny. Fungují výměnné akce mezi školami ze Zaolzí a polskými školami. Existují vzdělávací programy pro učitele polských škol. Učitelé pro školy s polským vyučujícím jazykem jsou připravováni na Ostravské univerzitě a další vzdělávání, přípravu osnov zajišťuje Pedagogické centrum pro polské národnostní školství se sídlem v Českém Těšíně. Pedagogické centrum připravuje metodické materiály k výuce. Zaměřeno je i na výuku opomíjené regionální výchovy (Szymbeczek, 2011b). Ve školách existovali a nyní také kronikáři, kteří zaznamenávali události během školního roku. Psala se a píše se nejen historie školy, ale obsahují často cenné informace ze života obyvatel regionu (Běrská, 2012).

Mezi národy v Evropě je důležitá mezinárodní spolupráce, a to především na regionální úrovni. V rámci regionální spolupráce mají význam euroregiony, které řeší problémy specifické pro příhraničí. Patří zde příhraniční pohyb obyvatel, odstraňování kulturních bariér, ochrana životního prostředí a mnoho dalších. Je snahou, aby došlo k zviditelnění hranic a vytvoření tzv. mostů mezi sousedícími státy. Po roce 1989 dochází k upevnování česko-polských vztahů. Dne 22. 4. 1998 došlo k podpisu ke spolupráci a vzniku euroregionu Těšínské Slezsko. Na tomto území žije 630 tisíc obyvatel - 360 tisíc Čechů a 270 tisíc Poláků. Osu území zaujímá řeka Olše, která protíná Těšín. Euroregion Těšínské Slezsko se rozprostírá na území Polska od Godowa po Istebnou a v ČR od Bohumína po Hřčavu (Szymbeczek, 2011b).

1. 6. 6 Charakteristika života polské národnostní menšiny

Pro oblast Těšínského Slezska byla vždy charakteristická skromná strava. Často jediným vydatným jídlem byla polévka, u které platí i v dnešní době, že polévka je grunt. Byla vždy hutná a sytá. Známa je zeleninová polévka *chlodnik*, která je studená z okurek a červené řepy, které se říká polsky *buraki*. Oblíbené jsou i ovocné polévky. Nejčastěji se konzumuje *kapušňorka* z kyselého zelí. K vaření se hojně využívá kapusta, zelí a mrkev. Oblast byla také charakteristická salašnictvím. Chovala se zde velká stáda

ovcí, proto se zde hodně konzumoval ovčí sýr. Blíže slovenským hranicím se sýru říkal *oštěpok*. Na Těšínsku pak tento uzený sýr byl *bundz*. Brambory, též *kobzol* či *žimňoky*, které se vařily nebo pekly, *piečoki*, patřily k základu jídelníčku. Pekla se buchta *brutfaňok* z jemně nastrohaných brambor se švestkami. Z brambor se dělaly placky, které se pekly *na blaše* a jedly se s politou smetanou nebo se škvarky (Bajer, 2012; Běrská, 2012). Připravují se pirohy se sladkou nebo slanou náplní. Typickým polským jídlem, které se počítá k národním pokrmům, patří *bigos*, který je připravený z kysaného zelí, červeného masa různých druhů, klobás, hub a koření. Měl by obsahovat více masa než zelí. Byl to univerzální pokrm. Základním masem jídelníčku je vepřové maso, z kterého se vyrábí se hodně salámů a *keibasa*. Oblíbená je konzumace ryb, kdy se nejčastěji používá kapr, pstruh, losos a slaneček. K dochucování pokrmů používají kopr, majoránku a kmín. Typickým polským nápojem je *miod pitni* medovina a *zubrowka*, v níž je tráva z Bělověžského pralesa (Brejchová, 2013).

Lidové léčitelství na Těšínsku bylo dáno přírodními, hospodářskými a sociálními poměry. Dochovaly se různé praktiky, které přetrvaly staletí. Běžně se užívaly bylinky k léčbě nemocí ve formě odvarů, čajů, obkladů, koupelí a dalších forem. Hojně se sbíraly bylinky pro nespécifické použití. Jahodové, ostružinové a malinové listí se sušilo na *žimny čaj*. Velmi často používali v lidovém léčitelství česnek a cibule v různých formách podání (Štika, 2001).

Rodina má pro polskou menšinu velký význam a má podpůrnou roli. Často žije více generací společně. Pro rodinu jsou významnou událostí svatby, křtiny dětí a pohřeb rodinného příslušníka. V oblasti Těšínska se dodnes před svatbou peče koláč, jezdí se s ním do domu mladého ženicha a nevěsty. Samotný svatební ceremoniál měl v minulosti svá pravidla, která se odlišovala od vesnice k vesnici. Svatba neboli *věselí* nebo *věšele* byla provázena písněmi a různými zvyky. Církevní obřad měl jen okrajové místo. Tradiční lidový kroj byl ještě využíván ve 20. století jako svatební šat. Svatební veselí bylo podáno humornou formou, kde se uplatňovali umělecké, taneční a hudební složky. Po obřadu stále bývá zachovááno vykupování nevěsty a do dnešní doby se neztratil význam poděkování rodičům ženicha i nevěsty. Samotná svatba upevňovala nejen rodinné vztahy, ale i sousedské a společenské. Často jsou svatby předváděny

v krojích folklorními soubory na slavnostech jako vzpomínka na dávnou minulost (Lach, 2000; Štika, 2001).

Významným mezníkem a společenskou událostí rodiny je křest dítěte. Tímto obřadem se přijímalo oficiálně dítě za člena rodiny. Křtu se účastnilo celé příbuzenstvo a kmotři. Kmotrům se na Těšínsku říkalo *kumok*, *kmoter*, *kmotr*. Kmotři přinášeli pro dítě dary, peníze, prádlo a modlitební knížky. Pro křest byla upečené lidové pečivo *štrucla* ve tvaru dítěte, která měla odpoutávat pozornost přihlížejících od dítěte. Dítě bylo oblečeno do bílých šatů. Po samotném křtu následovala oslava. Tento zvyk přetrval až do devadesátých let 20. století. (Štika, 2001). Nejčastějším jménem na Těšínském Slezsku byla Anna a Josef. V 90. letech přibylo mnoho nových jmen Nikol, Pascal, Vanesa, Debora, Samuel a další (Lach, 2000).

Dalším významným mezníkem v rodině je úmrtí, smrt a pohřeb, které měly řadu obřadů, zvyků a pověr, které se udržely do dnešní doby. K umírajícímu býval povolán kněz s posledním pomazáním, ale i sousedé měli možnost se rozloučit. Mrtvého pak umyli a ustrojili. Podobně jako i jinde, tak i na Těšínsku pokud zemřel mladý člověk, tak byl ustrojen jako na svatbu a pohřben byl ve světlé rakvi. Smutek nad zemřelým vyjadřovalo i nošení oblečení. Délka smutku byla dána příbuzenským poměrem k zemřelému. Základní smuteční doba byla šest týdnů. Nejbližší příbuzní pak drželi rok smutek. V souvislosti s pohřbem existovalo mnoho obyčejů, které odrážely názory lidí na duši a posmrtný život. Některé obyčeje se zachovaly. Patří k nim účast obyvatelů vesnice na pohřbu a vzpomínky nedožítých kulatých narozenin zemřelého (Lach, 2000; Štika, 2001).

Charakteristické je pro Poláka hrdost na svůj původ, vlastenectví - patriotismus, víra, pocit sounáležitosti a bojovnost za ideje. Jsou velmi pohostinní, rádi dělají oslavy, slaví polské svátky (Brejchová, 2013). Respondent, v knize Szymeczka (2011, s. 54) v rozhovoru doslovně uvádí: „Když se slaví polský svátek, je plno lidí, celé školy, lidé jdou s prapory. Poláci jsou vlastenci, vždy bojovali. U oslav českých svátků to tak není“. Poláci mají smysl pro humor a udržují příbuzenské vztahy. Je pro ně nezbytné dodržování tradic a náboženství, v rodinách se snaží udržovat jazyk a polskou identitu (Brejchová, 2013). Z méně lichotivých přívlastků je jim připisován kladný vztah

k alkoholu. Objevují se i zmínky o podnikavosti ve smyslu kladném i záporném. Volně jsou pak charakterizováni jako kšeftaři, šmelináři, stánkáři (Labischová, 2010).

U polské menšiny na Těšínsku je pozdrav velmi formální, slušný, zásadně vykřiká a v oficiálním projevu se oslovuje pan, paní. Neoslovují se křestním jménem bez předchozího svolení. V tónu hlasu je cítit sebevědomí. V konverzaci jsou veselí a srdeční. Při setkání se známými se zdraví podáním ruky a jemným polibkem nebo dotekem na obě tváře (Plevová a kol., 2011). Úsměv značí spokojenost, dobrou náladu (Kutnohorská, 2005). V neverbálním projevu se tak jak ostatní Evropané dívají při hovoru přímo do očí a dodržují standardní vzdálenost s hovořícím (Linhartová, 2007). Používají výrazná gesta rukou a často otevřeně projevují emoce. Soukromé informace nesdílejí s cizími osobami. Jsou známí svou přesností a dochvilností, kterou očekávají to i od ostatních.

Roli pacienta nepřijímají snadno. Snaží se co nejdéle být aktivními a příznaky nemoci potlačují. Využijí nejdříve vlastní způsob léčby. Odbornou pomoc vyhledají, až když jsou příznaky většinou závažné (Plevová a kol., 2011).

Na Těšínsku byla první nemocnice založena již v roce 1700 při klášteře milosrdných bratří v Těšíně. V 18. století byli pacienti léčeni z prostředků získaných z nadace a z veřejných dobročinných příspěvků. V následujícím století měla nemocnice 60 lůžek a tento počet neustále rostl. Po první světové válce po rozdělení Těšína na polskou a českou část, nemocnice připadla Polsku. Nemocní byli hospitalizováni v polském Těšíně a okolních nemocnicích, Třinci, Karviné aj. Proto byl v roce 1933 položen základní kámen nemocnice a 1937 byla již otevřena Městská nemocnice v Českém Těšíně. Ošetřovatelskou péči zajišťovaly řádové sestry, boromejky. Za druhé světové války sloužila nemocnice pro civilní obyvatelstvo do ledna 1945, kdy se s ní stala vojenská nemocnice. Po válce, kdy byla nemocnice vydrancována, byly nutné opravy a nemocnice pod vedením různých organizací funguje do dnešní doby. V současné době náleží ke členu skupiny Agel (Cichá, 2012).

2 Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

Zjistit, zda má polská národnostní menšina, žijící v Moravskoslezském kraji, odlišné postoje nebo specifika péče o své zdraví.

Cíl č. 1 zmapovat přístup příslušníků polské národnosti ke svému zdraví.

Cíl č. 2 zjistit jaký životní styl má polská minorita.

Cíl č. 3 zjistit jaký má vztah polská menšina k prevenci.

Cíl č. 4 zjistit specifika příslušníků polské minority k umírání.

Cíl č. 5 zjistit postoj k domácí péči.

Cíl č. 6 zjistit specifika ošetrovatelské péče u příslušníků polské minority.

2.2 Hypotézy práce

H1 Vysokoškolsky vzdělaná populace polské národnostní menšiny vykazuje statisticky lepší hodnocení v postoji ke svému zdraví než populace polské národnostní menšiny se základním vzděláním.

H2 Mladší ženy polské národnostní menšiny základního vzdělání více souhlasí s tvrzením o dodržování preventivních prohlídek u gynekologa než starší ženy polské národnosti menšiny.

H3 Populace polské národnostní menšiny populace polské národnostní menšiny s vyšším vzděláním dle statistického hodnocení udává vyšší preference při úpravě jídel i stravování dle obou kuchyní (české i polské) než populace polské národnostní menšiny s nižším základním vzděláním.

H4 Muži polské národnostní menšiny, kteří konzumují alkohol příležitostně, výrazně statisticky převažují nad ženami z polské národnostní menšiny, které konzumují alkohol příležitostně.

H5 U populace polské národnostní menšiny staršího věku je vyšší frekvence k aktivitě s rodinou než mladší populace polské národnostní menšiny.

H6 Vyznání víry u populace polské národnostní menšiny výrazně ovlivňuje postoj k interrupci než u nevěřící populace.

H7 Ženy polské národnostní menšiny staršího věku častěji preferují služby agentur domácí péče než starší muži polské národnostní menšiny.

H8 Ženy polské národnostní menšiny častěji požadují přítomnost rodiny v případě umírání než muži polské národnostní menšiny.

3 Metodika

3.1 Metodika výzkumu a technika sběru dat

Výzkumná část práce byla prováděna metodou kvantitativního výzkumného šetření. Pro získání dat byl použit se svolením autorky prof. PhDr. Valérie Tóthové, Ph.D., dotazník, který byl využit v rámci výzkumného projektu „Zajištění kulturně diferencované ošetrovatelské péče ve vybraných minoritách v České republice“ (IGA MZ ČR č. NS 9606-3) v letech 2008-2011. Dotazník pro výzkumné šetření polské národnostní menšiny byl upraven do 47 otázek. Otázky byly uzavřené, u sedmi otázek byla volba více možností dle číselného označení nebo doplnění vlastní odpovědí, dvě otázky v případě souhlasu měly další podotázku a u desíti otázek byla použita Likertova škála hodnocení (Rod, 2012).

Byla vypracována písemná verze dotazníku (příloha č. 4 - dotazník v českém jazyce a č. 5 - dotazník v polském jazyce) a elektronická verze (google, příloha č. 6 - odkaz na českou elektronickou a polskou elektronickou verzi dotazníku) v českém jazyce a polském jazyce. Překlad do polského jazyka provedla Ostravská překladatelská firma.

Sběr dat byl prováděn od října 2013 do prosince 2013.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výběrový soubor tvoří 277 osob. Pro získání tohoto souboru byl použitý záměrný výběr. Kritériem výběru byly plnoleté osoby hlásící se k polské národnostní menšině. Bylo distribuováno 300 dotazníků v písemné formě převážně v polském jazyku. Návratnost dotazníků byla 78,33 %.

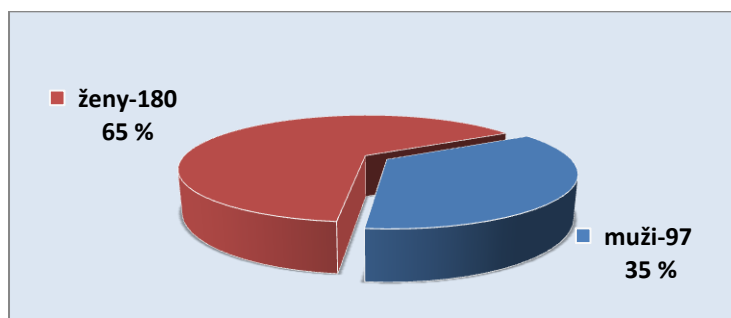
Při sběru dat spolupracovaly soubory *Harfa* v Českém Těšíně, *Hutník* v Třinci a *Lutnia* v Dolní Lutyni, studenti Gymnázia s polským vyučovacím jazykem

a studenti Obchodní akademie v Českém Těšíně. Dalšími respondenty byli členové turistického spolku *Polskie Towarzystwo Turystyczne „Beskid Śląski“ w RC*, zaměstnanci Základní školy Svibice v Českém Těšíně, Základní školy v Košařiskách a členové *Kongresu Polaków w Republice Czeskie*. Elektronická verze dotazníku byla přeposlána členům *Polskiego Towarzystwa Medycznego, Stowarzyszeniu Młodzieży Polskiej* a souboru *Dźwięk*.

4 Výsledky

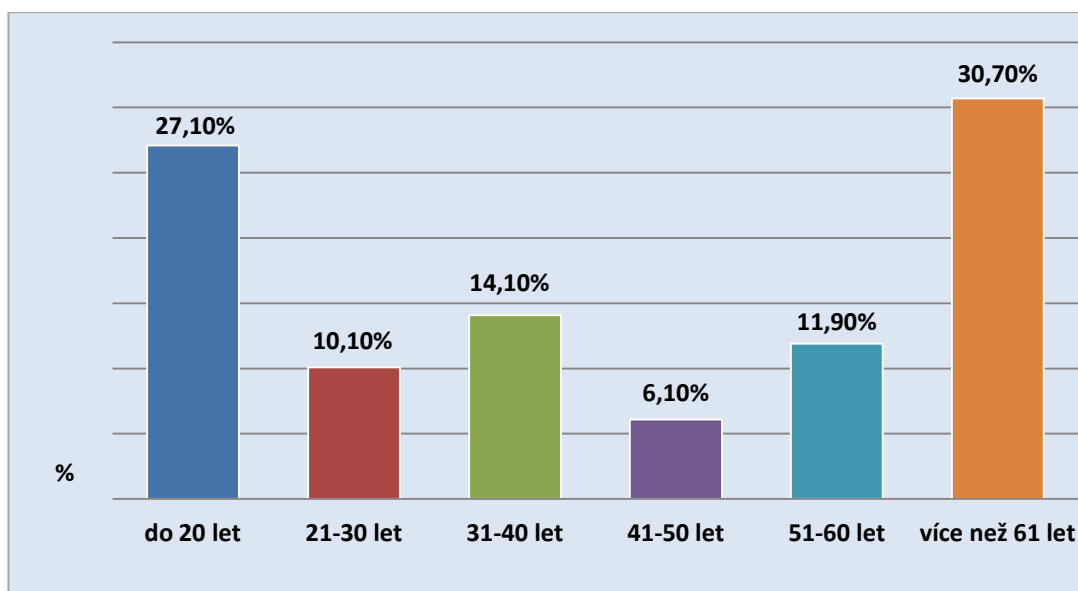
4.1 Výsledky charakterizující výzkumný soubor

Graf č. 1. Struktura výzkumného souboru dle pohlaví



Celkový počet validních dotazníků byl 277 (100 %). Výzkumný soubor příslušníků polské národnostní menšiny tvořilo 180 (65 %) žen a 97 (35 %) mužů.

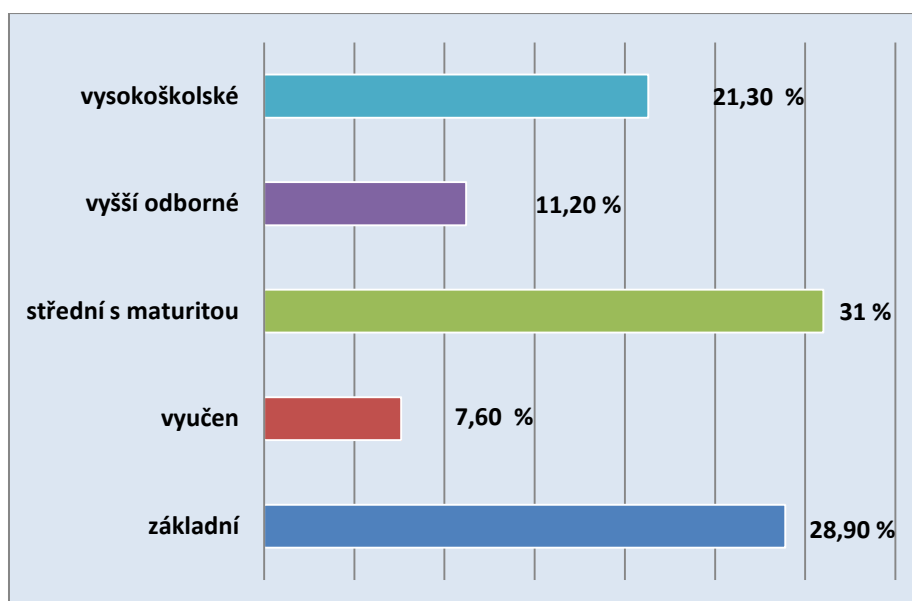
Graf 2. Struktura výzkumného souboru dle věku



Výzkumný soubor polské národnostní menšiny tvořili respondenti rozdělení

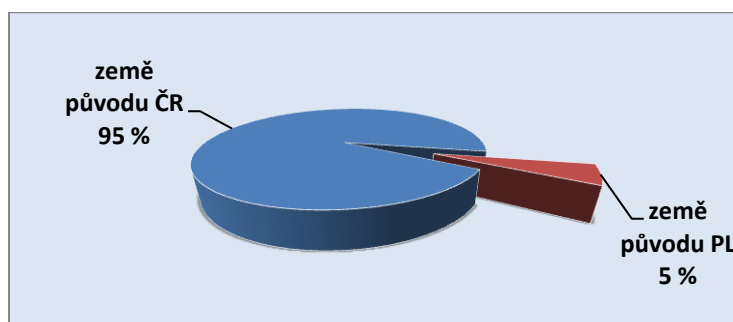
do šesti skupin. Respondentů do 20 let věku bylo 27,10 % (75), ve věku 21-30 let bylo 10,10 % (28), ve věku 31-40 let bylo 14,10 % (39), ve věku 41-50let bylo 6,10 % (17), ve věku 51-60 let 11,90 % (33) a ve věku nad 61 let bylo 30,70 % (85) respondentů.

Graf č. 3. Struktura výzkumného souboru dle vzdělání



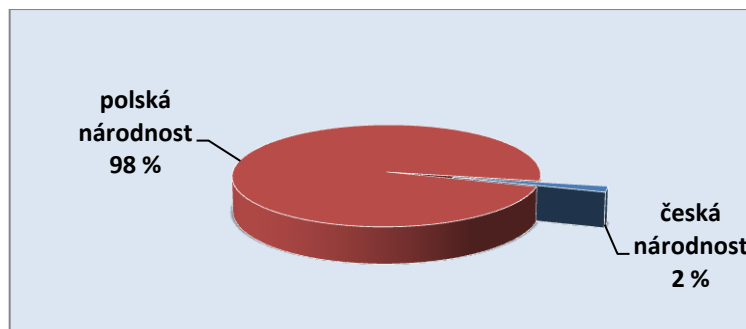
Základní vzdělání uvedlo 28,90 % (80) respondentů, vyučení 7,60 % (21), střední s maturitou 31 % (86), vyšší odborné vzdělání 11,20 % (31) a vysokoškolské vzdělání uvedlo 28,90 % (59) respondentů.

Graf č. 4. Struktura výzkumného souboru dle země původu



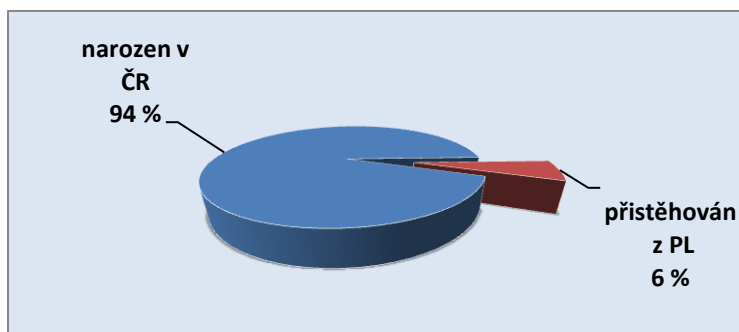
Zemi původu Polsko uvedlo pouze 5 % (15) osob a Českou republiku 95 % (262) osob z výběrového souboru polské národnostní menšiny.

Graf č. 5. Struktura výzkumného souboru dle národnosti



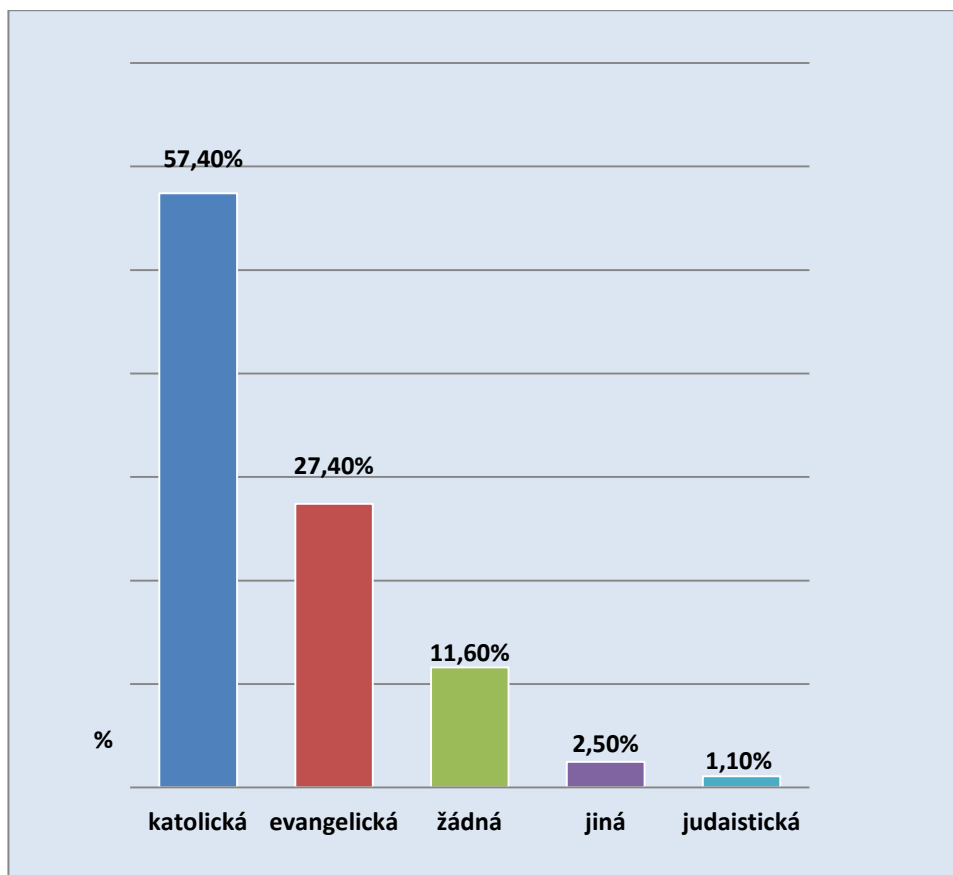
Polskou národnost uvedlo 98 % (272) osob a 2 % (5) osob uvedlo českou národnost.

Graf č. 6. Struktura výzkumného souboru dle délky pobytu v ČR



Místo narození v České republice uvedlo 94 % (260) osob a 6 % (17) osob se do České republiky přistěhovalo.

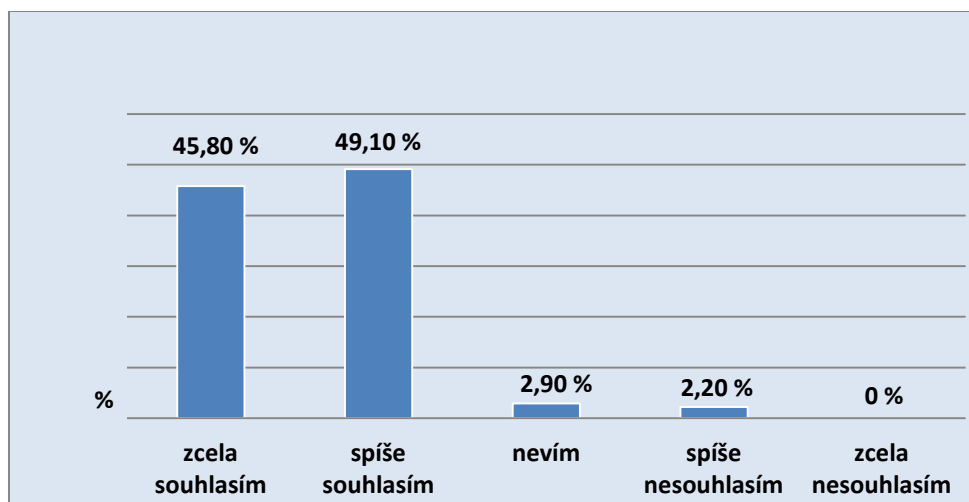
Graf č. 7. Struktura výzkumného souboru dle vyznání víry



Z výzkumného souboru se 57,40 % (159) osob hlásí ke katolické církvi, 27,40 % (76) osob k evangelické církvi, 1,10 % (3) osob k judaismu a 2,50 % (7) osob k jiné církvi - protestantské, taoismus-buddhismus. Žádnou víru uvedlo 11,60 % (32) osob.

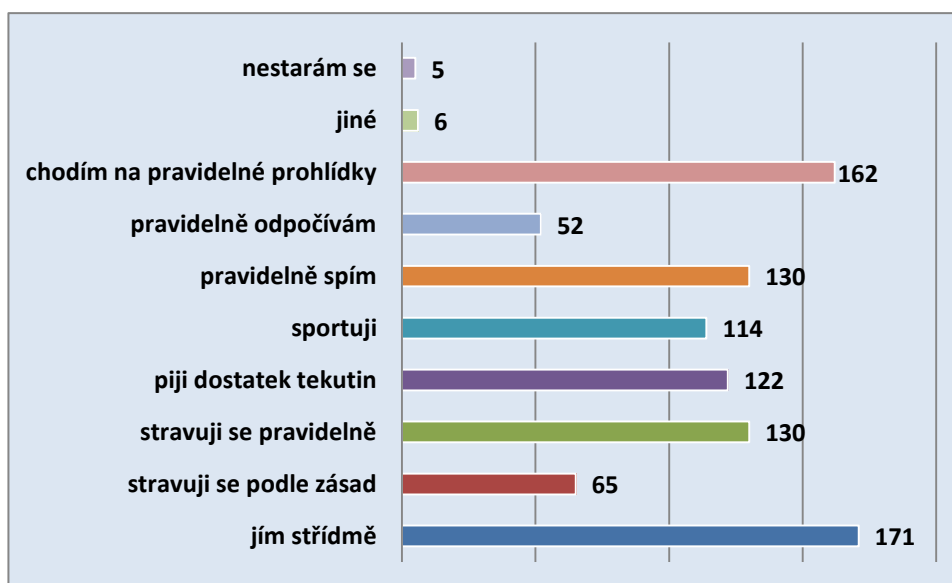
4. 2 Výsledky vyhodnocení dotazníků

Graf č. 8. Péče o své zdraví



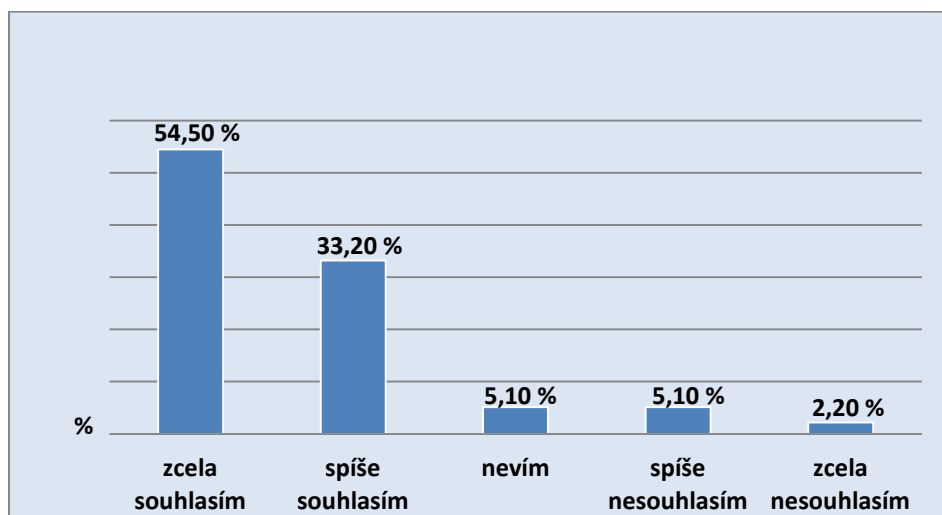
V otázce č. 8, kde respondenti uváděli, zda se starají o své zdraví, bylo zaznamenáno 277 validních odpovědí. Pro hodnocení stupně péče byla zvolena likertova škála (Rod, 2012). Zcela souhlasím, odpovědělo 45,80 % (127) respondentů, spíše souhlasím 49,10 % (136), nevím 2,90 % (8) a spíše nesouhlasím, 2,20 % (6) respondentů. Žádný z respondentů neuvedl možnost - zcela nesouhlasím.

Graf č. 9. Způsob péče o zdraví-počet odpovědí



V otázce č. 9 respondenti uváděli, jak se starají o své zdraví. Zaznamenáno bylo 277 validních odpovědí. Respondenti měli možnost volit z více odpovědí, u kterých bylo v devíti případech kladné hodnocení. Poslední možnost byla negativní odpověď - o své zdraví se nestarám, kde tuto možnost uvedlo 5 respondentů. Možnost doplnění, jak pečuji o své zdraví, využilo 6 osob, které uvedli vegetariánství, cvičení a zbývající nespécifikovali odpověď. Nejčastěji odpovídali respondenti, že jí střídě, kde odpovědělo 171 osob. Chodím na pravidelné prohlídky, odpovědělo 162 osob. Stejný počet, 130 osob byl zaznamenán v odpovědi - stravuji se pravidelně a pravidelně odpočívám. Piji dostatek tekutin, uvedlo 122 respondentů. Možnost sportu uvedlo 114 respondentů. Na odpověď stravuji se podle zásad správné výživy, odpovědělo 65 respondentů. Pravidelně odpočívá 52 respondentů.

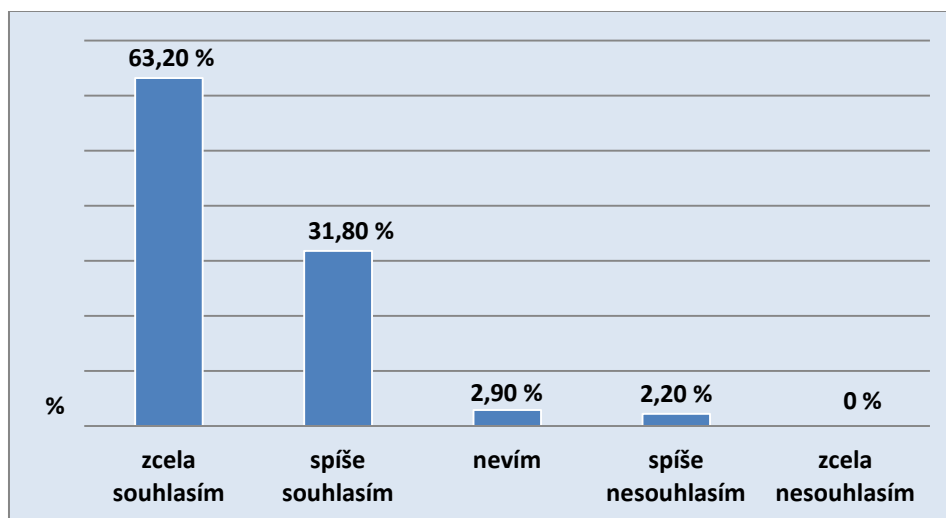
Graf č. 10. Preventivní prohlídky-praktický lékař



Otázka č. 10 se skládala ze čtyř odpovědí dle likertovy škály hodnocení a obsahovala dotaz na preventivní prohlídky u praktického lékaře, zubního lékaře, lékaře specialisty a gynekologa. Zaznamenáno bylo 277 validních odpovědí.

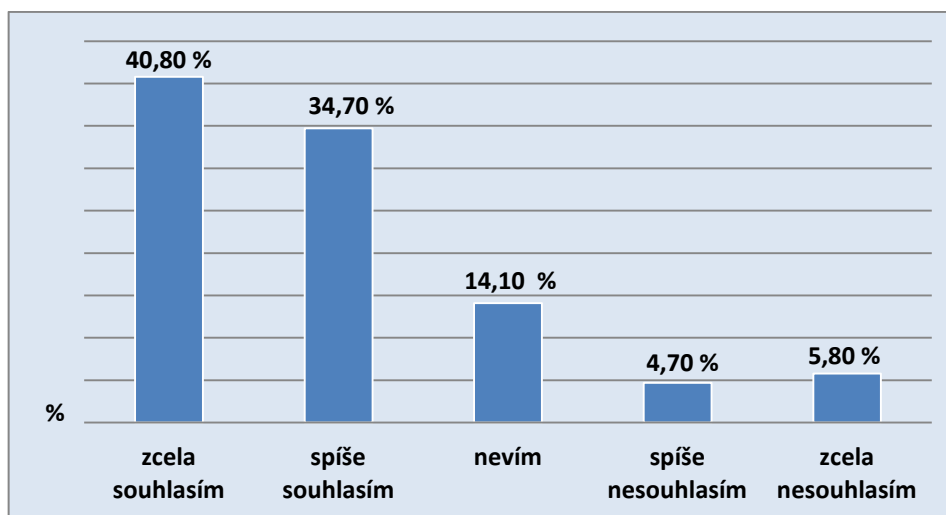
S dodržováním preventivních prohlídek u praktického lékaře zcela souhlasilo 54,50 % (151) respondentů. Spíše souhlasilo 33,20 % (92) respondentů, nevím odpovědělo 5,10 % (14) respondentů, spíše nesouhlasím 5,10 % (14) a zcela nesouhlasím 2,20 % (6) respondentů.

Graf č. 11. Preventivní prohlídky-zubní lékař



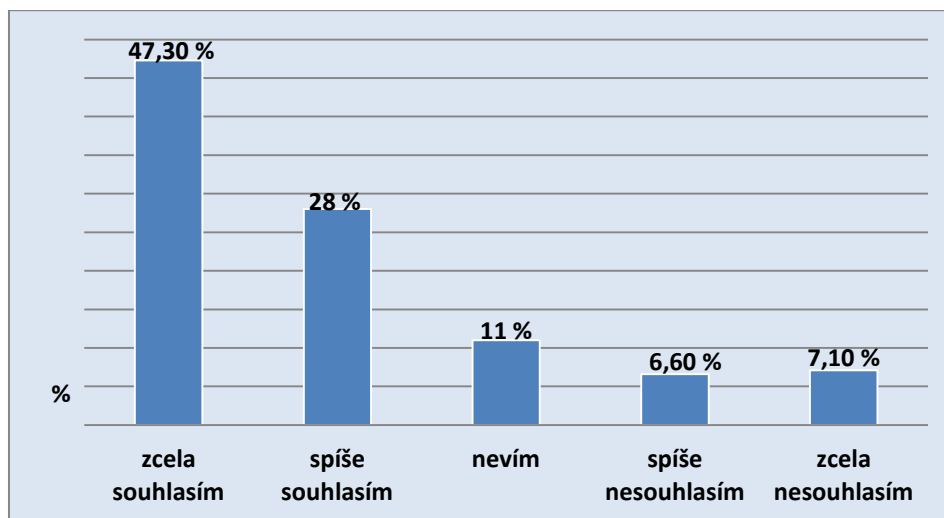
S dodržováním preventivních prohlídek u zubního lékaře zcela souhlasilo 63,20 % (175) respondentů. Spíše souhlasilo 31,80 % (88) respondentů, nevím odpovědělo 2,90 % (8) respondentů, spíše nesouhlasím 2,20 % (6) a zcela nesouhlasím, neodpověděl žádný z respondentů.

Graf č. 12. Preventivní prohlídky-specialista



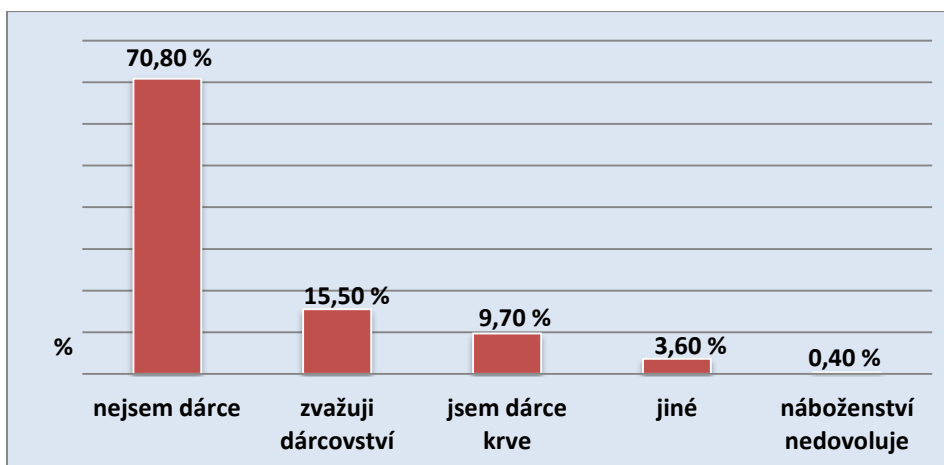
S dodržováním preventivních prohlídek u lékaře specialisty zcela souhlasilo 40,80 % (113) respondentů. Spíše souhlasilo 34,70 % (96) respondentů, nevím odpovědělo 4,70 % (39) respondentů, spíše nesouhlasím 4,70 % (13) a zcela nesouhlasím 5,80 % (16) respondentů.

Graf č. 13. Preventivní prohlídky-gynekolog



S dodržováním preventivních prohlídek u gynekologa bylo zaznamenáno 180 validních odpovědí. Zcela souhlasilo 49,30 % (86) respondentů, spíše souhlasilo 28 % (51) respondentů, nevím odpovědělo 11 % (19) respondentů, spíše nesouhlasím 6,80 % (12) a zcela nesouhlasím, odpovědělo 6,80 % (12) respondentů.

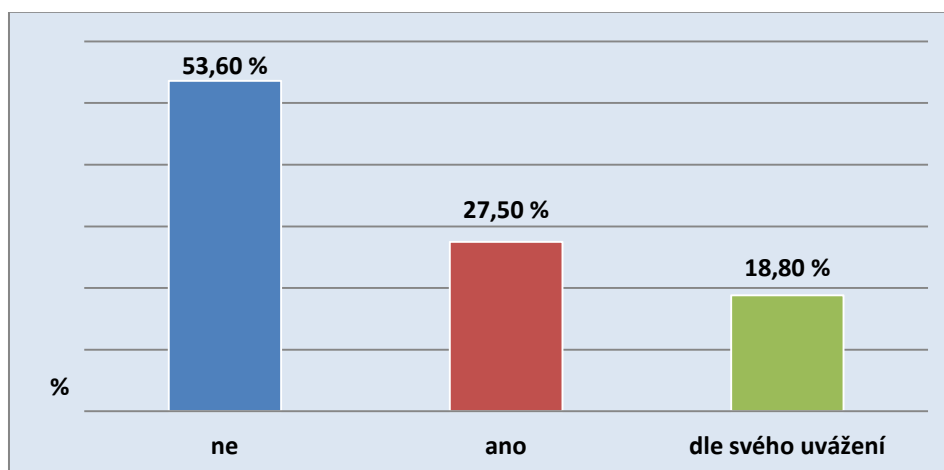
Graf č. 14. Postoj k dárcovství krve



Otázka č. 11 byla zaměřena na postoj k dárcovství krve. Bylo zaznamenáno 277 validních odpovědí. Dárcovství krve uvedlo 9,70 % (27) respondentů, kteří chodí pravidelně či nepravidelně na odběry krevních složek, z tohoto počtu dárců má 5 respondentů Jánského plaketu za dárcovství. O dárcovství uvažuje 15,50 % (43)

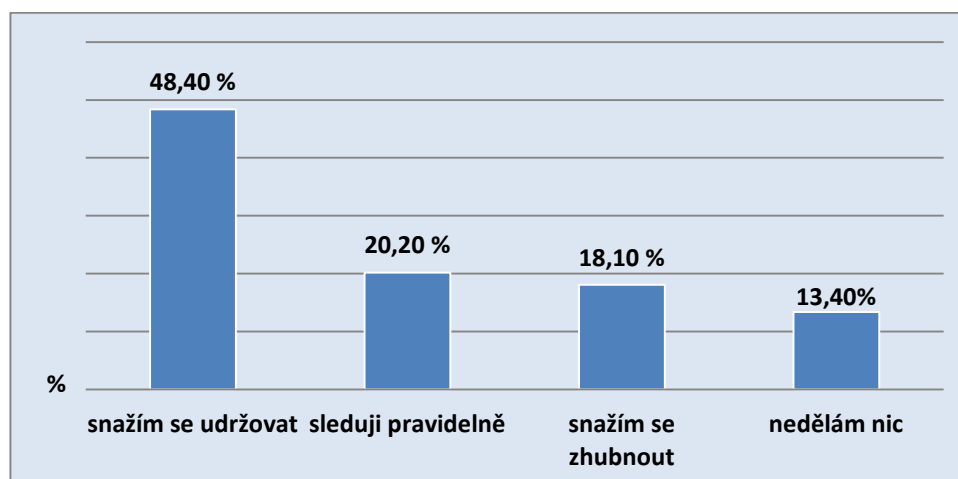
respondentů. Mezi odpověď jiné darovalo krevní složky v minulosti 3,60 % (10) respondentů. Dárce krve není 70,80 % (196) respondentů a jeden 0,40 % respondent uvedl, že náboženské přesvědčení mu dárcovství nedovoluje.

Graf č. 15. Postoj k očkování



Otázka č. 12 byla zaměřena na využití očkování. Jeden respondent neuvedl odpověď. Bylo zaznamenáno 276 validních odpovědí. Možnost očkování zamítá 53,40 % (146) osob, ano odpovědělo 27,50 % (46) a 18,80 % (52) respondentů uvedlo očkování dle svého uvážení, například výjezd do ciziny.

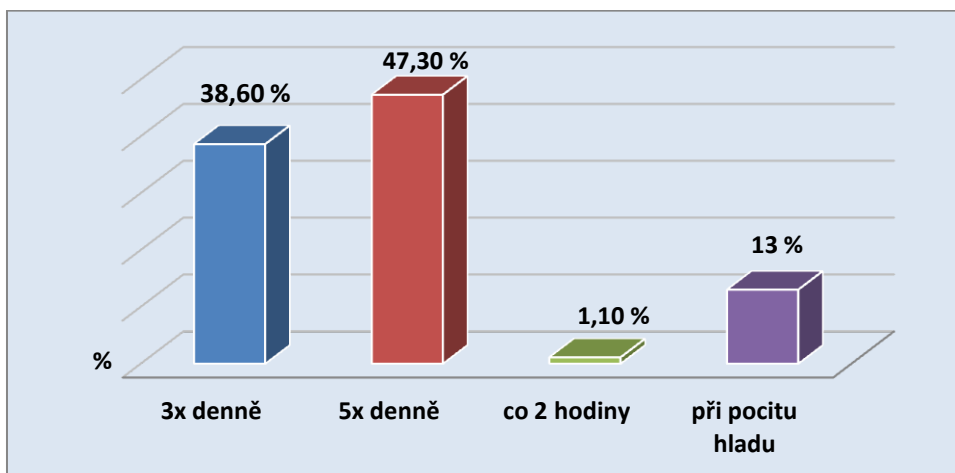
Graf č. 16. Sledování hmotnosti



Otázka č. 13 byla zaměřena, zda respondenti sledují svou hmotnost. Bylo zaznamenáno 277 validních odpovědí. Udržovat svou hmotnost se snaží 48,40 % (134)

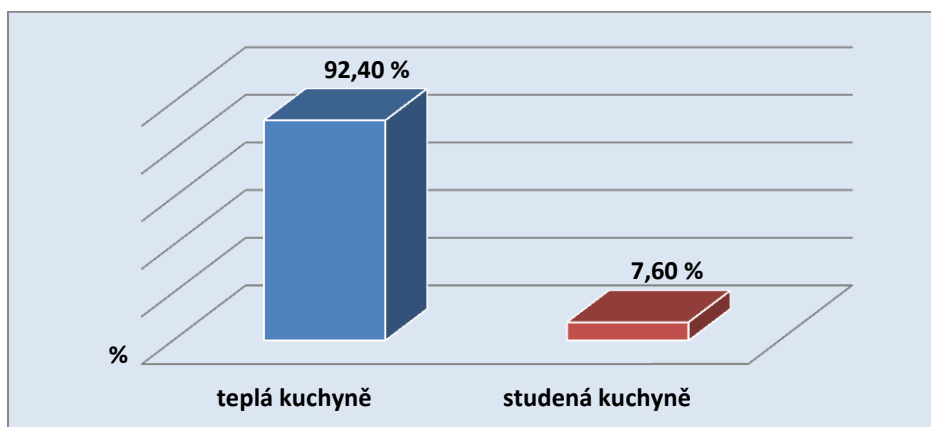
respondentů, pravidelně sleduje svou hmotnost 20,20 % (56), zhubnout se snaží 18,10 % (50) a 13,40 % (37) respondentů nedělá pro udržování hmotnosti nic.

Graf č. 17. Konzumace jídla



Otázka č. 14 měla za úkol zjistit, jak často se respondenti stravují. Zaznamenáno bylo 277 validních odpovědí. Frekvenci 3x denně v konzumaci jídla uvedlo 38,60 % (107) respondentů, 5x denně konzumuje jídlo 47,30 % (131), co dvě hodiny konzumace jídla uvádí 1,10 % (3) respondentů a 13 % (36) konzumuje jídlo až při pocitu hladu.

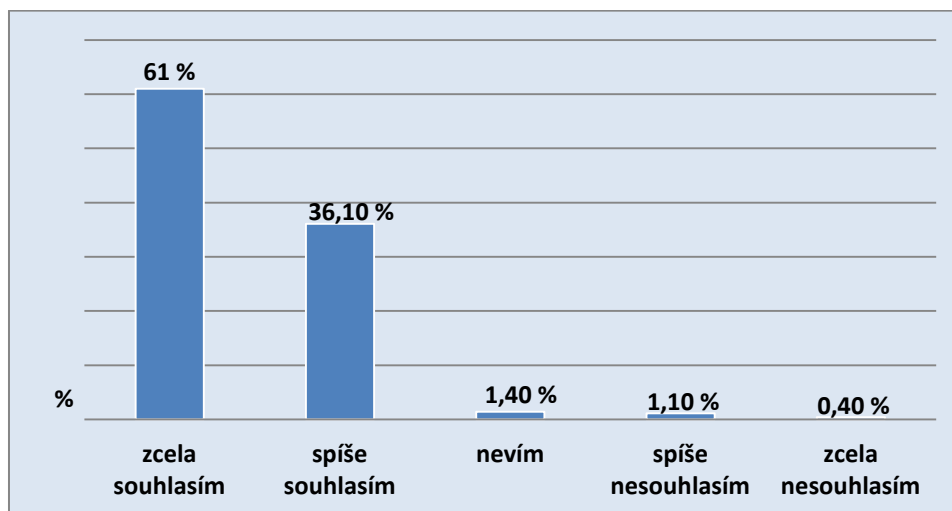
Graf č. 18 Preference typu kuchyňské úpravy jídla



Otázka č. 15 směřovala na dotaz, zda respondenti upřednostňují jako hlavní jídlo studenou nebo teplou kuchyni. Bylo zaznamenáno 277 validních odpovědí. Teplou

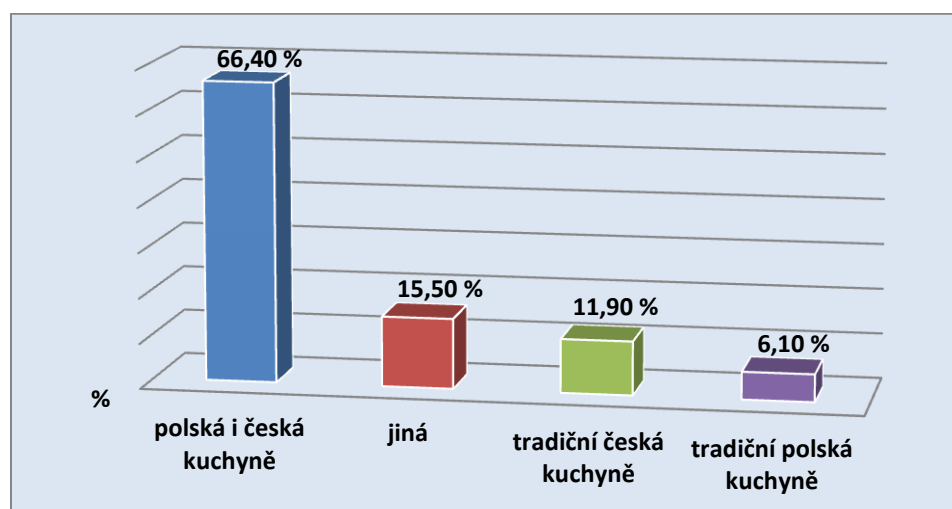
kuchyni upřednostňuje 92,40 % (256) osob a pouze 7,60 % (21) osob upřednostňuje studenou kuchyni jako hlavní jídlo.

Graf č. 19. Škála upřednostňování domácí kuchyně.



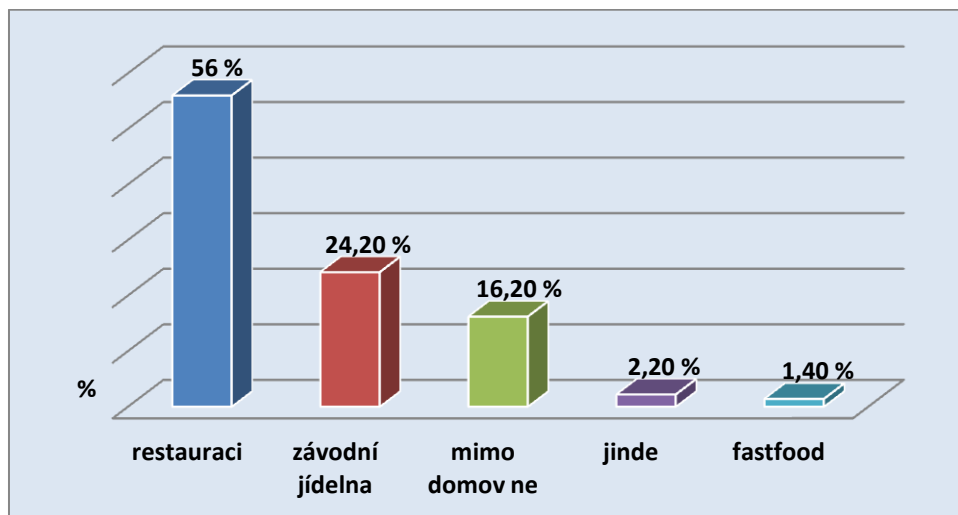
Otázka č. 16 byla zaměřena na hodnocení domácí kuchyně. K hodnocení byla použita likertova škála. Bylo zaznamenáno 277 validních odpovědí. S upřednostňováním domácí kuchyně zcela souhlasilo 61 % (169) respondentů, spíše souhlasilo 36,10 % (100) respondentů, nevím odpovědělo 1,40 % (4) respondentů, spíše nesouhlasilo 1,10 % (3) respondentů a jeden 0,40 % respondent zcela nesouhlasil.

Graf č. 20. Preference úpravy jídel dle kuchyní



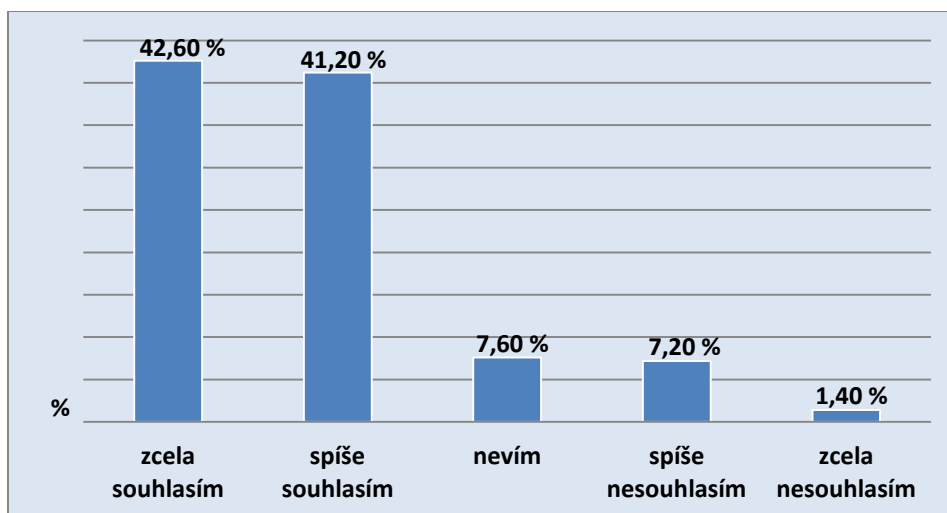
Otázka č. 17 byla směřována na diferenciaci domácí kuchyně. Bylo zaznamenáno 277 validních odpovědí. Nejvíce 66,40 % (186) respondentů má pro domácí kuchyni představu tradiční polské i tradiční české kuchyně, tradiční českou kuchyni udává 11,90% (3), tradiční polskou kuchyni 6,10 % (17) a jinou kuchyni uvedlo 15,50% (43) respondentů. Mezi jinou kuchyni uvedli respondenti například často opakující se slezskou kuchyni, středomořskou, světovou, italskou, řeckou, francouzskou, různou a v jednom případě respondent uvedl doslovně „mámina kuchyně“.

Graf č. 21. Preference stravování mimo domov



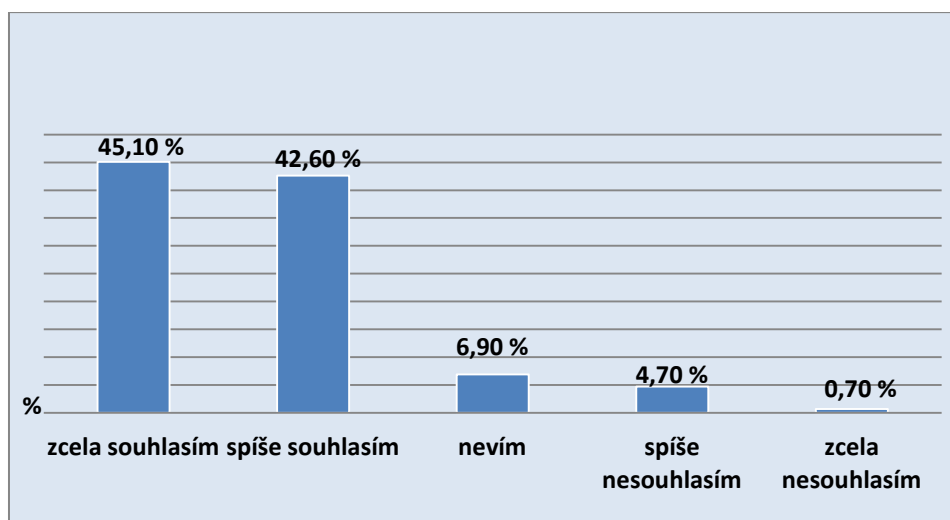
Otázka č. 18 byla zaměřena na sledování, kde se respondenti stravují mimo domov. Bylo zaznamenáno 277 validních odpovědí. Stravování v restauraci dává přednost 56 % (155) osob, závodní stravování preferuje 24,20 % (67) osob, fastfood preferuje 1,40 % (4) respondentů a jinde například u babičky, u dětí uvádí 2,20 % (6) respondentů. Mimo domov se nestravuje 16,20 % (45) respondentů.

Graf č. 22. Škála konzumace zeleniny



Otázka č. 19 byla zaměřena, zda respondent upřednostňuje při stravování zeleninu. K hodnocení byla použita likertova škála. Bylo zaznamenáno 277 validních odpovědí. Zcela souhlasí 42,60 % (118) respondentů, spíše souhlasí 41,20 % (114) respondentů, neví 7,60% (21) respondentů, spíše nesouhlasí 7,20 % (20) a zcela nesouhlasí 1,14 % (4) respondentů.

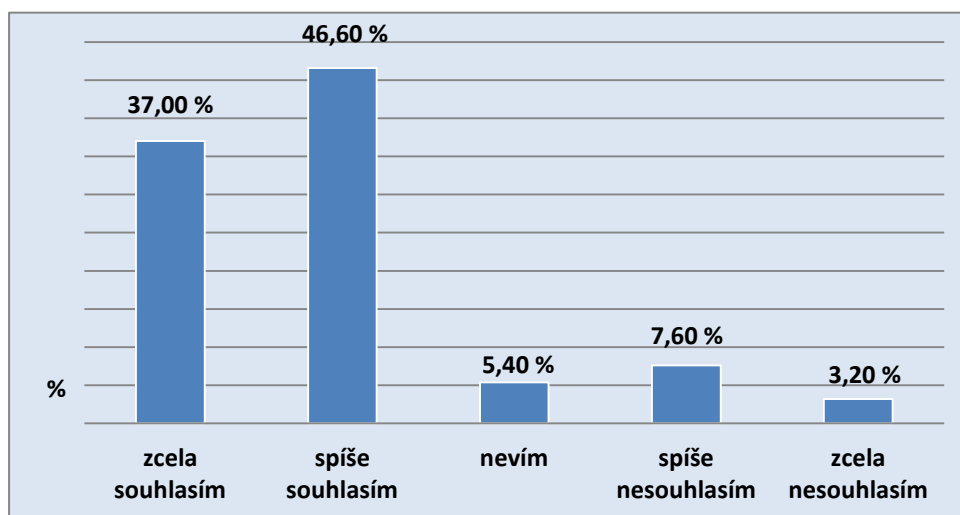
Graf č. 23. Škála konzumace ovoce



Otázka č. 20 byla zaměřena, zda respondent upřednostňuje při stravování ovoce. K hodnocení byla použita likertova škála. Bylo zaznamenáno 277 validních odpovědí. Zcela souhlasí 45,10 % (124) respondentů, spíše souhlasí 42,60 % (118) respondentů,

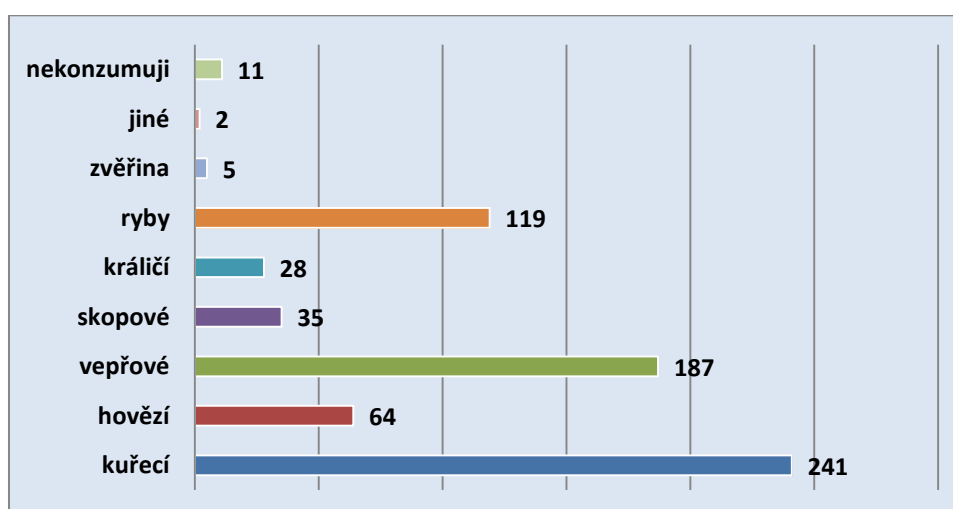
neví 6,90 % (19) respondentů, spíše nesouhlasí 4,70 % (13) a zcela nesouhlasí 0,70 % (2) respondentů.

Graf č. 24. Škála konzumace masa



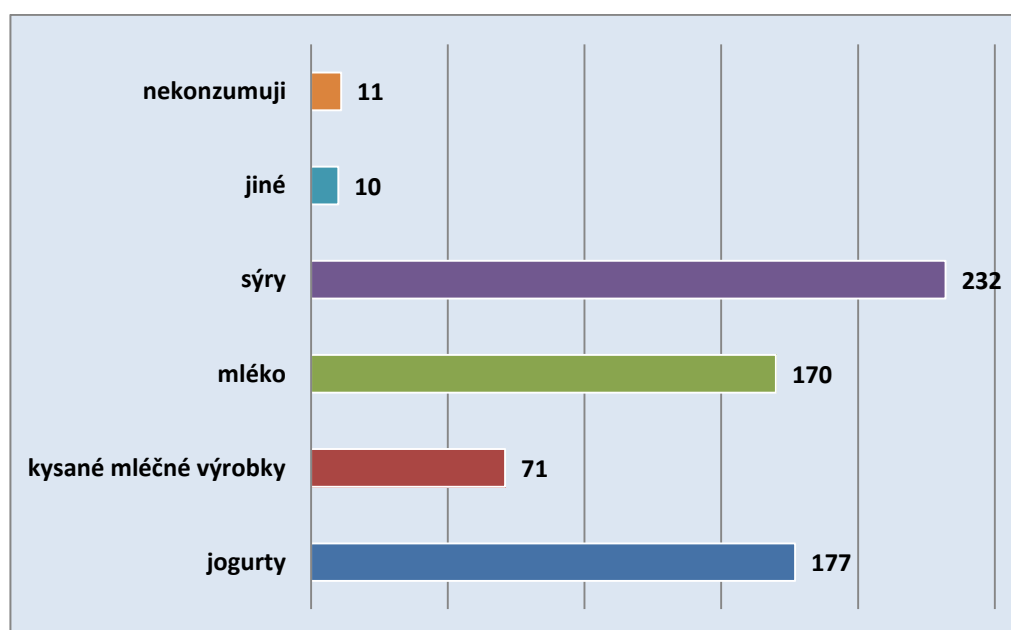
Otázka č. 21 byla zaměřena, zda respondent upřednostňuje při stravování maso. K hodnocení byla použita likertova škála. Bylo zaznamenáno 277 validních odpovědí. Zcela souhlasí 37,00 % (103) respondentů, spíše souhlasí 46,60 % (129) respondentů, neví 5,40 % (15) respondentů, spíše nesouhlasí 7,60 % (21) a zcela nesouhlasí 13,20 % (9) respondenti.

Graf č. 25. Preference konzumace masa-počet odpovědí



V otázce č. 22 respondenti uváděli, které maso nejčastěji konzumují. Zaznamenáno bylo 277 validních odpovědí. Respondenti měli možnost volit více odpovědí, které označili 1, 2, 3 dle preferencí. Kuřecí maso označilo 241 respondentů. Vepřové maso uvedlo 187. Ryby preferovalo 119 respondentů. Hovězí maso uvedlo v dotazníku 64 respondentů. Skopové maso uvedlo 35 respondentů. Králičí maso konzumuje 28 respondentů. Zvěřinu uvedlo 5 respondentů. Jiné maso uvedli 2 respondenti, ale nspecifikovali, o které maso se jedná. Maso nekonzumuje 11 respondentů.

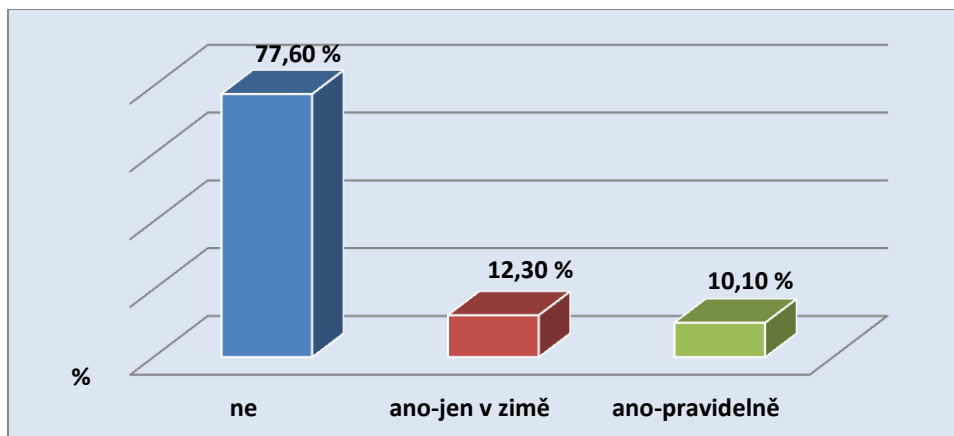
Grafč. 26. Preference konzumace mléčných výrobků-počet odpovědí



Otázka č. 23 byla zaměřena na zjištění preferencí konzumace mléčných výrobků. Zaznamenáno bylo 277 validních odpovědí. Respondenti měli možnost volit více odpovědí, které označili 1, 2, 3 dle preferencí.

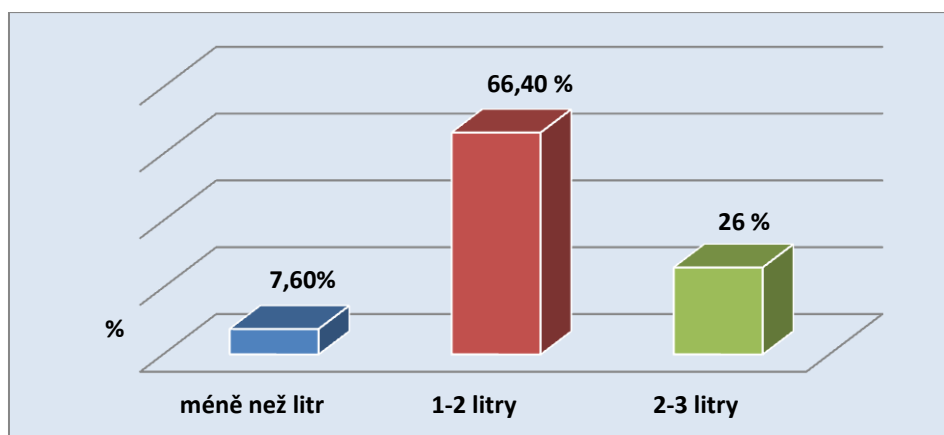
Mléčné výrobky nekonzumuje 11 respondentů. Respondenti uvedli 232 krát konzumaci sýrů. Jogurty zaujímají druhé pořadí se 177 odpověďmi. Třetí místo zaujímá konzumace mléka u 170 respondentů. Kysané mléčné produkty označilo 71 respondentů. Jiné mléčné výrobky uvedlo 10 respondentů, například tvaroh a bryzda.

Graf č. 27. Užívání vitamínových doplňků stravy



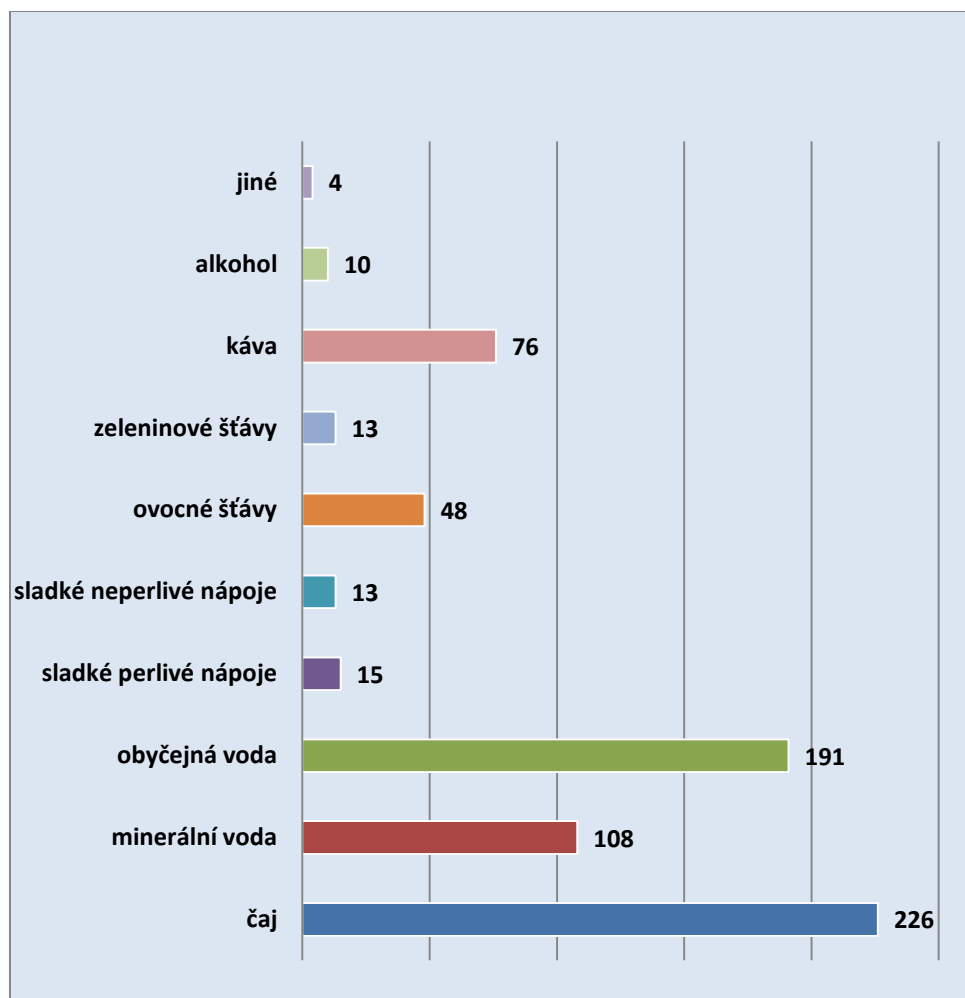
Otázka č. 24 byla zaměřena, zda respondenti používají vitamínové doplňky stravy. Zaznamenáno bylo 277 validních dotazníků. Pro statistické zpracování byly sloučeny odpovědi ne a preferuji čerstvé ovoce a zeleninu v jednu odpověď ne. K tomu se vyjádřilo 77,60 % (215) respondentů. Ano-jen v zimě odpovědělo 12,30 % (34) a ano-pravidelně 10,10 % (28) respondentů.

Graf č. 28. Množství tekutin během dne



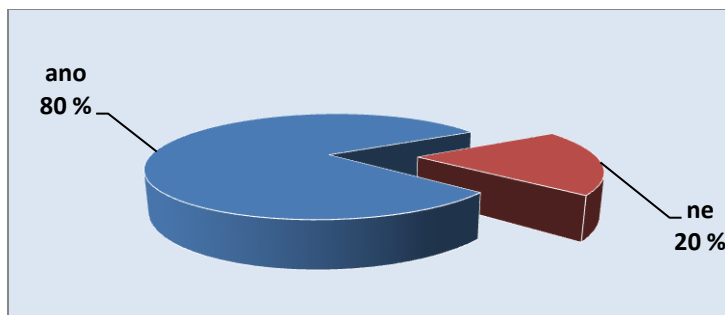
Otázka č. 25 se specifikovala na zjištění množství tekutin, které respondenti za den vypijí. Zaznamenáno bylo 277 validních odpovědí. Méně než 1 litr tekutin vypije 7,60 % (21) respondentů, 1-2 litry vypije 66,40 % (184) a 2-3 litry 26 % (72) respondentů.

Graf č. 29. Preference jednotlivých druhů tekutin-počet odpovědí



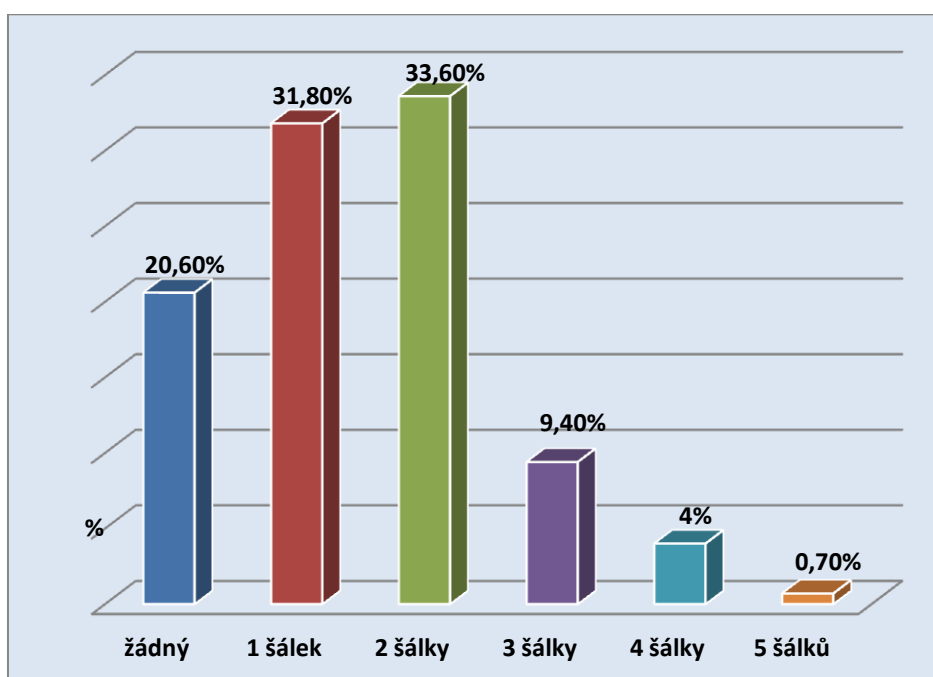
Otázka č. 26 navazovala na předchozí otázku. Respondenti preferovali druhy tekutin, které popíjejí. Zaznamenáno bylo 277 validních odpovědí. Respondenti měli možnost volit více odpovědí, které označili 1, 2, 3 dle preferencí. Nejčastěji respondenti udávali pití čaje v 226 případech. Obyčejnou vodu uvedlo 191 respondentů. Minerální voda zaujímala třetí místo se 101 odpověďmi. Kávu jako tekutinu uvedlo 76 respondentů. Ovocné šťávy uvedlo 48 respondentů. Sladké perlivé nápoje uvedlo 15 respondentů. Sladké neperlivé a zeleninové šťávy uvedlo stejně 13 respondentů. Mezi tekutiny zařadilo alkohol 10 respondentů a 4 respondenti uvedli jiné nápoje, ale nspecifikovali je.

Graf č. 30. Konzumace kávy



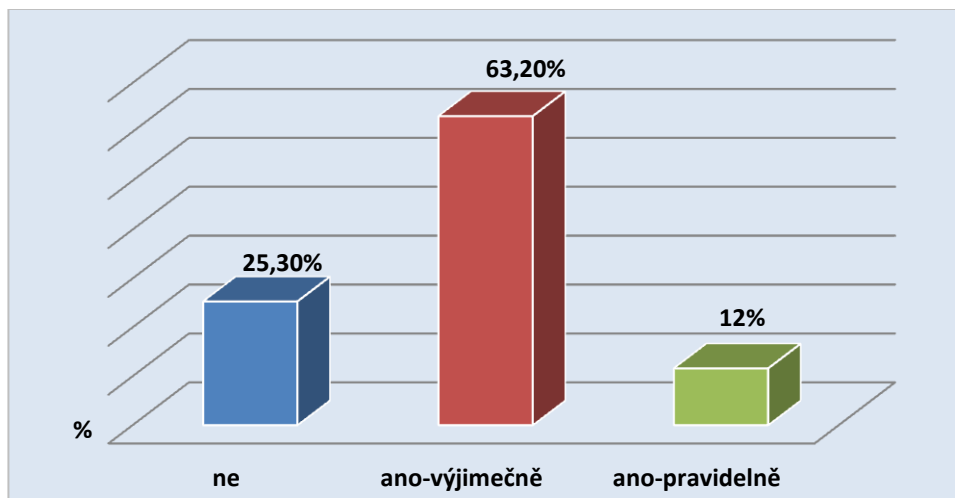
Otázka č. 27 byla zaměřena, zda respondenti pijí kávu. Po potvrzení konzumace kávy byli vyzváni k označení množství šálek, které vypijí během dne. Zaznamenáno bylo 277 validních odpovědí. Převážná většina 80,50 % (223) osob uvedla konzumaci kávy a 19,50 % (54) osob kávu nepije.

Graf č. 31. Množství kávy za den



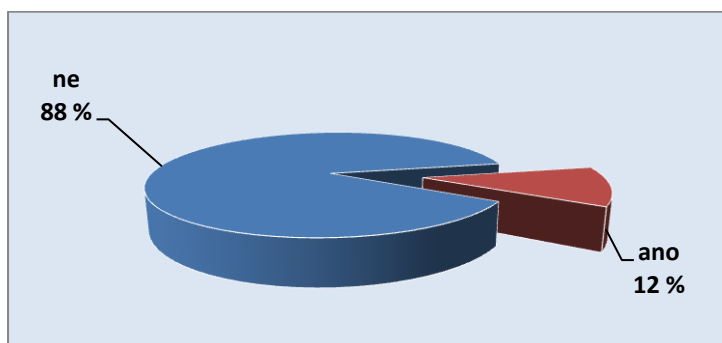
Konzumenti kávy nejvíce pijí dva šálky tj. 33,60 % respondentů, dále následuje 1 šálek tj. 31,80 % respondentů a 3 šálky tj. 9,40 % respondentů.

Graf č. 33. Konzumace alkoholu



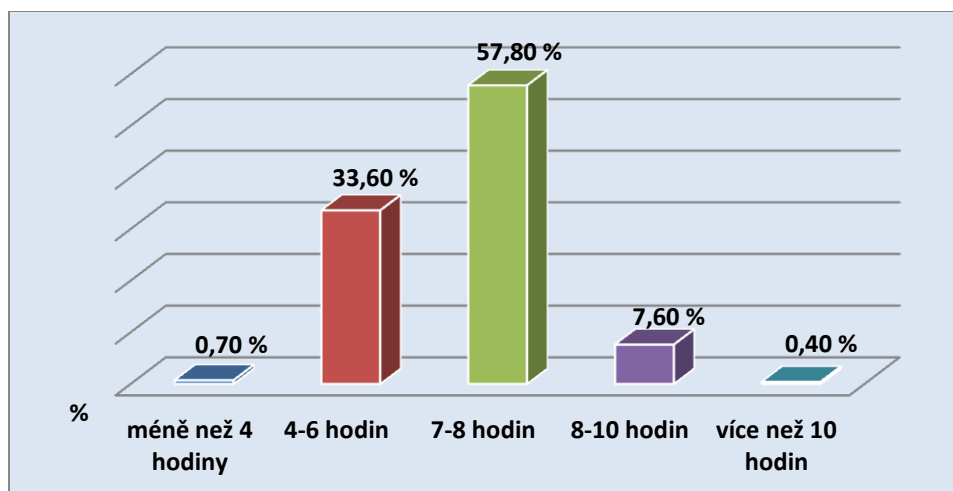
Otázka č. 28 sledovala, zda respondenti konzumují alkohol. Zaznamenáno bylo 277 validních odpovědí. Ano-výjimečně uvedlo 63 % (175) respondentů, ano-pravidelně 12 % (32) respondentů a 25 % (70) nekonzumuje alkohol.

Graf č. 34. Kouření



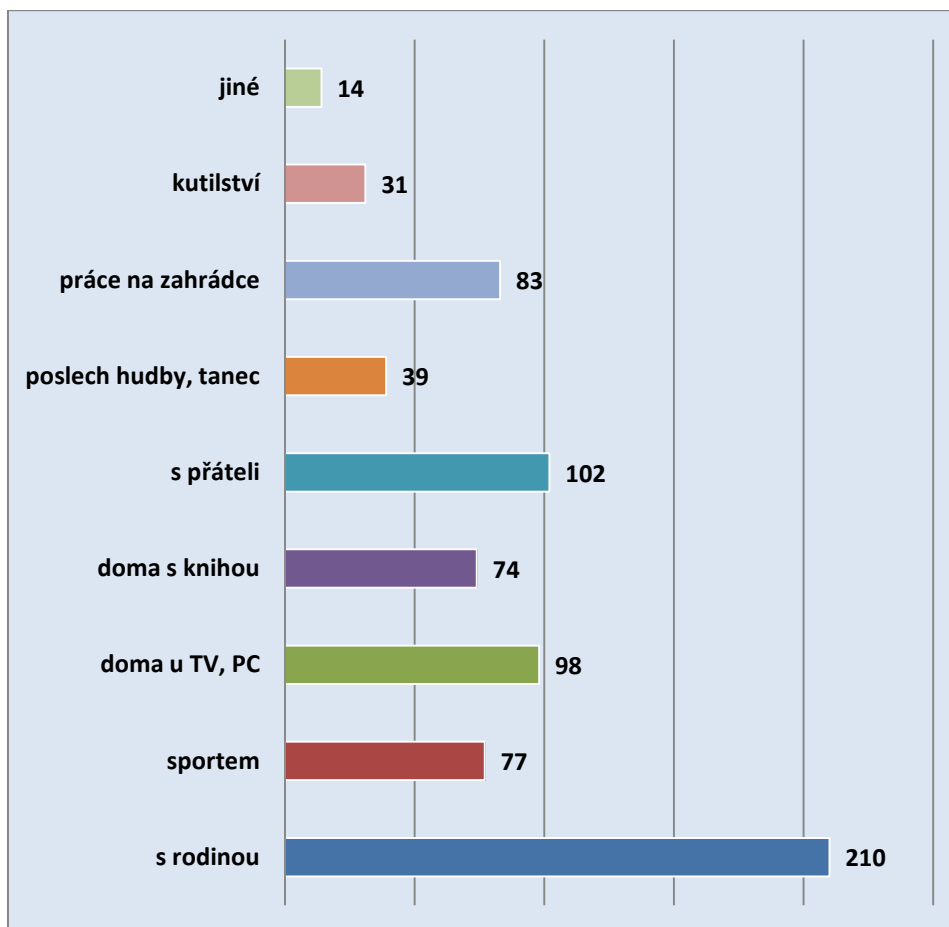
Otázka č. 29 směřovala ke zjištění kouření mezi respondenty. Jeden respondent neodpověděl. Zaznamenáno bylo 276 validních odpovědí. Nekouří 88,40% (244) respondentů a 11,60% (32) respondentů kouří.

Graf č. 35. Délka spánku



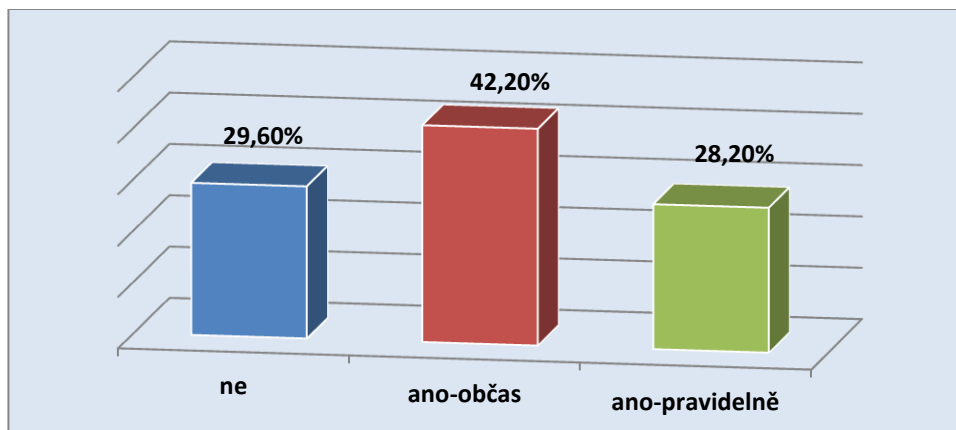
V otázce č. 30 respondenti uváděli, kolik času tráví spánkem. Bylo zaznamenáno 277 validních odpovědí. Méně než 4 hodiny spí 0,70 % (2) respondentů, 4-6 hodin spí 33,60 % (93) respondentů, 7-8 hodin spí 57,80 % (167), 8-10 hodin spí 7,60 % (20) a více než 10 hodin spí 0,40 % (1) respondentů.

Graf č. 36. Preference trávení volného času-počet odpovědí



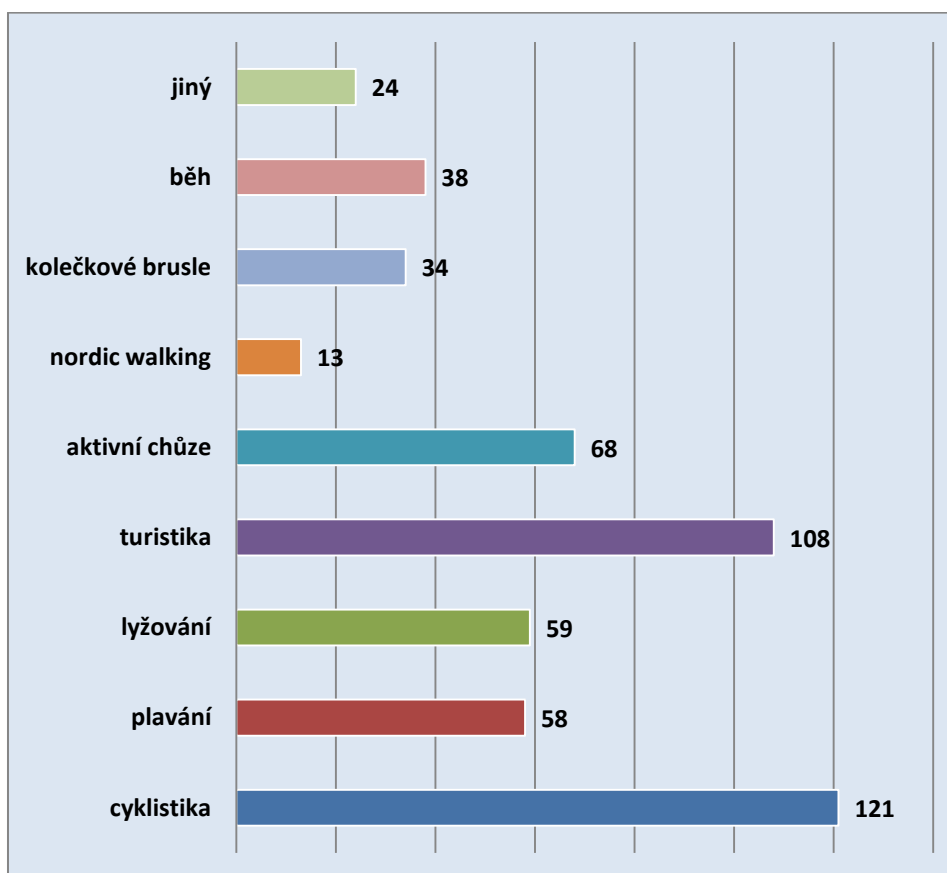
V otázce č. 31 respondenti označovali, jak tráví volný čas. Zaznamenáno bylo 277 validních odpovědí. Respondenti měli možnost volit více odpovědí, které označili 1, 2, 3 dle preferencí. Nejvíce času 210 trávilo volný čas s rodinou. Druhé pořadí zaujímá se 102 odpověďmi trávení volného času s přáteli. Třetí pořadí zaujímá trávení volného času doma u TV, PC a uvedlo jej 98 respondentů. Následuje práce na zahrádce preferována 83 respondenty. Sportem se ve volném čase zabývá 77 respondentů, doma s knihou preferuje 74 respondentů, hudbou a tancem se věnuje 39 respondentů, kutilství uvedlo 31 respondentů a jinými aktivitami se zabývá 10 respondentů.

Graf č. 37. Trávení volného času sportem



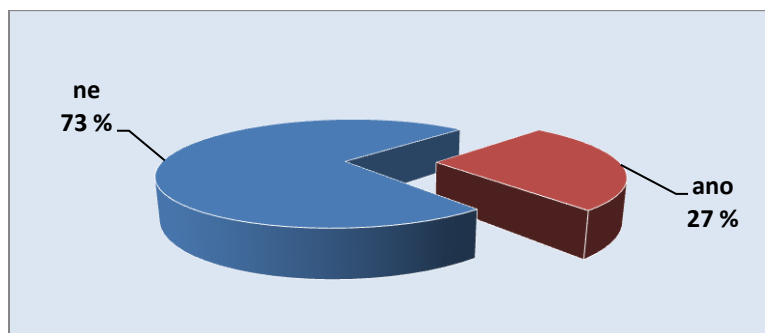
Otázka č. 32 byla zaměřena na sport. Bylo zaznamenáno 277 validních dotazníků. Ano-pravidelně provozuje sport, uvedlo (28,20 %) 78 respondentů, ano-občas provozuje sport 42,20 % (117) a ne uvedlo 29,60 % (82) respondentů.

Graf č. 38. Preference druhu sportu-počet odpovědí



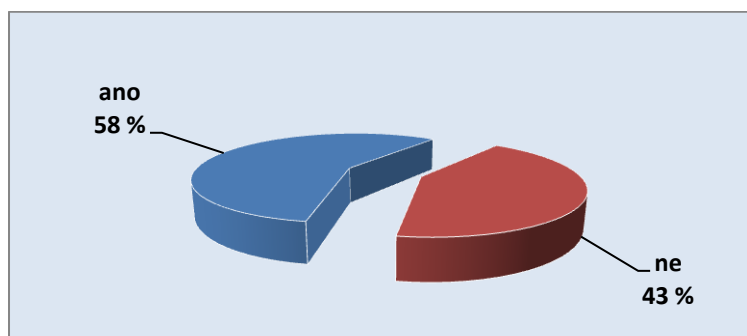
Otázka č. 32 pokračovala, kdy respondenti označovali, jaký druh sportu preferují. Zaznamenáno bylo 277 validních odpovědí. Respondenti měli možnost volit více odpovědí, které označili 1, 2, 3 dle preferencí. Nejčastěji se objevovala odpověď cyklistika u 121 respondentů. Další následovala turistika, která byla zaznamenána 108 respondenty. Aktivní chůzi uvedlo 68 respondentů. Lyžování uvedlo 59 respondentů, plavání 58 respondentů, běh 34 respondentů, kolečkové brusle 34, jiný druh sportu uvedlo 24 respondentů, kteří uvedli volnočasovou aktivitu například - fotbal, jízda na koni, zumba, šachy, tenis, bambinton, kulturistika, stolní tenis, futsal a florbal. Na posledním místě 13 respondentů uvedlo využití nordic walking.

Graf č. 39. Přednost alternativní léčby před klasickou medicínou



Otázka č. 33 byla zaměřena, zda respondenti upřednostňují prvky alternativní medicíny před klasickou medicínou. Bylo zaznamenáno 277 validních odpovědí. Záporně odpovědělo 73,30 % (203) respondentů a 26,70 % (74) odpovědělo kladně.

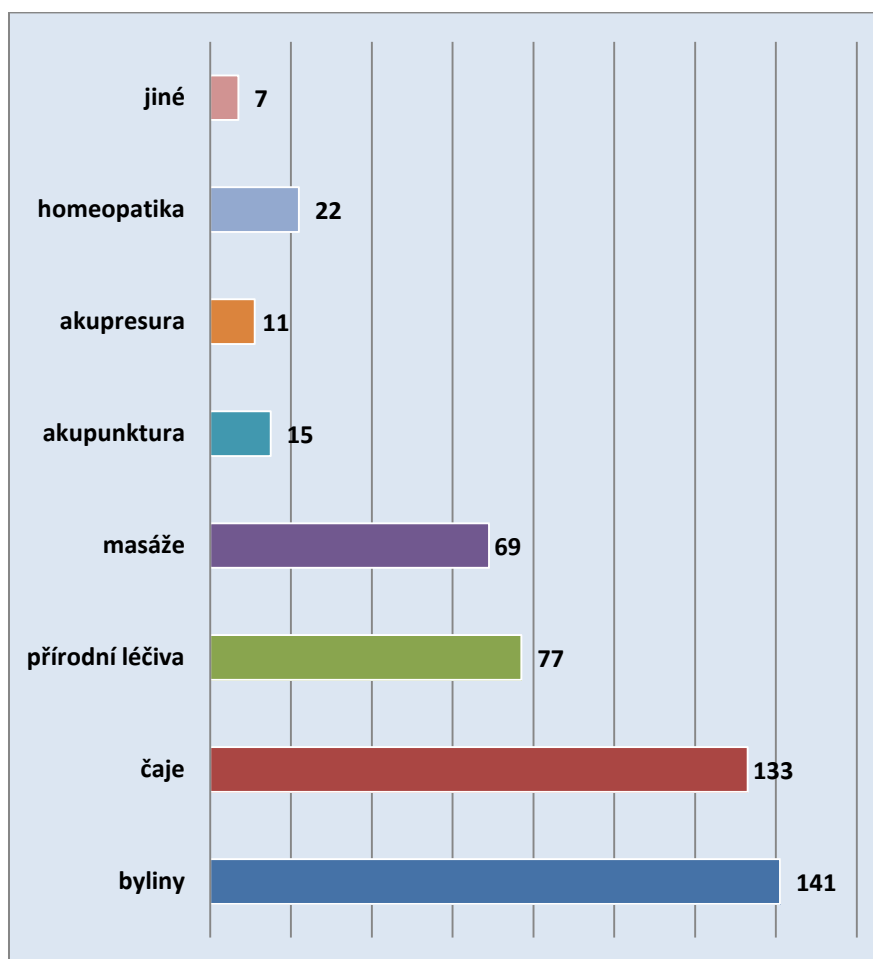
Graf č. 40. Prvky alternativní terapie využívané při ordinované léčbě



Otázka č. 34 byla směřována, zda respondenti při ordinované léčbě užívají některé prvky alternativní medicíny. Ve dvou dotaznících nebyla zaznamenána odpověď. Bylo

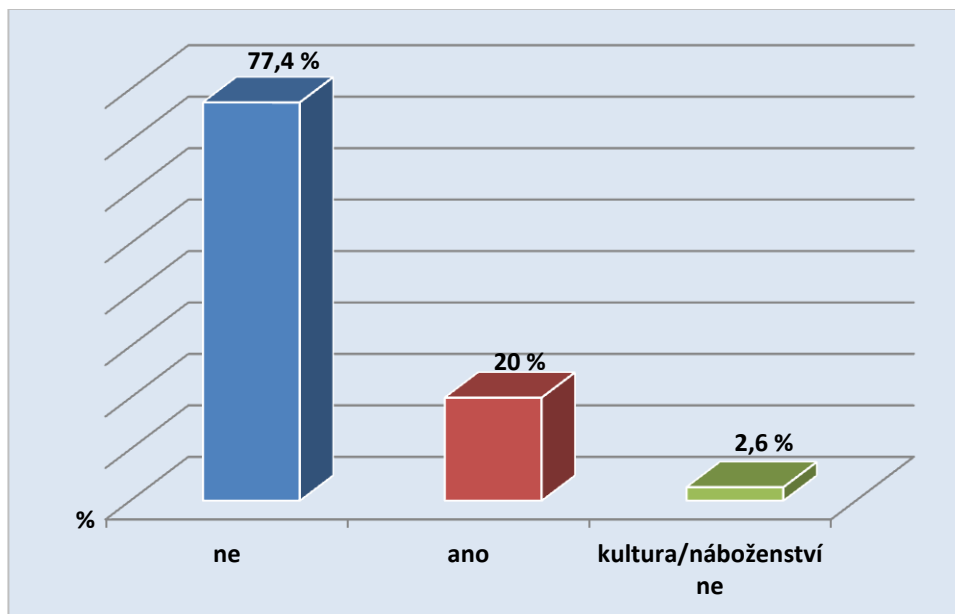
zaznamenáno 275 validních odpovědí. Kladně odpovědělo 57,50 % (148) respondentů a negativně 42,50 % (117) respondentů.

Graf č. 41. Preference druhu alternativní léčby-počet odpovědí



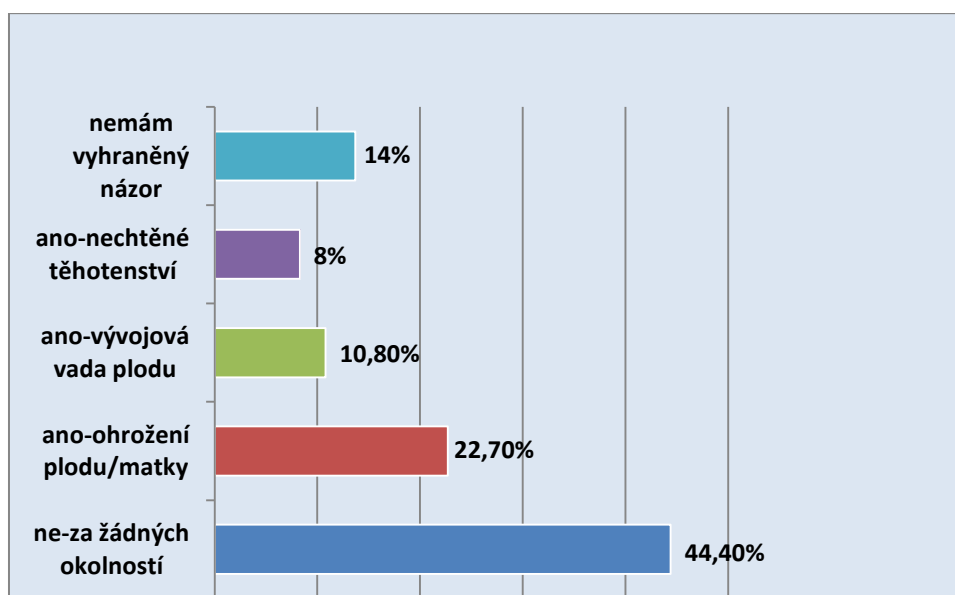
Otázka č. 35 navazuje na předchozí otázku, kdy respondenti mohli volit libovolné množství prvků alternativní medicíny, které využívají. Nejpreferovanější je využití bylin u 141 respondentů. Druhou pozici zaujímá pití čajů, které preferuje 133 respondentů, 77 respondentů užívá přírodní léčiva, masáže využívá 69 respondentů, homeopatia 22 respondentů, akupunkturu 15 respondentů, akupresuru praktikuje 11 a 7 respondentů uvedlo jiné praktika alternativní léčby například biotronová lampa a reiki.

Graf č. 42. Postoj respondentů k antikoncepci



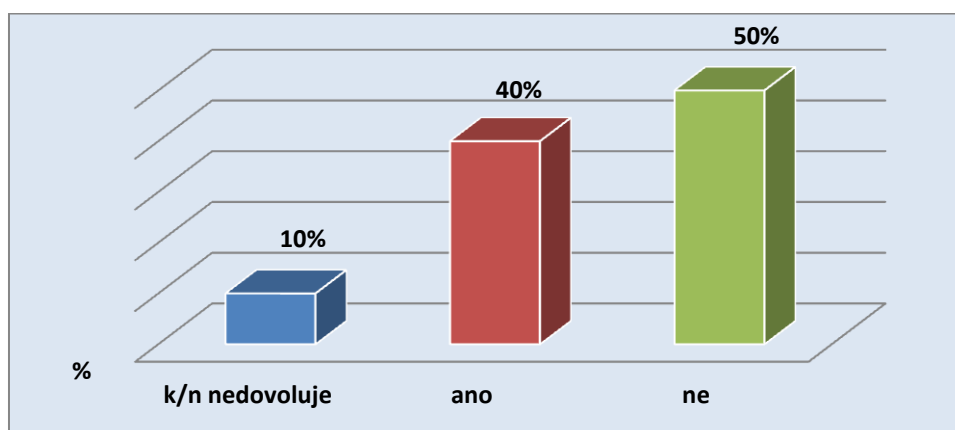
Otázka č. 36 byla směřována na vyjádření postoje k antikoncepci. Původně byli zahrnuti i muži, ale většina nebyla nezodpovězena, proto byly do zpracování zahrnuty pouze ženy. Bylo zaznamenáno 180 validních odpovědí. Antikoncepci neužívá 77,40 % (138) žen, 20 % (37) žen antikoncepci užívá a 2,60 % (5) ženám užívání antikoncepce brání kultura/náboženství.

Graf č. 43. Postoj respondentů k interrupcím



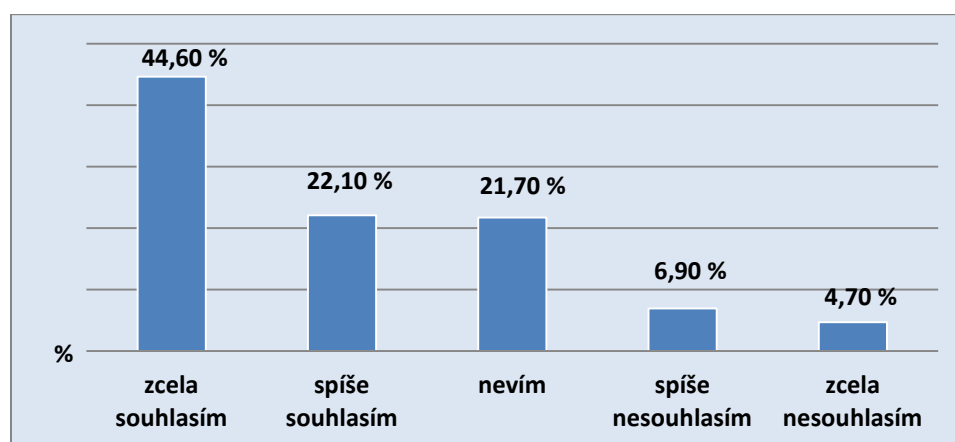
Otázka č. 37 sleduje postoj respondentů k interrupcím. Bylo zaznamenáno 277 validních odpovědí. Ne-za žádných okolností prezentovalo 44,30 % (125) respondentů, ano jako možnost v případě ohrožení plodu/matky odpovědělo 22,70 % (63) respondentů, ano v případě vývojové vady plodu odpovědělo 10,80 % (30) respondentů a ano v případě nechtěného těhotenství odpovědělo 8 % (23) respondentů. Nemající vyhraněný názor uvádí 14 % (38) respondentů.

Graf č. 44. Postoj respondentů k eutanaziím



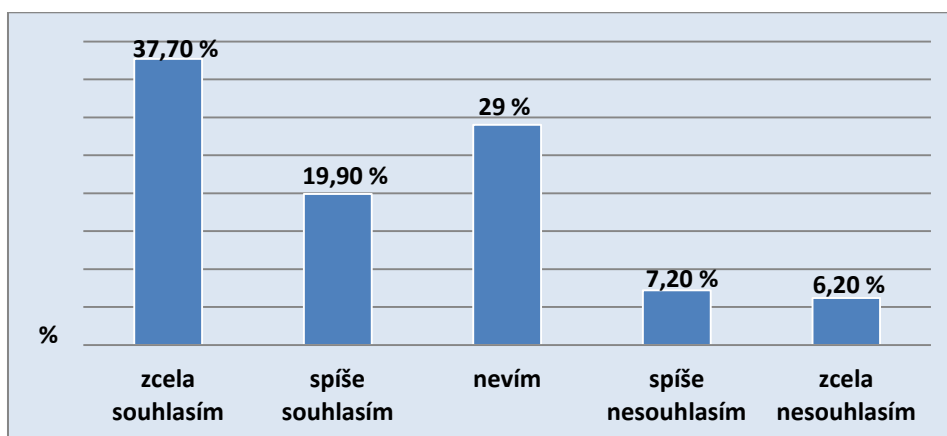
Otázkou č. 41 byl směřován dotaz na postoj k eutanaziím. Bylo zaznamenáno 274 validních odpovědí. Kultura/náboženství nepovoluje eutanazii, uvedlo 9,10 % (28) respondentů. S eutanazií nesouhlasí 49,60 % (136) respondentů a pro možnost eutanazie se vyslovilo 9,20 % (110) respondentů.

Graf č. 45. Škála víry v posmrtný život



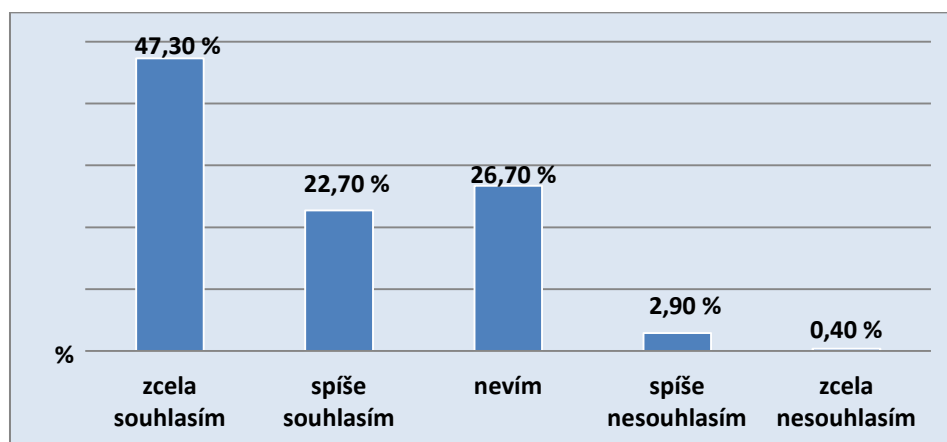
Otázka č. 38 hodnotí, zda respondent věří v posmrtný život. Jeden respondent neuvedl odpověď. Bylo zadáno 276 validních odpovědí. K hodnocení byla použita likertova škála. Zcela souhlasí 44,60 % (123) respondentů, spíše souhlasí 22,10 % (61) respondentů, neví 21,70 % (60) respondentů, spíše nesouhlasí 6,90 % (19) a zcela nesouhlasí 4,70 % (13) respondentů.

Graf č. 46. Přítomnost duchovního



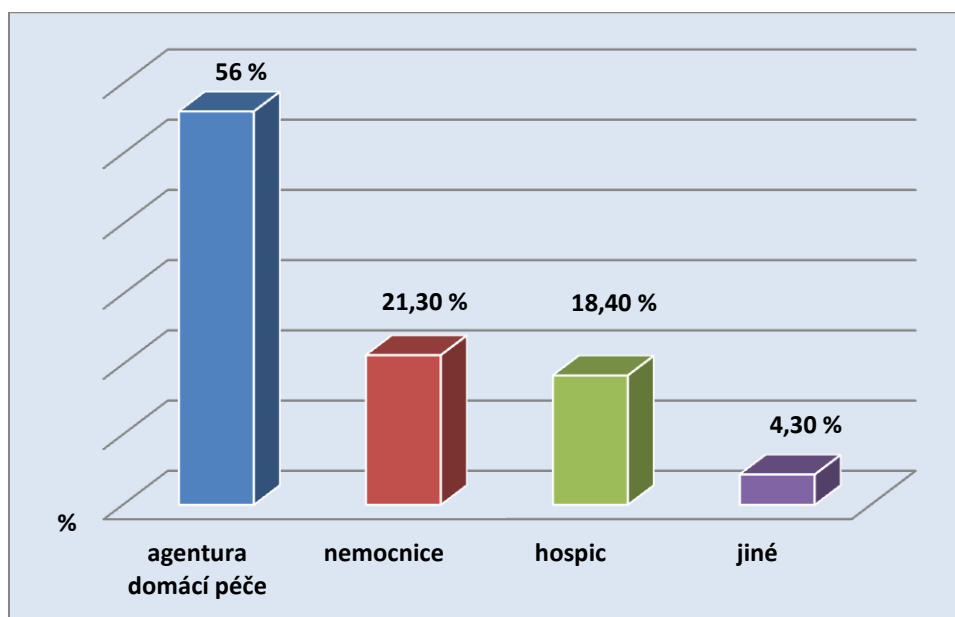
Otázka č. 39 hodnotí, zda by respondent v případě závažné choroby uvítal přítomnost duchovního. Jeden respondent neuvedl odpověď. Bylo zadáno 276 validních odpovědí. K hodnocení byla použita likertova škála. Zcela souhlasí 37,70 % (104) respondentů, spíše souhlasí 19,90 % (55) respondentů, neví 29 % (80) respondentů, spíše nesouhlasí 7,20 % (20) a zcela nesouhlasí 6,20 % (17) respondentů.

Graf č. 47. Přítomnost rodiny



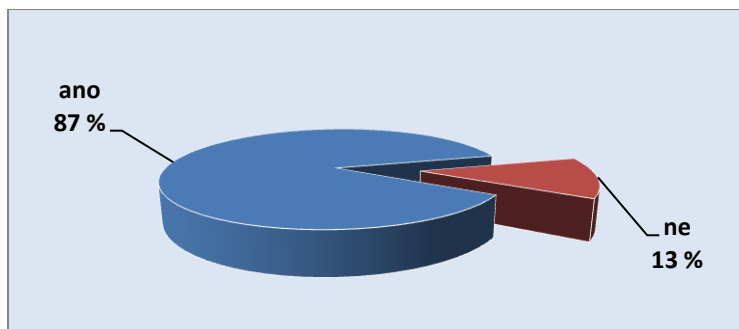
Otázka č. 40 hodnotí, zda by respondent v případě závažné choroby uvítal přítomnost duchovního. Bylo zadáno 277 validních odpovědí. K hodnocení byla použita likertova škála. Zcela souhlasí 47,30 % (131) respondentů, spíše souhlasí 22,70 % (63) respondentů, neví 26,70 % (74) respondentů, spíše nesouhlasí 2,90 % (8) a zcela nesouhlasí 0,40 % (1) respondentů.

Graf č. 48. Volba zařízení



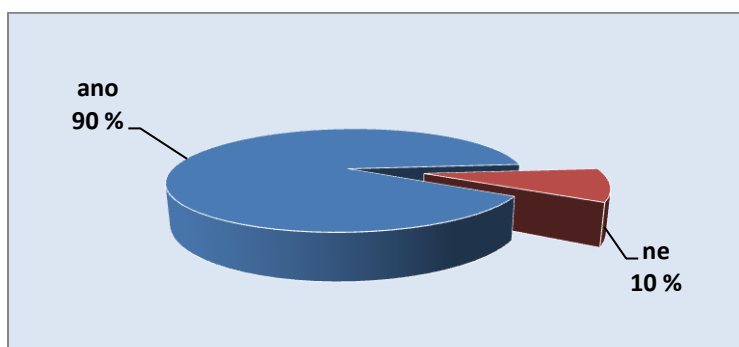
Otázka č. 41 umožňuje respondentům vybrat z možností, které zařízení by zvolili v případě, kdy by se nemohli sami o sebe nebo rodina postarat. Bylo zadáno 277 validních odpovědí. Agenturu domácí péče by si zvolilo 56 % (155) respondentů, nemocnici by zvolilo 21,30 % (59) respondentů, hospic by zvolilo 18,40 % (51) respondentů a 4,30 % (12) respondentů uvedlo jiné například eutanazii.

Graf č. 49. Odpovědi na otázku „Vím co je Agentura domácí péče“



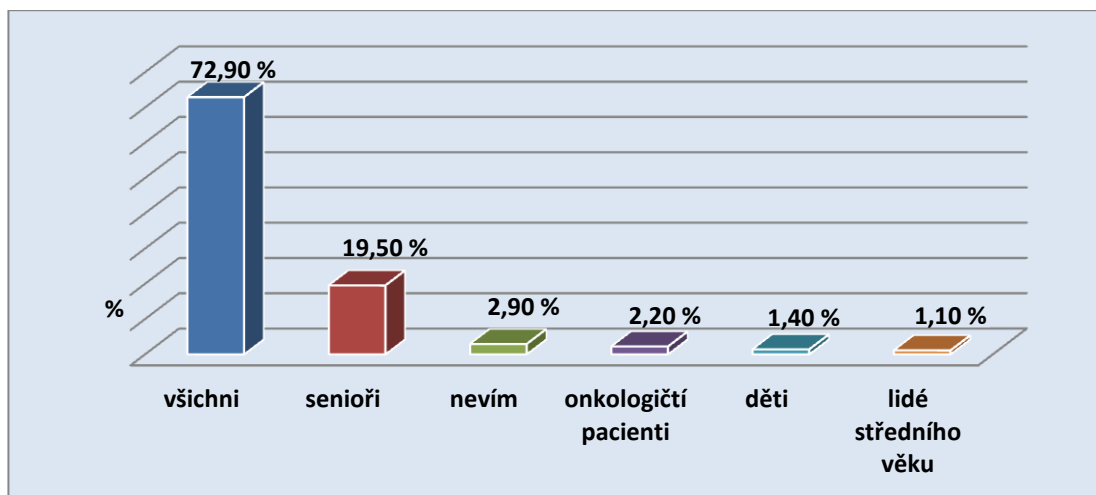
Otázka č. 42 navazuje na předchozí otázku, zda respondent ví co je agentura domácí péče. Jeden respondent neodpověděl. Bylo zadáno 276 validních odpovědí. Kladně odpovědělo 87,30 % (241) a negativně 2,70 % (35).

Graf č. 50. Odpovědi na otázku „Vím, že péče je poskytována v domácím prostředí“



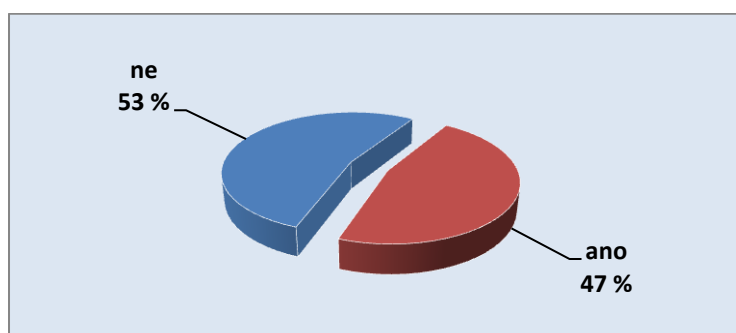
Otázka č. 44 „Vím, že péče je poskytována v domácím prostředí“. Jeden respondent neodpověděl. Bylo zadáno 276 validních odpovědí. Kladně odpovědělo 90,2 % (249) a negativně odpovědělo 9,8 % (27) respondentů.

Graf č. 51. Odpovědi na otázku, kdo může využívat služeb ADP



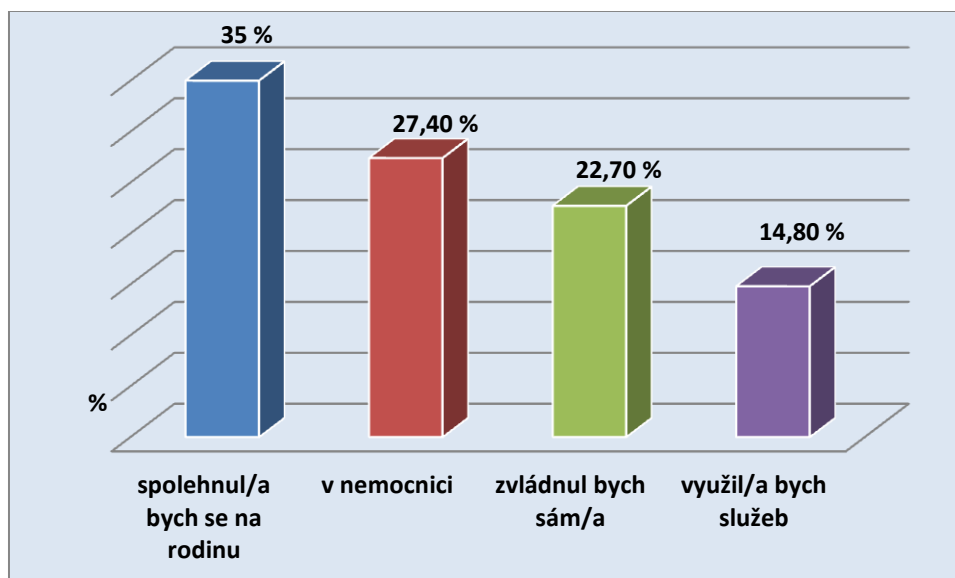
V otázce č. 45 měli respondenti odpovědět, kdo může být klientem Agentury domácí péče. Bylo zadáno 277 validních odpovědí. Klienty ADP mohou být všichni bez rozdílu věku, na tuto možnost odpovědělo 72,90 % (202) respondentů, 19,50 % (54) respondentů odpovědělo, že klienty mohou být senioři. Nevím odpovědělo 2,90 % (8) respondentů a 2,20 % (6) odpovědělo, že služba je určena pro onkologické pacienty. Respondenti domnívající, že se jedná o službu pro děti, bylo 1,40 % (4) a 1,10 % (3) respondentů se domnívají, že je služba určena pro střední generaci.

Graf č. 52. Zkušenosti s Agenturou domácí péče



V otázce č. 46 byli dotazováni respondenti na zkušenosti s agenturou domácí péče. Bylo zaznamenáno 277 validních dotazníků. Zkušenosti má 53,40 % (148) respondentů a 46,60 % (129) tuto zkušenost nemá.

Graf č. 53. Volba zařízení k doléčení zdravotního stavu po operaci



Otázka č. 47 vybízí k odpovědi, které zařízení nebo službu, by si vybral v případě doléčení po nekomplikované operaci. Zaznamenáno bylo 277 validních odpovědí. Spolehnul bych se na rodinu, byla největší preference odpovědi, kterou označilo 35 % (97) respondentů. V nemocnici by vyžadovalo pobyt 27,40 % (76) respondentů, 22,70 % (6) by se samo spolehlo samo na sebe a 14,80 % (41) respondentů by se obrátilo na zdravotnickou službu.

(příloha č. 6 - výsledky elektronické verze)

4. 3 Výsledky testování hypotéz

Statistická analýza byla provedena pomocí programu IBM SPSS, verze 18.0. Hladina významnosti pro statistické testování byla 0,05.

Pro hypotézu č. 1 Vysokoškolsky vzdělaná populace polské národnostní menšiny vykazuje statisticky lepší hodnocení v postoji ke svému zdraví, než populace polské národnostní menšiny se základním vzděláním byly pro testování použity odpovědi na otázku č. 3-Vzdělání, č. 4-Národnost, č. 8-Péče o zdraví, č. 12-Preference očkování a č. 13-Sledování vlastní hmotnosti respondentů. V souboru respondentů s polskou národností byli porovnáni respondenti se základním vzděláním (77) a respondenti s vysokoškolským vzděláním (58).

Pro testování (Vzdělání x Péče o zdraví) byla stanovena *H₀-populace polské národnostní menšiny se základním vzděláním a vysokoškolským vzděláním se o své zdraví stará stejně*. Byl zvolen Fisherův exaktní test a mediánový test pro porovnání dat. Signifikace-statistická významnost byla u Fisherova exaktního testu 0.329 a mediánového testu 0.546, tj. > 0,05 (hladina významnosti). *H₀* nebyla zamítnuta, není možné rozdíly prokázat. **Neprokazují výzkumnou hypotézu - Vysokoškolsky vzdělaná populace polské národnostní menšiny vykazuje statisticky lepší hodnocení v postoji ke svému zdraví, než populace polské národnostní menšiny se základním vzděláním.**

	Value	df	Asymp.Sig.	Exact Sig.
Fisher's Exact Test	3,387			0,329

Test	Sig.	Decision
Median Test	0,546	Retain the null hypothesis

Pro testování (Vzdělání x Preference očkování) byla použita *H₀ -populace polské národnostní menšiny se základním vzděláním a vysokoškolským vzděláním přistupuje k očkování stejně*. V souboru respondentů s polskou národností byli porovnáni respondenti se základním vzděláním (77) a respondenti s vysokoškolským vzděláním (57).

Pro testování byl zvolen Pearsonův χ^2 test. Signifikance-statistická významnost byla u Pearsonova χ^2 testu 0,005 tj. $< 0,05$ (hladina významnosti). *H₀ byla zamítnuta, existují rozdíly. Prokazují výzkumnou hypotézu.*

Testováním byl zjištěn rozdíl, který vyznívá ve prospěch respondentů se základním vzděláním, kteří se nechávají častěji očkovat.

	Value	df	Asymp.Sig.	Exact Sig.
Pearson Chi-Square	10,696	2	0,005	0,005

Pro testování (Vzdělání x Sledování vlastní hmotnosti respondentů) byla stanovena *H₀-populace polské národnostní menšiny se základním vzděláním a vysokoškolským vzděláním sledují svou hmotnost stejně.* Byl zvolen Pearsonův χ^2 test. Signifikance-statistická významnost byla u Pearsonova χ^2 testu 0,251, tj. $> 0,05$ (hladina významnosti). *H₀ nebyla zamítnuta, není možné rozdíly prokázat. Neprokazují výzkumnou hypotézu - Vysokoškolsky vzdělaná populace polské národnostní menšiny sleduje svou hmotnost častěji, než populace polské národnostní menšiny se základním vzděláním.*

	Value	df	Asymp.Sig.	Exact Sig.
Pearson Chi-Square	4,098	3	0,251	0,257

Pro hypotézu č. 2 Mladší ženy polské národnostní menšiny základního vzdělání častěji souhlasí s tvrzením, že dodržují preventivní prohlídky u gynekologa, než starší ženy polské národnostní menšiny základního vzdělání byly pro testování použity odpovědi na otázku č. 1-Pohlaví, č. 2-Věk, č. 5-Národnost a č. 10-Preventivní prohlídky. Pro testování byla stanovena hranice věku pro starší respondenty od 61 let a výše základního vzdělání a pro mladší věk do 20 let základního vzdělání. V souboru respondentů s polskou národností byli porovnání mladší respondenti (45) a starší respondenti (5). Byla stanovena *H₀ respondenti mladšího věku a staršího věku stejně dodržují prevenci u gynekologa.* Byl zvolen Fisherův exaktní test pro porovnání dat. Signifikance-statistická významnost byla u Fisherova exaktního testu 0,418, tj. $> 0,05$ (hladina významnosti). *H₀ nebyla zamítnuta, není možné rozdíly prokázat. Neprokazují výzkumnou hypotézu - Mladší*

ženy polské národnostní menšiny základního vzdělání častěji souhlasí s tvrzením, že dodržují preventivní prohlídky u gynekologa, než starší ženy polské národnostní menšiny základního vzdělání.

	Value	df	Asymp.Sig.	Exact Sig.
Fisher's Exact Test	3,639			0,418

Rovněž bylo provedeno testování zaměřené na preventivní prohlídky u praktického lékaře, zubního lékaře a specialisty. Pro testování bylo použito stejné kritérium jako pro testování prevence u gynekologa včetně Fisherova exaktního testu pro porovnání dat. Byla stanovena *H₀ respondenti mladšího věku a staršího věku stejně dodržují prevenci u praktického lékaře, zubního lékaře a specialisty.*

Signifikace-statistická významnost byla pro prevenci u praktického lékaře za užití Fisherova exaktního testu 0.376, tj. > 0,05 (hladina významnosti).

Signifikace-statistická významnost byla pro prevenci u zubního lékaře za užití Fisherova exaktního testu 0.373, tj. > 0,05 (hladina významnosti).

Signifikace-statistická významnost byla pro prevenci u specialisty za užití Fisherova exaktního testu 0.509, tj. > 0,05 (hladina významnosti). *H₀ nebyla zamítnuta, není možné rozdíly prokázat. Neprokazují výzkumnou hypotézu vztahující se na preventivní prohlídky u praktického lékaře, zubního lékaře a specialisty.*

	Value	df	Asymp.Sig.	Exact Sig.
Fisher's Exact Test	2,356			0,376

	Value	df	Asymp.Sig.	Exact Sig.
Fisher's Exact Test	2,61			0,373

	Value	df	Asymp.Sig.	Exact Sig.
Fisher's Exact Test	3,171			0,509

Pro malý počet respondentů v předchozím testování bylo provedeno testování zaměřené na všechny ženy, které byly rozděleny na mladší respondenty do věku

30let a starší respondenty od 61let a výše bez ohledu na vzdělání. V souboru respondentů s polskou národností byli porovnáni mladší respondenti (63) a starší respondenti (52). Byla stanovena *H₀ respondenti mladšího věku a staršího věku dodržují prevenci u gynekologa, praktického lékaře, zubního lékaře a specialisty stejně.* Pro testování byl použit Fisherův exaktní test.

Signifikace-statistická významnost byla pro prevenci u praktického lékaře za užití Fisherova exaktního testu 0.242, tj. > 0,05 (hladina významnosti).

Signifikace-statistická významnost byla pro prevenci u zubního lékaře za užití Fisherova exaktního testu 0.279, tj. > 0,05 (hladina významnosti). *H₀ nebyla zamítnuta, není možné rozdíly prokázat. Neprokazují výzkumnou hypotézu vztahující se na preventivní prohlídky u praktického lékaře a zubního lékaře.*

	Value	df	Asymp.Sig.	Exact Sig.
Fisher's Exact Test	5,285			0,242

	Value	df	Asymp.Sig.	Exact Sig.
Fisher's Exact Test	3,76			0,279

Signifikace-statistická významnost byla pro prevenci u specialisty za užití Fisherova exaktního testu 0.005, tj. > 0,05 (hladina významnosti). Byl rovněž proveden mediánový test s výsledkem 0.001, tj. > 0,05 (hladina významnosti). *H₀ byla zamítnuta, jsou rozdíly. Prokazují výzkumnou hypotézu vztahující se na preventivní prohlídky u specialisty.*

Testováním bylo zjištěno, že starší ženy zcela souhlasí s prevencí u specialisty a mladší ženy zcela nesouhlasí s prevencí u specialisty.

	Value	df	Asymp.Sig.	Exact Sig.
Fisher's Exact Test	23,648			0,0005

Test	Sig.	Decision
Median Test	0,001	Retain the null hypothesis

Signifikace-statistická významnost byla pro prevenci u gynekologa za užití Fisherův exaktního testu 0.005, tj. > 0,05 (hladina významnosti). Byl rovněž

proveden mediánový test s výsledkem 0.001, tj. $> 0,05$ (hladina významnosti). *H₀ byla zamítnuta, jsou rozdíly. Prokazují výzkumnou hypotézu vztahující se na preventivní prohlídky u specialisty.*

Testováním bylo zjištěno, že mladší ženy zcela souhlasí s prevencí u gynekologa a starší ženy zcela nesouhlasí s prevencí u specialisty.

	Value	df	Asymp.Sig.	Exact Sig.
Fisher's Exact Test	14,463			0,005

Test	Sig.	Decision
Median Test	0,002	Retain the null hypothesis

Proběhlo testování postojů k prevenci u gynekologa v závislosti na stupni vzdělání bez ohledu na věk. Respondenti byli rozděleni na ženy se základním vzděláním a ženy s vyšším a vysokoškolským vzděláním. Pro testování použity odpovědi na otázku č. 1-Pohlaví, č. 3-Vzdělání, č. 5-Národnost a č. 10-Preventivní prohlídky-gynekolog. Pro testování byli respondenti rozděleni na ženy se základním vzděláním a ženy s vyšším a vysokoškolským. V souboru respondentů s polskou národností byli porovnání respondenti se základním vzděláním (51) a s vyšším a vysokoškolským vzděláním (52). Byla stanovena *H₀ respondenti se základním vzděláním a vyšším a vysokoškolským vzděláním dodržují prevenci u gynekologa stejně.* Signifikace-statistická významnost byla pro prevenci u gynekologa za užití Fisherova exaktního testu 0.000, tj. $< 0,05$ (hladina významnosti). Byl rovněž proveden mediánový test s výsledkem 0.001, tj. $< 0,05$ (hladina významnosti). *H₀ byla zamítnuta, jsou rozdíly. Testováním bylo zjištěno, že ženy se vyšším a vysokoškolským vzděláním zcela souhlasí s prevencí u gynekologa a ženy se základním vzděláním zcela nesouhlasí s prevencí u gynekologa.*

	Value	df	Asymp.Sig.	Exact Sig.
Fisher's Exact Test	19,318			0
Test	Sig.	Decision		
Median Test	0,001	Retain the null hypothesis		

Pro hypotézu č. 3 Populace polské národnostní menšiny s vyšším a vysokoškolským vzděláním dle statistického hodnocení udává vyšší preference při úpravě jídel i stravování dle obou kuchyní (české i polské) než populace polské národnostní menšiny se základním vzděláním byly pro testování použity odpovědi na otázku č. 3-Vzdělání, č. 4-Národnost a č. 15-Ve stravě upřednostňuji jako hlavní jídlo studenou nebo teplou kuchyni, č. 16-Ve stravě upřednostňuji domácí stravu a č. 17-Domácí kuchyně pro mne znamená... V souboru respondentů s polskou národností byli porovnání respondenti se základním vzděláním (77) a respondenti s vyšším a vysokoškolským vzděláním (89).

Pro testování (Vzdělání x Domácí kuchyně pro mne znamená...) byla stanovena *H₀ populace polské národnostní menšiny se základním, vyšším a vysokoškolským vzděláním mají stejné preference při úpravě jídel i ve stravování dle obou kuchyní (české i polské)*. Byl zvolen Pearsonův χ^2 test pro porovnání dat. Signifikace-statistická významnost byla u Pearsonova χ^2 testu 0.047, tj. $< 0,05$ α hladiny významnosti. *H₀ byla zamítnuta, existují rozdíly. Prokazují výzkumnou hypotézu.*

Z testování vyplývá, že respondenti s vyšším a vysokoškolským vzděláním preferují českou i polskou kuchyni při úpravě jídla a stravování, než respondenti se základním vzděláním.

	Value	df	Asymp.Sig.	Exact Sig.
Pearson Chi-Square	7,957	3	0,047	0,045

Pro testování (Vzdělání x Ve stravě upřednostňuji jako hlavní jídlo studenou nebo teplou kuchyni) byla stanovena *H₀ populace polské národnostní menšiny s vyšším a vysokoškolským vzděláním a respondenti se základním preferují studenou kuchyni stejně*. Byl zvolen Pearsonův χ^2 test pro porovnání dat. Signifikace-statistická významnost byla u Pearsonova χ^2 testu 0.603, tj. $> 0,05$ (hladiny významnosti). *H₀ nebyla zamítnuta, není možné rozdíly prokázat.*

	Value	df	Asymp.Sig.	Exact Sig.
Pearson Chi-Square	0,27	1	0,603	0,787

Pro testování (Vzdělání x Ve stravě upřednostňuji domácí stravu) byla stanovena hypotéza *H₀ populace polské národnostní menšiny s vyšším a vysokoškolským vzděláním a respondenti se základním upřednostňují domácí stravu stejně*. Byl zvolen Fisherův exaktní test a mediánový test pro porovnání dat. Signifikace-statistická významnost byla u Fisherova exact testu 0.435 a mediánového testu 0.436, tj. > 0,05 (hladina významnosti). *H₀ nebyla zamítnuta, není možné rozdíly prokázat*.

	Value	df	Asymp.Sig.	Exact Sig.
Fisher's Exact Test	2,711			0,435

Test	Sig.	Decision
Median Test	0,436	Retain the null hypothesis

Pro hypotézu č. 4 Muži polské národnostní menšiny, kteří konzumují alkohol příležitostně, výrazně statisticky převažují, nad ženami polské národnostní menšiny byly pro testování použity odpovědi na otázku č. 1-Pohlaví, č. 4-Národnost a č. 28-Konzumace alkoholu. V souboru respondentů s polskou národností byli porovnání respondenti – ženy (176) a respondenti – muži (96). Byla stanovena *H₀ podíl mužů a žen v příležitostné konzumaci alkoholu je stejný*. Byl zvolen Pearsonův χ^2 test pro porovnání dat. Signifikace-statistická významnost byla u Pearsonova χ^2 testu 0.052, tj. > 0,05 (hladina významnosti). *H₀ nebyla zamítnuta, není možné rozdíly prokázat. Neprokazují výzkumnou hypotézu - Muži polské národnostní menšiny, kteří konzumují alkohol příležitostně, výrazně statisticky převažují, nad ženami polské národnostní menšiny*.

Při testování bylo zjištěno, že muži převažují v pravidelné konzumaci alkoholu nad ženami.

	Value	df	Asymp.Sig.	Exact Sig.
Pearson Chi-Square	5,897	2	0,052	0,05

Pro hypotézu č. 5 U populace polské národnostní menšiny staršího věku je vyšší frekvence k aktivitě s rodinou, než u mladší populace polské národnostní menšiny byly pro testování použity odpovědi na otázku č. 1-Pohlaví, č. 2-Věk a č. 30-Svůj volný čas trávím... Pro testování byla stanovena hranice věku pro starší respondenty od 61let a výše a pro mladší věk do 30let. V souboru respondentů s polskou národností byli porovnáni mladší respondenti (99) a starší respondenti (85). Byly vybrány odpovědi, kde respondenti označili aktivitu s rodinou a ostatní aktivita byla sloučena na jinak preferovanou aktivitu. Byla stanovena *H₀ respondenti staršího věku i mladšího věku preferují aktivitu s rodinou stejně*. Byl zvolen Pearsonův χ^2 test pro porovnání dat. Signifikace-statistická významnost byla u Pearsonova χ^2 testu 0,320, tj. $> 0,05$ (hladina významnosti). *H₀ nebyla zamítnuta, není možné rozdíly prokázat. Neprokazují výzkumnou hypotézu U populace polské národnostní menšiny staršího věku, je vyšší frekvence k aktivitě s rodinou, než u mladší populace polské národnostní menšiny.*

	Value	df	Asymp.Sig.	Exact Sig.
Pearson Chi-Square	0,984	1	0,32	0,335

Pro hypotézu č. 6 Vyznání víry u populace polské národnostní menšiny výrazně ovlivňuje postoj k antikoncepci, než u nevěřící populace polské národnostní menšiny byly pro testování použity odpovědi na otázku č. 1-Pohlaví, č. 5-Národnost a č. 36-Antikoncepce. V souboru respondentů s polskou národností byli porovnáni respondenti bez vyznání (19) a s vyznáním (157). Pro testování byla stanovena *H₀ víra i bez víry ovlivňuje postoj k antikoncepci stejně*. Byl zvolen Fisherův exaktní test pro porovnání dat. Signifikace-statistická významnost byla u Fisherova exaktního testu 0,710, tj. $> 0,05$ (hladina významnosti). *H₀ nebyla zamítnuta, není možné rozdíly prokázat. Neprokazují výzkumnou hypotézu - Vyznání víry u populace polské národnostní menšiny výrazně ovlivňuje postoj k antikoncepci, než u nevěřící populace polské národnostní menšiny.*

	Value	df	Asymp.Sig.	Exact Sig.
Fisher's Exact Test	0,83			0,71

Pro hypotézu č. 7 Ženy polské národnostní menšiny staršího věku častěji preferují služby agentur domácí péče, než starší muži polské národnostní menšiny byly pro testování použity odpovědi na otázku č. 1-Pohlaví, č. 5-Národnost, č. 2-Věk a č. 41-Volba zařízení. Věk starších respondentů byl stanoven od 61let. V souboru respondentů s polskou národností byli porovnání respondenti – ženy (52) a respondenti – muži (33). Pro testování byla stanovena *H₀ starší ženy a starší muži preferují péči agenturou domácí péče stejně*. Byl zvolen Pearsonův χ^2 test pro porovnání dat. Signifikace-statistická významnost byla u Pearsonova χ^2 testu 0.870, tj. $> 0,05$ (hladina významnosti). *H₀ nebyla zamítnuta, není možné rozdíly prokázat. Neprokazují výzkumnou hypotézu - Ženy polské národnostní menšiny staršího věku častěji preferují služby agentur domácí péče, než starší muži polské národnostní menšiny.*

	Value	df	Asymp.Sig.	Exact Sig.
Pearson Chi-Square	,977 ^a	3	0,807	0,828

Pro hypotézu č. 8 Ženy polské národnostní menšiny požadují přítomnost rodiny v případě umírání, než muži polské národnostní menšiny byly pro testování použity odpovědi na otázku č. 1-Pohlaví, č. 5-Národnost a č. 40-Přítomnost rodiny. V souboru respondentů s polskou národností byli porovnání respondenti - ženy (176) a respondenti – muži (96). Pro testování byla stanovena *H₀ ženy a muži vyžadují přítomnost rodiny stejně*. Byl zvolen Fisherův exaktní test pro porovnání dat. Signifikace-statistická významnost byla u Fisherova exaktního testu 0.630, tj. $> 0,05$ (hladina významnosti). *H₀ nebyla zamítnuta, není možné rozdíly prokázat. Neprokazují výzkumnou hypotézu - Ženy polské národnostní menšiny požadují přítomnost rodiny v případě umírání, než muži polské národnostní menšin.*

	Value	df	Asymp.Sig.	Exact Sig.
Fisher's Exact Test	8,128			0,63

(příloha č. 1 - seznam tabulek k testování hypotéz)

5 Diskuze

V teoretické práci zaznělo, že polská národnostní menšina se začala formovat na území České republiky již od 10 století, kdy v tehdejší době převažovaly polské vlivy nad českými a německými (Kaszper, 2009). Podíl obyvatel polské národnostní menšiny se během staletí měnil z vysokého procentuálního zastoupení ke stále snižujícímu se počtu těchto obyvatel. Při posledním sčítání obyvatel v roce 2011 byl, zaznamenám další pokles (Szymbek, 2011c). Příčinou klesajícího počtu může být možnost zvolení si dvojího občanství. Tím, že se jedinec hlásí k polské i české národnosti je započítán pouze hlas pro českou národnost (Krausová, 2013). Při výzkumném šetření, kdy bylo výslovně prezentováno, že je určeno pro osoby s polskou národností, se přesto v celkovém počtu validních dotazníků objevilo 5 (2 %) respondentů hlásící se k české národnosti. Zbývajících 272 (98 %) respondentů se přihlásilo k polské národnosti. Můžeme jen usuzovat, že se jedná o případ možnosti dvojího občanství nebo se jedná o jiný důvod, o kterém můžeme jen spekulovat. Všech pět dotazníků bylo prostudováno, lišily se pouze věkem respondentů a shodovaly se v preferencích, které udávali respondenti s polskou národností. Například při úpravě jídla preferují tradiční polskou kuchyni nebo obojí, jsou katolíci, k interrupci a eutanazii se vyjadřují negativně. Proto byly zařazeny pro získání specifických údajů do celkového počtu respondentů. Pro testování hypotéz byli, ale tito respondenti vyřazeni. Výzkumu se účastnila převážná většina žen v počtu 180 (65 %) žen a 97 (35 %) mužů. Předpokládali jsme, že žen bude více, protože jsou častěji ochotny spolupracovat na výzkumných šetřeních. Dalším z důvodů je také fakt, že podíl žen k mužům, hlavně ve starším věku, je vyšší (český statistický úřad, 2014). Překvapivý byl výsledek, který ukazoval poměrně velkou účast respondentů nad 61 let (30,70 %). Tento počet může být ovlivněn tím, že naše populace neustále stárne. V různých statistických ukazatelích, jako například při sčítání obyvatel v roce 2011, byl zaznamenán 16 % podíl osob starších 65 let z celkového počtu obyvatel. V porovnání z předchozího sčítání byl nárůst o 2 % (Vaňková, 2013). Proces stárnutí stále pokračuje a v roce 2012 byl již 16,8 %. Index stáří, tj. počet osob ve věku nad 65 let na 100 dětí ve věku 0-14 let dosáhl hodnoty již 113,3 (zdravotnická ročenka, 2013).

Téměř všichni respondenti, čítající 262 (94,60 %) osob, byli původem z České republiky. Tento počet koresponduje s tvrzením v literatuře, že se jedná pravděpodobně o potomky občanů hlásící se k polské národnosti (Krausová, 2013). Pouze 15 (5,40 %) osob udalo zemi původu Polsko. Sokolová (Sokolová, 2001) uvádí, že Polsko jako svou vlast považují osoby, které se nenarodili v regionu. Tento počet prakticky koresponduje s počtem 17 (6,10 %) osob, které se do naší republiky přistěhovali.

Pro polskou národnostní menšinu je charakteristická v hovoru regionální varianta polštiny. Místně je nazývána *po našymu*. Nářečím hovoří všechny generace a sociální vrstvy, které nářečím hovoří v rodině, ale i na veřejnosti, zdravotnických zařízeních (Kadłubiec, 1997). Spisovnou polštinu polská národnostní menšina využívá v úředním styku. Respondenti měli vždy na výběr z obou jazykových verzí. V elektronické verzi bylo vyplněno 24 dotazníků v polském jazyku a 18 dotazníků v českém jazyku. Pro písemnou formu bylo rozdáno a navraceno 193 dotazníků v polštině a 32 dotazníků v češtině. Z celkového počtu (277) dotazníků bylo pouze 18,50 % v české verzi a 82,50 % v polské verzi.

Na základě získaných výsledků z dotazníkového šetření bylo stanoveno osm hypotéz vztahující se k výzkumným cílům práce.

Jedním z cílů práce bylo zjistit jaký má polská národnostní menšina postoj ke svému zdraví. Pro tento cíl byla vytvořena hypotéza H1 Vysokoškolsky vzdělaná populace polské národnostní menšiny vykazuje statisticky lepší hodnocení v postoji ke svému zdraví než populace polské národnostní menšiny se základním vzděláním. Pro testování hypotézy byly použity údaje, jakým způsobem se respondenti starají o své zdraví, které byly ještě doplněny o testování postoje k očkování a sledování své hmotnosti. Zajímavým zjištěním v dotazníkovém šetření bylo, že očkování častěji preferují respondenti se základním vzděláním. Příčinou preference může být fakt, že respondenty do 20 let věku byli studenti a dá se usuzovat, že díky možnosti vycestování a medializaci, například očkování proti klíšťové meningoencefalitidě, více preferují prevenci onemocnění očkováním. Dle šetření, které proběhlo v České republice, ikdyž se jednalo jen o názor na význam očkování proti chřipce, naopak senioři vyššího vzdělání byli pozitivně nakloněni k očkování než respondenti s nižším vzděláním.

V tomto případě úroveň vzdělání ovlivňuje názor na očkování (Pokorná, 2012). Je možné, že bychom se při cílené otázce na očkování proti chřipce dobrali stejného výsledku. Z výsledků šetření v České republice z roku 2008, kdy byla preventivní péče sledována z několika hledisek, uvedlo 10 % respondentů očkování proti chřipce (Daňková, 2011). V našem sledování uvedlo 27,50 % respondentů pravidelné očkování. Možnost odpovědi ano obsahovalo očkování proti chřipce, hepatitidě a klíšťové meningoencefalitidě. Pravděpodobně bychom mohli říct, že proočkovanost polských respondentů je vyšší než českých respondentů. V odpovědi, očkování využívám dle svého uvážení, byla dána možnost výjezdu do ciziny nebo ji respondent mohl doplnit, můžeme vyloučit, že by takto odpovídal respondent, který se nechává očkovat proti chřipce.

Testováním se H1 Vysokoškolsky vzdělaná populace polské národnostní menšiny vykazuje statisticky lepší hodnocení v postoji ke svému zdraví, než populace polské národnostní menšiny se základním vzděláním se neprokázala (příloha č. 1).

Jak se respondenti staví ke svému zdraví, souvisí i s preventivními prohlídkami. Byla stanovena H2 Mladší ženy polské národnostní menšiny základního vzdělání častěji souhlasí s tvrzením, že dodržují preventivní prohlídky u gynekologa, než starší ženy polské národnostní menšiny základního vzdělání.

Pro získání údajů byla prevence rozdělena na pravidelné prohlídky u praktického lékaře, zubního lékaře, lékaře specialisty a ženy označovaly prevenci u gynekologa. Samotným porovnáním výsledků šetření bylo zjištěno, že prevenci ve všech případech dodržuje více než 75% respondentů. Můžeme říct, že tento výsledek, lze hodnotit za dobrý. Bylo by jistě zajímavé, kdyby se daly porovnat výsledky s českou populací nebo jinými minoritami. Tento výsledek nelze porovnat, protože ve výzkumných šetřeních je ve většině případů dotaz směřován na subjektivní pocit zdraví. Troufáme si tvrdit, že v dnešní době díky zvýšené propagaci zdravotních pojišťoven, se u některých jedinců povědomí o preventivních prohlídkách výrazně zvýšilo. Může se jednat o vlastní zkušenost, medializaci ve sdělovacích prostředcích či případ zanedbání prevence ve své rodině či okolí. Významné zjištění ve výzkumném šetření bylo, že s návštěvou lékaře specialisty souhlasí starší ženy, které lze zdůvodnit faktem,

že ve starším věku trpí jedinec více nemocemi a proto také navštěvuje lékaře specialisty častěji. Dá se říct, že závažjším výsledkem je postoj žen se základním vzděláním, které nesouhlasí s prevencí u gynekologa. Co asi vede tyto ženy k tomuto tvrzení, můžeme jen spekulovat. Možná je malé povědomí o významu prevence u gynekologa nebo jen pouhá nechuť gynekologické prohlídky. Bylo by jistě zajímavé směřovat cílený dotaz na tuto oblast.

Testováním se H2 Mladší ženy polské národnostní menšiny základního vzdělání častěji souhlasí s tvrzením, že dodržují preventivní prohlídky u gynekologa, než starší ženy polské národnostní menšiny základního vzdělání nepotvrdila (příloha č. 1).

V dotazníkovém šetření bylo vymezeno 14 otázek ke způsobu přípravy jídla, konzumaci potravin a vitamínovým doplňkům stravy. Dle výsledků byla stanovena H3 Populace polské národnostní menšiny s nižším základním vzděláním dle statistického hodnocení udává vyšší preference při úpravě jídel i stravování dle obou kuchyní (české i polské) než populace polské národnostní menšiny s vyšším vzděláním. Zajímavým výsledkem byl údaj o preferenci úpravy jídla, kdy pouze 6,10 % respondentů uvedlo, polskou kuchyni. Dalo by se usuzovat z porovnání údajů, že se jedná o 6 % osob, kteří se do České republiky přistěhovali z Polska a preferují pouze polskou kuchyni.

Testováním se H3 Populace polské národnostní menšiny populace polské národnostní menšiny s vyšším vzděláním dle statistického hodnocení udává vyšší preference při úpravě jídel i stravování dle obou kuchyní (české i polské) než populace polské národnostní menšiny s nižším základním vzděláním potvrdila (příloha č. 1).

Vysoká procenta kladných odpovědí byla zaznamenána u konzumace zeleniny, kdy 42,60 % respondentů zcela souhlasí s konzumací a 41,20 % spíše souhlasí. Výsledky ukazují shodu s údaji v literatuře, že se při přípravě používá hodně zeleniny a hlavně zelí. Právě typickým polským jídlem, které se počítá k národním pokrmům, patří *bigos*, který je připravený z kysaného zelí, červeného masa různých druhů, klobás, hub a koření. Dle výsledků šetření čeští muži konzumují méně ovoce a zeleniny. Obecně se v dnešní době udává stoupající tendence konzumace zeleniny, která je i nadále nízká oproti jiným státům (Daňková, 2011).

V případě konzumace masa nejvíce respondenti uváděli konzumaci kuřecího masa (34,80 %), vepřového (27 %) a ryby (17,20 %). Přednostně je uváděno v literatuře vepřové maso, které se pak používá k výrobě tradičních salámů a *keibasy*. Oblíbená je konzumace ryb, kdy se nejčastěji používá kapr, pstruh, losos a slaneček (Brejchová, 2010). Z mléčných výrobků nejčastěji konzumují respondenti sýry (34,60 %), jogurty (26,40 %) a mléko (25,30%). Rovněž v literatuře je uváděna preference sýrů, tak jak uvádějí respondenti. Z tekutin je preferován čaj (32,10 %), obyčejná voda (27,10%) a minerální voda (15,30 %). Káva není uváděna jako tekutina, přesto ji poměrně hodně respondentů (10,80 %) uvedlo jako preferovaný nápoj. Můžeme usuzovat, že se jedná o respondenty staršího věku, protože v dnešní době si mladá generace uvědomuje důležitost dostatečného příjmu tekutin.

Na nesprávný životní styl čítající kouření a alkohol byly vymezeny dvě otázky. Na základě výsledků byla sestavena H4 Muži polské národnostní menšiny, kteří konzumují alkohol příležitostně, výrazně statisticky převažují nad ženami z polské národnostní menšiny, které konzumují alkohol příležitostně. Testováním se H4 Muži polské národnostní menšiny, kteří konzumují alkohol příležitostně, výrazně statisticky převažují nad ženami z polské národnostní menšiny, které konzumují alkohol příležitostně, nepotvrdila (příloha č. 1). I když byl malý počet respondentů, kteří uvedli pravidelnou konzumaci alkoholu, bylo provedeno testování. Bylo zjištěno, že muži převažují v pravidelné konzumaci alkoholu nad ženami (příloha č. 1). Nebyl zjišťován věk konzumentů, ale může se jednat o tzv. rizikovou skupinu, ke které patří především muži středního věku a nezaměstnaní jedinci (Brožová, 2003). Tento výsledek koresponduje s šetřením u mužů v České republice, kteří převažují v konzumaci alkoholu nad ženami. Nelichotivou vizitkou je, že naše republika patří ke státům s vysokou spotřebou alkoholu. Ve výzkumném šetření bylo zjištěno tzv. nárazové víkendové pití alkoholu (Daňková, 2011). U polské národnostní menšiny bychom se mohli přiklonit u některých z 63 % respondentů, kteří uvedli konzumaci alkoholu jako ano-vyjímečně, k tomuto případu pití alkoholu.

Potěšujícím výsledkem bylo zjištění, že 88,40% respondentů nekouří. Výsledky nekorespondují s šetřením v České republice. Obecně u nás od roku 2008 narůstá počet

silných kuřáků a kuřaček a v rámci Evropské unie má Česká republika ve statistických údajích vyšší podíl žen-kuřaček (Daňková, 2011).

Jedním z cílů bylo zjistit, jaký životní styl polská národnostní menšina vyznává. Respondenti byli vyzváni k označení, k jakým aktivitám respondenti dávají přednost ve svém volném čase a zda provozují nějaký sport. Na základě výsledků byla utvořena H5 U populace polské národnostní menšiny staršího věku je vyšší frekvence k aktivitě s rodinou než mladší populace polské národnostní menšiny.

Rodina má pro polskou menšinu velký význam, má podpůrnou roli, v rodinách se snaží udržovat jazyk, polskou identitu a hojně se udržují příbuzenské vztahy (Lach, 2000). Tyto se informace se potvrdily ve výzkumném šetření. Na prvním místě respondenti uvedli trávení volného času s rodinou (28,80 %), následoval čas trávený s přáteli (14 %) a doma u TV, PC (13,50 %). Testováním se H5 U populace polské národnostní menšiny staršího věku je vyšší frekvence k aktivitě s rodinou než mladší populace polské národnostní menšiny nepotvrdila (příloha č. 1).

Vysoký podíl respondentů uvedl jako svou aktivitu cyklistiku (23,10 %) a aktivní chůzi (13 %). Výsledky preference pohybové aktivity korespondují s faktem, že respondenti z daných oblastí nejsou z velkoměst, ale především z menších měst a obcí, kde je přece jenom preferovaný způsob dopravy na kole či pěšky. Tato úvaha koresponduje se sdělením, které je uvedeno v rámci výzkumu pohybové aktivity u dospělých osob v České republice. Je ověřeno, že respondenti z menších lokalit mají více pohybové aktivity než respondenti z větších měst. Kratší vzdálenosti jsou v menších lokalitách či městech zdolávány pěšky nebo na kole vzhledem k bezpečnosti a nemožnosti městské dopravy, která naopak funguje ve větších městech (Mitáš, 2011). Vysoké procento respondentů uvedlo, jako svou aktivitu turistiku (20,70 %). Tady můžeme říct, že se jedná o členy turistického spolku, který spolupracoval na výzkumném šetření nebo preferovanou aktivitu, která se nabízí díky snadné dostupnosti Slezských Beskyd. Při výzkumném šetření u polské národnostní menšiny vzhledem k nevelkému počtu respondentů nebyli rozděleni dle pohlaví a nebyly zkoumány rozdíly mezi muži a ženami. Je možné, že bychom se dostali k obdobným výsledkům jako při výzkumu české dospělé populace, kde je životní styl u mužů horší

než u zkoumaných žen a u méně vzdělaných respondentů je udávána vyšší fyzická aktivita (Daňková, 2011).

Na základě výsledků, kdy 88,40% respondentů vyznává nějakou víru, byla stanovena H6 Vyznání víry u populace polské národnostní menšiny výrazně ovlivňuje postoj k antikoncepci než u nevěřící populace. Otázka k antikoncepci byla určena i pro muže, ale nebyla ve většině případu akceptována, proto byly vyhodnoceny pouze ženy. Testováním však nebyly prokázány rozdíly a H6 Vyznání víry u populace polské národnostní menšiny výrazně ovlivňuje postoj k antikoncepci než u nevěřící populace, se netvrdila (příloha č. 1). Srovnání s výsledků šetření z jiných výzkumů u nás není možný, protože žádný neproběhl. Organizace Fatym Vranov nad Dyjí je společenství katolických kněží, jáhnů a jejich spolupracovníků působících v brněnské diecézi, která provozuje vlastní webové stránky, kde se zabývá i tématem antikoncepce. Na svých webových stránkách uvádí příklad výzkumu, který proběhl v loňském roce v USA u katolických žen ve věku 18-54 let, které chodí do kostela na téma, co si myslí o víře, svědomí a antikoncepci. Oficiální výsledky nejsou známy, neoficiálně je udáváno, že 53 % žen zúčastněných ve studii uvádí morální právo páru se rozhodnout, jakou použijí metodu k plánování rodičovství (fatym, 2014). V našem výzkumu 159 respondentek uvedlo katolickou víru. Z tohoto počtu pouze 11,32 % (18) žen užívá antikoncepci a 1,88 % (3) respondentky uvedly, že jim víra nedovoluje užívat antikoncepci. Pokud bychom srovnali oba výsledky, museli bychom říci, že ženy s polskou národností jsou vírou a jejím učením více ovlivněny než ženy v Americe.

Cílem práce bylo také zjistit postoj a zkušenosti s agenturou domácí péče. Byla vytvořena H7 Ženy polské národnostní menšiny staršího věku častěji preferují služby agentur domácí péče než starší muži polské národnostní menšiny. Při šetření byl zjištěn rozdíl 13 % mezi tím, že respondenti vědí, že se jedná o službu v domácím prostředí, ale neví, že je určena pro všechny klienty. Tento rozdíl může být zapříčiněn i tím, že zkušenosti se službou agentur domácí péče má pouze 46,60% respondentů nebo je to malá propagace těchto služeb. Pro Evropské výběrové šetření o zdraví v České republice v roce 2008 byla sledována ze zdravotnických služeb domácí péče. Je uvedeno, že s věkem se podíl klientů využívající těchto služeb zvyšuje. Nejvyšším podíl

tvořili klienti starší 75 let a nebyl mezi muži a ženami statisticky významný rozdíl. Domácí zdravotní péči v naší republice poskytovalo v roce 2012 474 pracovišť, které zajišťovalo kolem tři tisíc zdravotnických pracovníků. Služby byly využity především ze čtyř pětiny klienty ve věku nad 65 let, z toho byly dvě třetiny žen. Počet klientů, kteří využili službu domácí péče, od roku 2000 neustále stoupá a bude stoupat vzhledem ke stárnoucí populaci (Wija, 2012). Tím se bude zvyšovat znalost o zdravotnické domácí péči. Testováním H7 Ženy polské národnostní menšiny staršího věku častěji preferují služby agentur domácí péče, než starší muži polské národnostní menšiny nebyla potvrzena (příloha č. 1).

Respondenti byli dotazováni, zda věří na posmrtný život, zda by uvítali přítomnost duchovního v případě závažné choroby a při umírání zda by při umírání preferovali přítomnost rodiny. Byla vytvořena H8 Ženy polské národnostní menšiny častěji požadují přítomnost rodiny v případě umírání, než muži polské národnostní menšiny. Předpokládali jsme poměrně vyšší preference k rodinné péči, tak jako při trávení volného času a přítomnosti duchovního vzhledem k počtu věřících, kterých bylo 88,40%. Rodina má pro polskou menšinu velký význam (Lach, 2000), ale v případě H8 Ženy polské národnostní menšiny častěji požadují přítomnost rodiny v případě umírání, než muži polské národnostní menšiny, se nepotvrdila.

Polská národnostní menšina nepřijímá snadno roli pacienta. Využijí nejdříve vlastní způsob léčby (Plevová, 2011). Jako doplněk při klasické léčbě by alternativní terapii preferovalo 57 % respondentů. První možností byly preferovány byliny (30,60%), následovaly čaje (27,70 %) a přírodní léčiva (16 %). Výsledky šetření byly totožné s uvedenou literaturou.

V dotazníkovém šetření zazněla otázka na dárcovství krve. Byla zde směřována za účelem zjištění, zda se polská národnostní menšina zapojuje do dárcovství krve a krevních složek, protože je uváděno, že minoritní skupiny se nezapojují do dárcovství nebo jen velmi omezeně. Cíleným nábojem se zabývá Český národní registr kostní dřeně, aby obohatil vlastní a tím i mezinárodní registr o dárce s minoritních skupin, kteří mohou být nositeli unikátních HLA znaků a mohou změnit osud nemocných z etnických menšin (český národní registr, 2014). Výsledkem šetření se potvrdilo, že

do dárcovství se minoritní skupiny velmi málo zapojují. Příčinou tohoto stavu, ale nebude víra, protože pouze jeden respondent uvedl, že mu náboženství nedovoluje být dárce. Optimismem může ale být, že o dárcovství uvažuje 43 (15,50 %) respondentů.

6 Závěr

V diplomové práci „Kulturní antropologie v ošetrovatelství“ byla předmětem zkoumání problematika polské národnostní menšiny. Obsahem zjištění jsou informace o vzniku menšiny, jejího rozvoje, udržování zvyků, tradic a jejich charakteristika. Teoretická část obsahuje rovněž vysvětlení pojmu kulturní antropologie, je zde část věnována komunikaci a jejím úskalími. Nechybí téma transkulturního/multikulturního ošetrovatelství a představitelů, kteří se zasloužili o její rozvoj. Pro diplomovou práci byl stanoven cíl, který byl zaměřen na zjištění specifík polské národnostní menšiny. Cíl obsahoval zmapování přístupu příslušníků polské národnosti ke svému zdraví, zjistit jaký mají životní styl, vztah k prevenci, postoj k domácí péči a specifika přístupu k umírání. Na podkladě výzkumných cílů byly vytvořeny hypotézy, které jsme na základě výsledků šetření vyhodnotili. Vlastní výzkumné šetření bylo realizováno dotazníkovým šetřením.

Vyhodnocení hypotéz:

H1 Vysokoškolsky vzdělaná populace polské národnostní menšiny vykazuje statisticky lepší hodnocení v postoji ke svému zdraví, než populace polské národnostní menšiny se základním vzděláním se testováním nepotvrdila.

H2 Mladší ženy polské národnostní menšiny základního vzdělání více souhlasí s tvrzením o dodržování preventivních prohlídek u gynekologa, než starší ženy polské národnosti menšiny se nepotvrdila.

H3 Populace polské národnostní menšiny populace polské národnostní menšiny s vyšším vzděláním dle statistického hodnocení udává vyšší preference při úpravě jídel i stravování dle obou kuchyní (české i polské), než populace polské národnostní menšiny s nižším základním vzděláním byla potvrzena.

H4 Muži polské národnostní menšiny, kteří konzumují alkohol příležitostně, výrazně statisticky převažují nad ženami z polské národnostní menšiny, které konzumují alkohol příležitostně, se nepotvrdila.

H5 U populace polské národnostní menšiny staršího věku je vyšší frekvence k aktivitě s rodinou než mladší populace polské národnostní menšiny nebyla potvrzena.

H6 Vyznání víry u populace polské národnostní menšiny výrazně ovlivňuje postoj k interrupci, než u nevěřící populace nebyla potvrzena.

H7 Ženy polské národnostní menšiny staršího věku častěji preferují služby agentur domácí péče, než starší muži polské národnostní menšiny nebyla potvrzena.

H8 Ženy polské národnostní menšiny častěji požadují přítomnost rodiny v případě umírání, než muži polské národnostní menšiny nebyla potvrzena.

Byly získány informace jaký má postoj polská národnostní menšina ke svému zdraví, jak přistupuje k prevenci a jaký má životní styl.

Výstupem diplomové práce je vypracovaný Standardní ošetrovatelský postup. Výsledky výzkumného šetření budou dále prezentovány na konferencích. Tato práce může být využita pro studenty ošetrovatelství jako výukový materiál. Bylo by jistě žádoucí a vhodné provést rozšířený výzkum této problematiky.

Návrh Standardního ošetrovatelského postupu
STANDARDNÍ OŠETŘOVATELSKÝ POSTUP č. 1
Název SOP: Ošetrovatelská péče o jedince z polské národnostní menšiny
ve zdravotnickém zařízení

Charakteristika standardu	Standardní ošetrovatelský postup
Oblast péče	Poskytovat kulturně shodnou ošetrovatelskou péči jedincům z polské národnostní menšiny
Cílová skupina pacientů	Pacient/klient polské národnostní menšiny
Místo použití	Lůžková oddělení a ambulantní provozy nemocnice
Poskytovatelé péče, pro něž je standard závazný	Všeobecné sestry, které získaly kvalifikaci dle zákona č.96/2004 Sb., ve znění novely zákona č.105/2011 Sb. Všeobecné sestry specialistky v rozsahu získané specializace, Porodní asistentky, které získaly kvalifikaci dle zákona č. 96/2004 Sb., ve znění novely zákona č. 105/2011 Sb. Porodní asistentky specialistky v rozsahu získané specializace, Zdravotnický asistent dle zákona č. 96/2004 Sb., ve znění novely zákona č. 105/2011 Sb.
Odpovědnost za realizaci	Vedoucí pracovníci na úseku ošetrovatelské péče
Platnost standardu od:	Dne schválení
Frekvence kontroly	Nejméně 1x2roky, při změně
Revize standardu provedena dne:	
Kontrolu vykoná	Manažer/ka ošetrovatelství (manažer/ka kvality ošetrovatelské péče, hlavní sestra, vrchní sestra, staniční sestra)
Kontaktní osoba	Bc. Marcela Carbolová
Oponenturu provedl/a	Manažer/ka ošetrovatelství
Schválil/a Náměstek (náměstkyně) pro ošetrovatelskou péči	Náměstek (náměstkyně) pro ošetrovatelskou péči

Standardní ošetrovatelský postup č. 1 **Ošetrovatelská péče o jedince z polské národnostní menšiny ve zdravotnickém zařízení**

Úvod

Cílem vytvoření dokumentu je nastavení důvěry polské národnostní menšiny, která je důležitá pro spolupráci zdravotnického personálu s pacientem/klientem v nemocniční a ambulantní péči ve zdravotnickém zařízení. Tento standard má zajistit minimalizaci komplikací spojených s ošetřováním a hospitalizací, s cílem zajistit bezpečnost a kvalitu péče. Při zpracování byl použit modifikovaný model Gigerové a Davidhizarové pro péči o jedince z kulturně odlišného prostředí.

Indikace a kontraindikace

Pro péči o jedince z polské národnostní menšiny. Kontraindikace nejsou známy.

Definice standardu

Poskytnutí vhodné a účinné podpory a pomoci ve zdraví a nemoci při respektování specifik kulturně odlišného jedince

Cíl standardu

Poskytnutí kulturně kompetentní péče. Naplnění potřeb pacienta/klienta tak aby neměl potřebu odmítnout spolupráci, zachoval svou důstojnost a nepociťoval nespokojenost.



KRITÉRIA STRUKTURY

S1 Kompetentní osoby k výkonu

Všeobecná sestra - Bc., Mgr., zdravotnický asistent, sestra specialista-Dis., poskytující ošetrovatelskou péči

S2 Pomůcky

Schéma modelu Gigerové a Davidhizarové, vlastní jazykové znalosti, komunikační karty, překladatel

S3 Dokumentace

Zdravotnická/ošetrovatelská dokumentace

S4 Prostředí

Zařízení poskytující ošetrovatelskou péči



KRITÉRIA PROCESU

Ošetrovatelský postup

před výkonem

P1 sestra má základní znalosti o kultuře a historii polské národnostní menšiny

P2 sestra respektuje přání a potřeby jedince v souvislosti s jeho náboženským vyznáním (katolické, evangelické)

P3 sestra si uvědomuje, že je pro pacienta/klienta nezbytné dodržování tradic a v rodinách se snaží udržovat jazyk a polskou identitu

při / během výkonu

- komunikace

P4 sestra zajistit klidné prostředí a věnovat více času v případě jazykové bariéry

P5 sestra se představí pacientovi/klientovi a eventuálně pozdraví v jeho jazyce (dzień dobry)

P6 sestra použije oslovení pan, pani, zásadně vyká, bez předchozího svolení pacienta/klienta neoslovuje křestním jménem

P7 sestra podá pravou ruku, je si vědoma, že může být podání ruky doplněno polibkem na obě tváře nebo pokud chce polský muž vyjádřit ženě úctu a obdiv, pak ji políbí ruku

P8 sestra zjistí, do jaké míry ovládá pacient/klient komunikaci v českém jazyce nebo zda preferuje pouze polštinu-slezské nářečí (zajistí tlumočnicka, komunikační karty, rodinného příslušníka dle situace)

P9 sestra si uvědomuje, že je při hovoru s pacientem/klientem v tónu hlasu cítit sebevědomí, konverzace probíhá v přátelském a srdečném duchu, používají gesta rukou jako projev emocí

- **prostor**

P10 sestra si uvědomuje, že soukromé informace pacient/klient nesdílí s cizími osobami

P11 sestra si uvědomuje, že jsou pro pacienta/klienta prioritou příbuzenské vztahy

P12 sestra si je vědoma, že pacient/klient při neverbálním kontaktu vyžaduje přímý pohled do očí a dodržuje standardní vzdálenost při komunikaci

- **pojetí času**

P13 sestra si je vědoma, že je pacient/klient dochvilný a přesně totéž očekává od ostatních

P14 sestra si je vědoma, že může být pacient/klient zaměřen na historické křivdy, které proběhly v minulosti s polskou národnostní menšinou

- **sociální začlenění**

P15 sestra si je vědoma, že má pacient/klient úzké vazby na rodinu

- **vliv prostředí a výchovy**

P16 sestra si uvědomuje, že pacient/klient nepřijímá roli pacienta snadno

P17 sestra si uvědomuje, že pacient/klient často odbornou pomoc vyhledá, až když jsou příznaky závažné, snaží se co nejdéle být aktivními a příznaky nemoci potlačuje

P18 sestra si uvědomuje, že je pro pacienta/klienta nezbytné udržovat jazyk čtením polského tisku, sledováním regionálních zpráv a poslechem zpráv Českého rozhlasu v polském jazyce, rovněž udržováním polské identity a školství v polském jazyce

P19 sestra si uvědomuje, že je pacient/klient vlastenec, je hrdý na svůj původ a je bojovník za ideje

- **biologické odlišnosti**

P20 sestra zná stravovací návyky pacienta/klienta

záznam do dokumentace

P21 zápis získaných údajů do ošetrovatelské dokumentace

Komplikace

Jazyková bariéra

Zvláštní upozornění

Pro snížení rizika nepochopení zajistit přítomnost rodiny, tlumočnicka, piktogramy



KRITÉRIA VÝSLEDKU

V1 sestra poskytuje pacientům/klientům polské národnostní menšiny kulturně kompetentní péči s využitím modifikace modelu Gigerové a Davidhizarové

V2 sestra s pacientem/klientem komunikuje a reaguje na jeho potřeby

V3 pacient/klient spolupracuje, je informovaný a má vypracovaný ošetrovatelský plán, na kterém se podílí

Literatura

1. BREJCHOVÁ, ČAPKOVÁ, KNYTLOVÁ, KOLÁŘOVÁ, TOMÁNKOVÁ, ZÝMOVÁ, 2010. Poláci v České republice. *Provozně ekonomická fakulta ČZU v Praze, Hospodářská a kulturní studia*. [online]. [cit. 2013-10-24]. Dostupné z www: http://www.hks.re/domains/hks.re/wiki1/doku.php?id=polaci_v_cr.
2. KASZPER, Roman a Bohdan MAŁYSZ, 2009. *Poláci na Těšínsku*. Vydání první. Český Těšín. ISBN: 978-80-87381-00-7. Dostupné z www: <http://www.polonica.cz/content/Polaci%20na%20Tesinsku.pdf>.
3. KUTNOHORSKÁ, Jana, 2013. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. ISBN 978-80-247-4413-1.
4. LACH, Kornelia, 2000. *Wierzenia, zwyczajy i obrzнды. Folklor pogranicza polsko-czeskiego*. Wroclaw: Polskie Towarstwo Ludoznawcze. ISBN: 83-87266-35-3.
5. PLEVOVÁ, Ilona a kolektiv, 2011. *Ošetrovatelství II*. Grada: Praha. 2011. ISBN: 987-80-247-3558-0.
6. PRŮCHA, Jan, 2010. *Interkulturní komunikace*. Grada: Havlíčkův Brod. ISBN: 978-80-247-3069-1.
7. SUKOPOVÁ, Svatava, 2012. Přeshraniční spolupráce naší knihovny-úspěchy-bariéry-šance a perspektivy. *Knížnica*. 13(5), 21-23. [online]. [cit. 2013-09-19]. Dostupné z www: ww.snk.sk/swift_data/source/casopis_kniznica/2012/maj/21.pdf.

Zpracoval

Bc. Marcela Carbolová

Kontrolní kritéria k auditu Ošetřovatelská péče o jedince z polské národnostní menšiny ve zdravotnickém zařízení

Pracoviště:

Datum:

Auditoři:

Metody auditu:

- Dotaz/otázky pro sestru
- Dotaz/otázky pro klienta, rodinu
- Dotaz/otázky na zaměstnavatele
- Pozorování klienta, sestry
- Kvalifikační požadavky sestry – v osobním spise
- Kontrola pomůcek – pohledem, inventář
- Kontrola prostředí
- Kontrola ošetřovatelské/zdravotnické dokumentace - pohledem

Kód	Kontrolní kritéria	Metoda hodnocení	Ano	Ne
KRITÉRIA STRUKTURY				
S1	Poskytuje ošetřovatelskou péči kompetentní osoba?	Kontrola osobní a ošetřovatelské dokumentace		
S2	Zná sestra jednotlivé oblasti modelu Gigerové a Davidhizarové? Má sestra znalosti daného jazyka? Jsou k dispozici piktogramy a telefonické kontakty na překladatele?	Otázka pro sestru Otázka pro sestru Otázka pro sestru a kontrola prostředí		
S3	Má ošetřovatelská dokumentace veškeré náležitosti?	Kontrola ošetřovatelské dokumentace		
S4	Je poskytována příslušníkům polské menšiny na standardních odděleních v souladu s modelem Gigerové a Davidhizarové?	Kontrola ošetřovatelské dokumentace Přímé pozorování sestry při kontaktu s pacientem/klientem		
KRITÉRIA PROCESU				
P1	Orientuje se sestra v základních otázkách polské národnostní menšiny?	Otázky pro sestru		
P2	Respektuje sestra přání a potřeby v souvislosti náboženskými zvyklostmi?	Řízený rozhovor s pacientem/klientem		
P3	Umožňuje sestra dodržování tradic, jazyka a polské identity?	Řízený rozhovor s pacientem/klientem Pozorování sestry		
P4	Má sestra dostatek času ke	Pozorování sestry		

	komunikaci a uzpůsobí tomu i prostředí?			
P5	Zná sestra pozdrav v polském jazyce a umí jej použít?	Otázky pro sestru Pozorování sestry		
P6	Zná sestra oslovení pacienta/klienta? Ví sestra, že není dovoleno oslovování křestním jménem bez předchozího souhlasu?	Otázky pro sestru Pozorování sestry		
P7	Podá sestra při přivítání pravou ruku? Je si sestra vědoma, že může být podání ruky doplněno polibkem na obě tváře nebo pokud chce polský muž vyjádřit ženě úctu a obdiv, pak ji políbí ruku?	Pozorování sestry Otázky pro sestru		
P8	Jak zjistí sestra do jaké míry ovládá pacient/klient komunikaci v českém jazyce? Ví sestra, kde nalezne kontakt na tlumočnicka popřípadě, zda používá komunikační karty?	Otázky pro sestru Otázka na zaměstnavatele		
P9	Dokáže sestra charakterizovat verbální a neverbální projevy v komunikaci a pacientem/klientem polské národnostní menšiny?	Otázky pro sestru		
P10	Uvědomuje a respektuje sestra nesdílení soukromých informací pacient/klient s cizími osobami?	Otázky pro sestru		
P11	Umožňuje sestra kontakt s příbuznými pacienta/klienta?	Otázky pro sestru Řízený rozhovor s pacientem/klientem		
P12	Udržuje sestra při neverbální komunikaci přímý oční kontakt a dodržuje standardní vzdálenost při komunikaci?	Pozorování sestry		
P13	Respektuje sestra pacientovu/klientovu dochvilnost? Uplatňuje dochvilnost sestra ve svém chování k pacientovi?	Pozorování sestry		
P14	Zná sestra historické problémy polské národnostní menšiny?	Otázky pro sestru		
P15	Je umožněn pravidelný kontakt s rodinou?	Řízený rozhovor s pacientem/klientem		

P16	Uvědomuje si sestra, že nepřijímá roli pacienta snadno?	Otázky pro sestru		
P17	Dotazuje se sestra aktivně a pravidelně na potíže pacienta/klienta?	Řízený rozhovor s pacientem/klientem		
P18	Umožňuje sestra pacientovi/klientovi sledování programů v polském jazyce? Má možnost si pacient/klient zakoupit nebo zapůjčit literaturu v polském jazyce?	Řízený rozhovor s pacientem/klientem Otázky pro sestru		
P19	Zná sestra charakteristiku postojů polské národnostní menšiny?	Otázky pro sestru		
P20	Respektuje sestra stravovací návyky pacienta/klienta v rámci možnosti léčebné péče? Podává sestra dostatek informací pacientovi/klientovi v oblasti správné výživy?	Otázky pro sestru Řízený rozhovor s pacientem/klientem		
KRITÉRIA VÝSLEDKU				
V1	Poskytuje sestra pacientům/klientům polské národnostní menšiny kulturně kompetentní péči s využitím modifikace modelu Gigerové a Davidhizarové?	Kontrola dokumentace se zaměřením na ošetrovatelskou péči Otázka na sestru zda zná charakteristiku polské národnostní menšiny a charakteristiku modelu Gigerové a Davidhizarové		
V2	Komunikuje sestra s pacientem/klientem a reaguje na jeho potřeby?	Řízený rozhovor s pacientem/klientem zaměřený na uspokojování bio-psycho-sociálně-spirituálních potřeb Pozorování sestry při komunikaci		
V3	Je pacient/klient informován a zapojen do ošetrovatelského plánu? Je plán zaznamenán v dokumentaci a jsou prováděny revize?	Řízený rozhovor s pacientem/klientem zaměřený na znalost ošetrovatelského plánu a na konkrétní spolupráci. Kontrola ošetrovatelské dokumentace		

7 Seznam použitých zdrojů

ANASTASSIADOU, Hana. 2005. Aspekt transkulturality v ošetrovatelském pojetí. In: *Česká společnost na prahu vstupu do Evropské unie*. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity. ISBN: 80-7042-349-8.

ARCHALOUSOVÁ, Alexandra, 2005. *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatelstve*. Vydání první. Martin: Univerzita Komenského Bratislava, Jesseniova lekárska fakulta Martin, Ústav ošetrovatelstva, SR Lékařská fakulta Univerzity Palackého Olomouc, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství, ČR, Občianske združenie pre rozvoj zdravotníckeho vzdelávania v Martine. ISBN: 90-88866-32-4. Dostupné z [www: http://www.jfmed.uniba.sk/fileadmin/user_upload/editors/Oset_Files/oset_martin_2005.pdf](http://www.jfmed.uniba.sk/fileadmin/user_upload/editors/Oset_Files/oset_martin_2005.pdf).

ARCHALOUSOVÁ, Alexandra a kolektiv autorů, 2008. Cesta k profesionálnímu ošetrovatelství III. In: *Sborník příspěvků III. Slezské konference ošetrovatelství s mezinárodní účastí konané dne 13-14. května 2008- Opava*. První vydání. Frýdek-Místek: Tiskárna Kleinwachter. ISBN: 978-80-7248-470-6.

ARCHALOUSOVÁ, Alexandra a kolektiv autorů, 2009. Cesta k profesionálnímu ošetrovatelství IV. In: *Sborník příspěvků IV. Slezské konference ošetrovatelství s mezinárodní účastí konané dne 5-6. května 2009 Opava*. První vydání. Frýdek-Místek: Tiskárna Kleinwachter. ISBN: 978-80-7248-521-5.

BARAN, Ivo, 2009. *Poláci na Těšínsku*. Vydání první. Český Těšín. ISBN: 978-80-87381-00-7. Dostupné z: <http://www.polonica.cz/content/Polaci%20na%20Tesinskupdf>.

BAJER, Vojtěch et al, 2012. *Beskydy: zdroj práce a obživy*. Vydání první. Třinec: Wart. ISBN: 978-80-905079-1-3.

BIZOŇOVÁ, Jana, 2011. „Mladý“ model J. C. Bacote. *Florence*. 7(7-8), 5-6. ISSN: 1801-464X.

BĚRSKÁ, Pavlína, 2012. Lidová kultura na stránkách školních kronik. *Těšínsko*. **55**(1), 11-20. ISSN: 0139-7605.

BORÁK, Mečislav, 2010. *Očima Poláků; Historie a současnost československo-polských vztahů a polská menšina v Československu v zrcadle polského tisku na Těšínském Slezsku v letech 1989-1992*. Vydání první. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Filozoficko-přírodovědná fakulta, Ústav historických věd. ISBN: 9788072485734.

BREJCHOVÁ, ČAPKOVÁ, KNYTLOVÁ, KOLÁŘOVÁ, TOMÁNKOVÁ, ZÝMOVÁ, 2010. Poláci v České republice. *Provozně ekonomická fakulta ČZU v Praze, Hospodářská a kulturní studia*. [online]. [cit. 2013-10-24]. Dostupné z [www: http://www.hks.re/domains/hks.re/wiki1/doku.php?id=polaci_v_cr](http://www.hks.re/domains/hks.re/wiki1/doku.php?id=polaci_v_cr).

BROŽOVÁ, Jana, Šárka DAŇKOVÁ a Miroslava CHUDOBOVÁ, 2003. *Ženy a muži v číslech zdravotnické statistiky*. [online]. [cit. 2014-06-01]. ISBN: 80-7280-262-3. Dostupné z: www.uzis.cz/system/files/zeny_muži_cisl_zdr_stat.pdf.

BUDIL, T. Ivo. *Mýtus, jazyk a kulturní antropologie*. 2003. Triton: Praha. ISBN: 80-7254-321-0. [online]. [cit. 2013-09-02]. Dostupné z [www: https://www.google.cz/#q=m%C3%BDtus+jazyk+a+kulturn%C3%AD+antropologie+pdf](https://www.google.cz/#q=m%C3%BDtus+jazyk+a+kulturn%C3%AD+antropologie+pdf).

CAMPINHA-BACOTE, Josepha, 2002. The Proces sof Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care. *Journal of Transcult Nurs*. **13**, 181-184. DOI: 10.1177/10459602013003003. [online]. [cit. 2013-10-02]. Dostupné z [www: http://coe.stanford.edu/courses/ethmedreadings10/Process%20of%20Cultural%20Competence.pdf](http://coe.stanford.edu/courses/ethmedreadings10/Process%20of%20Cultural%20Competence.pdf).

CICHÁ, Martina, 2012. Nemocnice v Českém Těšíně. *Těšínsko*. **55**(4), 22-31. ISSN: 0139-7605.

CROWLEY, Ryan, 2010. Racial and Ethnic Disparities in Health Care, Updated 2010. *Philadelphia: American College of Physicians*. [online]. [cit. 2013-10-02].

Dostupné z www: http://www.acponline.org/advocacy/current_policy_papers/assets/racial_disparities.pdf.

ČÁP, Juraj a Katarína ŽIAKOVÁ, 2007. *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatelstve*. Vydání první. Martin: Univerzita Komenského Bratislava, Jesseniova lekárska fakulta Martin, Ústav ošetrovatelstva, SR; Lékařská fakulta Univerzity Palackého Olomouc, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství, ČR, Občianske združenie pre rozvoj zdravotníckeho vzdelávania v Martine. ISBN: 90-88866-43-5. [online]. [cit. 2013-09-13]. Dostupné z www: http://www.jfmed.uniba.sk/fileadmin/user_upload/editors/Oset_Files/oset_martin_2007.pdf.

ČESKÝ NÁRODNÍ REGISTR, 2014. *Český národní registr*. [online]. © Český národní registr, 2014. [cit. 2014-04-16]. Dostupné z: http://www.kostnidren.cz/registr/2014/6_nabor.html.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2013. Cizinci. *Český statistický úřad*. [online]. © Český statistický úřad, 2013. Aktualizováno dne: 1. 3. 2013, [cit. 2013-09-13]. Dostupné z: http://www.scitani.cz/csu/cizinci.nsf/kapitola/cizinci_uvod.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2013. Cizinci. *Český statistický úřad*. [online]. © Český statistický úřad, 2013. Aktualizováno dne: 1. 3. 2013, [cit. 2013-09-13]. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/t/D20049549A/\\$File/118_12.pdf](http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/t/D20049549A/$File/118_12.pdf).

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2013. Cizinci. *Český statistický úřad*. [online]. © Český statistický úřad, 2013. Aktualizováno dne: 1. 3. 2013, [cit. 2013-09-13]. Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/kapitola/1413-13-r_2013-10.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2013. Sčítání obyvatel, cizinci, národnosti, víra. *Český statistický úřad*. [online]. © Český statistický úřad, 2013. Aktualizováno dne: 1. 3. 2013, [cit. 2013-04-24]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/slodb2011/redakce.nsf/i/home>.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2013. Sčítání obyvatel. *Český statistický úřad*. [online]. © Český statistický úřad, 2013. Aktualizováno dne: 1. 3. 2013, [cit. 2013-07-24]. Dostupné z: http://www.scitani.cz/csu/redakce.nsf/i/otevrena_data_pro_vysledky_scitani_lidu_domu_a_bytu_2011_%28sldb_2011%29.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2013. Sčítání obyvatel, cizinci, národnosti. *Český statistický úřad*. [online]. © Český statistický úřad, 2013. Aktualizováno dne: 1. 3. 2013, [cit. 2013-06-02]. Dostupné z: http://www.scitani.cz/csu/2012_edicniplan.Nsf/t/9500486EA3/.../pvkrcz080.pdf.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2013. Sčítání obyvatel, cizinci, národnosti, víra. *Český statistický úřad*. [online]. © Český statistický úřad, 2013. Aktualizováno dne: 1. 3. 2013, [cit. 2013-06-02]. Dostupné z: http://www.czso.cz/sldb2011/redakce.nsf/i/predbezne_vysledky_scitani_lidu_domu_a_bytu_2011.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2013. Veřejná databáze: víra, cizinci. *Český statistický úřad. Veřejná databáze*. [online]. VDBVO 1.3.24 © Český statistický úřad. [cit. 2013-09-13]. Dostupné z: <http://vdb.czso.cz/vdbvo/uvod>.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2013. Život cizinců v ČR. *Český statistický úřad*. [online]. © Český statistický úřad, 2013. Aktualizováno dne: 1. 3. 2013, [cit. 2013-09-13]. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/t/6E0039594F/\\$File/111811.pdf](http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/t/6E0039594F/$File/111811.pdf).

ČERNÁ, Eva a Marie HLAVÁČOVÁ, 2005. Zvyky muslimů. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 1(4), 192-194. ISSN: 1801-1349.

DAŇKOVÁ, Šárka, Jiří HOLUB a Jitka LÁCHOVÁ, 2011. Stručná zpráva o výsledcích Evropského výběrového šetření v České republice EHIS 2008. *Uzis.cz* [online] © ÚZIS ČR, 2011. [cit. 2014-06-01]. Dostupné z <http://www.uzis.cz/publikace/evropske-vyberove-setreni-zdravi-ceske-republice-ehis-2008>.

DAŇKOVÁ, Šárka, 2011. *Životní styl a jeho vliv na zdravotní stav populace ČR*. [online]. [cit. 2014-06-01]. Dostupné z: http://www.ivd.cz/download/Sarka_Dankova.pdf.

DIECÉZE OSTRAVSKO-OPAJSKÁ, 2013. *Diecéze ostravsko-opavská*. [online] © 2013 Diecéze ostravsko-opavská [cit. 2013-10-24]. Dostupné z: <http://www.doo.cz/>.

DOBIÁŠOVÁ K. a H. HNILICOVÁ, 2011. Migranti a zdravotní péče z pohledu praxe v České republice. *Praktický lékař*. **91**(10), 590-595. [online]. [cit. 2013-10-29]. Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/prakticky-lekar-clanek/migranti-a-zdravotni-pecce-z-pohledu-praxe-v-ceske-republice-36442>.

DOBIÁŠOVÁ, K., B. SEIFERT, P. STRUK a O. KITTNAR, 2010. Vstřícná zdravotní péče o migranty. *Praktický lékař*. **90**(12), 728-732. Dostupné z [www: http://www.prolekare.cz/prakticky-lekar-clanek/vstricna-zdravotni-pecce-o-migranty-33556](http://www.prolekare.cz/prakticky-lekar-clanek/vstricna-zdravotni-pecce-o-migranty-33556).

ELBERTOVÁ, Zuzana, 2010. Jazykové bariéry v českém zdravotnictví. *Lékařské listy*. 1, 2. Mladá fronta: Praha, 18. 1. 2010.

ERIKSEN, Thomas Hylland, 2008. *Sociální a kulturní antropologie: příbuzenství, národnostní příslušnost, rituál*. Vydání první. Praha: Portál. ISBN: 978-80-7367-465-6.

EUROPEAN TRANSCULTURAL NURSING ASSOCIATION-ETNA, 2013. *European transcultural nursing association*. [online] © All Rights reserved to European Transcultural Nursing Association. Aktualizováno dne: 12. 10. 2013 [cit. 2013-10-22]. Dostupné z [www: http://www.europeantransculturalnurses.eu/](http://www.europeantransculturalnurses.eu/).

FARSKÝ, Ivan a Katarína ŽIAKOVÁ, 2011. *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatelstve*. Vydání první. Martin: Univerzita Komenského Bratislava, Jesseniova lekárska fakulta Martin, Ústav ošetrovatelstva. ISBN: 978-80-89544-00-4.

FATYM, 2014. Proč katoličky odmítají učení církve o antikoncepci? *Fatym.com*. [online]. [cit. 2014-06-05]. Dostupné z: <http://www.fatym.com/view.php?cisloclanku=2012100168>.

FOJTÍK, Igor a Josef MITAS, 2012. Charakteristika pohybové aktivity obyvatel Moravsko-slezského kraje v letech 2005-2009 ve vztahu k délce formálního vzdělání. *Tělesná kultura*, **35** (2), s. 65-68. [online]. [cit. 2014-06-04]. Dostupné z: <http://www.telesnakultura.upol.cz/index.php/telesnakultura/article/viewFile/139/170>.

FRIEDL, Jiří, 2009. *Poláci na Těšínsku*. Vydání první. Český Těšín. ISBN: 978-80-87381-00-7. Dostupné z: <http://www.polonica.cz/content/Polaci%20na%20Tesinsku.pdf>.

GINGER, Newman, Joyce, Ruth DAVIDHIZAR, 2002. The Giger and Davidhizar Transcultural Assessment Model. *Journal of Transcult Nurs.* **13**(185-188). DOI: 10.1177/10459602013003004. [online]. [cit. 2013-10-02]. Dostupné z [www: http://tcn.sagepub.com/content/13/3/185](http://tcn.sagepub.com/content/13/3/185).

GŁOS LUDU, 2013. *Głos ludu*. [online] © 2013 Created by Toras s.r.o. [cit. 2013-04-24]. Dostupné z [www: http://www.glosludu.cz/](http://www.glosludu.cz/).

GOROLSKÉ TURISTICKÉ INFORMAČNÍ CENTRUM. Za folklorem a specialitami tradiční kuchyně Těšínského Slezska. Gorolské turistické informační centrum. Mosty u Jablunkova. [online]. [cit. 2013-08-28]. Dostupné z [www: http://www.mesto-bohumin.cz/data/dok/za_folklorem_a_specialitami_tradicni_kuchyne_tesinskeho_slezska_cz.pdf](http://www.mesto-bohumin.cz/data/dok/za_folklorem_a_specialitami_tradicni_kuchyne_tesinskeho_slezska_cz.pdf).

HALUZÍKOVÁ, Jana a Alexandra ARCHALOUSOVÁ, 2010. Cesta k profesionálnímu ošetrovatelství V. In: *Sborník příspěvků V. Slezské vědecké konference ošetrovatelství s mezinárodní účastí. 22. - 23. září 2010 Opava*. Frýdek-Místek: Tiskárna Kleinwächter. ISBN 978-80-7248-607-6. Dostupné z [www: http://www.slu.cz/fvp/cz/uo/konference-a-sympozia/archiv/sbornik-2010](http://www.slu.cz/fvp/cz/uo/konference-a-sympozia/archiv/sbornik-2010).

HERMANOVÁ, Šárka, Gabriela SOKOLOVÁ, 2000. *Národně jazykové vědomí obyvatel národnostně smíšených oblastí České republiky*. První vydání. Háj ve Slezsku: FRANTIŠEK-MAJ. ISBN: 80-86224-17-1.

HERZIG, Agnieszka, 2011. *Pielęgniarstwo ponad granicami. Ošetrovatelství bez hranic. Ošetrovatel'stvo bez hraníc*. Lodž, Polsko: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi. ISBN: 978-83-906824-99-4 [CD-ROM].

HRABÁKOVÁ, Ludka, 2002. *Vybrané kapitoly z kulturní antropologie*. Liberec: Technická univerzita, Fakulta pedagogická. ISBN: 80-7083-617-2.

CHRÁSKOVÁ, Jana a Ludmila ŠIMŮNKOVÁ, 2009. Využití piktogramů při poskytování ošetrovatelské péče ženám vietnamské komunity. *Kontakt*. **11**(1), 193-200. ISSN: 1212-4117, ISSN: 1804-7122 . [online]. [cit. 2013-09-29]. Dostupné z [www: http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/1~2009/507-vyuziti-piktogramu-pri-poskytovani-osetrovatelske-pece-zenam-vietnamske-komunity](http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/1~2009/507-vyuziti-piktogramu-pri-poskytovani-osetrovatelske-pece-zenam-vietnamske-komunity).

CHYTIL, Daniel, 2012. *Život cizinců v ČR*. Praha: Český statistický ústav. Lidé a společnost. ISBN: 978-80-250-2319-8.

IVANOVÁ, Kateřina, Lenka ŠPIDUROVÁ a Jana KUTNOHORSKÁ. 2005. *Multikulturní ošetrovatelství I*. Vydání první. Praha: Grada. ISBN: 80-247-1212-1.

KAČOROVÁ, Jana, 2010. Kultúrne kompetencie v multikultúrnej Európe. In: *Sborník příspěvků V. Slezské vědecké konference ošetrovatelství s mezinárodní účastí. 22. - 23. září 2010 Opava. Cesta k profesionálnímu ošetrovatelství V*. Frýdek-Místek: Tiskárna Kleinwächter. ISBN 978-80-7248-607-6. Dostupné z [www: http://www.slu.cz/fvp/cz/uo/konference-a-sympozia/archiv/sbornik-2010](http://www.slu.cz/fvp/cz/uo/konference-a-sympozia/archiv/sbornik-2010).

KARABUDAK, Sarikaya Seher, Fatma TAS a Zümrüt BASBAKKAL, 2013. Giger and Davidhizar's Transcultural Assessment Model: A Case Study in Turkey. *Health Science Journal*. **3**(7), 343-345. E-ISSN: 1791-809X. [online]. [cit. 2013-11-02]. Dostupné z [www: http://www.hsj.gr/volume7/issue3/7310.pdf](http://www.hsj.gr/volume7/issue3/7310.pdf).

KASZPER, Roman a Bohdan MAŁYSZ, 2009. *Poláci na Těšínsku*. Vydání první. Český Těšín. ISBN: 978-80-87381-00-7. Dostupné z www: <http://www.polonica.cz/content/Polaci%20na%20Tesinsku.pdf>.

KADŁUBIEC, Karol Daniel. 1997. *Polská národnostní menšina na Těšínsku v České republice*. Vydání první. Ostrava: Ostravská univerzita, Filozofická fakulta 1997. ISBN: 9788070424797.

KONGRES POLAKÓW W REPUBLICIE CZESKIEJ, 2013. *Kongres Polaków w Republice Czeskiej, Komeńskiego 4, 737 01 Czeski Cieszyn*. [online]. [cit. 2013-04-24]. Dostupné z: <http://www.polonica.cz/>.

KRÁLÍKOVÁ, Lenka, 2008. Zdravotní péče o muslimské pacienty. *Ošetřovatelství*. **10** (1-2), 38-41. ISSN: 1212-723X.

KRAUSOVÁ, Tereza, 2013. Cizinci v České republice. *Demografie, revue pro výzkum populačního vývoje*. **55**(3), 231-237. ISSN: 0011-8265, E-ISSN: 1805-2991.[online]. [cit. 2013-11-02]. Dostupné z www: [http://www.scitani.cz/csu/2013edicniplan.nsf/t/E90027404F/\\$File/180313q3.pdf](http://www.scitani.cz/csu/2013edicniplan.nsf/t/E90027404F/$File/180313q3.pdf).

KUFOVÁ, Irena, 2001. Mniejszości narodowe na Śląsku Cieszyńskim dawniej i dziś. In: *Sborník: Referaty Wygłoszone na międzynarodowej konferencji naukowej, która odbyła się 4. 10. 2001 w Czeskim Cieszynie*. První vydání. Český Těšín: Finidr, s. r. o. První vydání. ISBN: 80-238-8051-9.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2008. Kultura, multikultura a holismus. *Ošetřovatelství*. **10**(1-2), 3 -6. ISSN: 1212-723X.

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

LABISCHOVÁ, Denisa, 2010. Těšínsko ve vědomí české a polské mládeže. *Těšínsko*. **53**(1), 7-12. ISSN: 0139-7605.

LACH, Kornelia, 2000. *Wierzenia, zwyczaje i obrzedy. Folklor pogranicza polsko-czeskiego*. Wrocław: Polskie Towarstwo Ludoznawcze. ISBN: 83-87266-35-3.

LEININGER, Madeleine, 1988. Madeleine Leininger's Culture Care: Diversity and Universality Theory. *Nursing Science Quarterly*. **11** ISSN: 0894-3184, E-ISSN: 1552-7409. DOI: 10.1177/089431848800100408. [online]. [cit. 2013-10-2]. Dostupné z www: <http://nursing.jpub.com/sitzman/ch15pdf.pdf>.

LINHARTOVÁ, Věra, 2007. *Praktická komunikace v medicíně*. Grada: Praha. ISBN: 978-80-247-1784-5.

MARTINEK, Libor, 2010. Jak překládat pojem Zaolzie? *Těšínsko*. **53**(3), 28-30. ISSN: 0139-7605.

MASTILIAKOVÁ, Dagmar, 2005a. Model kulturní péče. *Diagnóza v ošetrovatelství*. **1**(3), 129-132. ISSN: 1801-1349.

MASTILIAKOVÁ, Dagmar, 2005b. Transkulturní ošetrovatelský přístup-první teorie a model kulturní péče. *Česká společnost na prahu vstupu do Evropské unie*. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity. ISBN: 80-7042-349-8.

MICHÁLKOVÁ, Helena, Valérie TÓTHOVÁ a Lucie ROLANTOVÁ, 2011. Životní styl příslušníků Církve Ježíše Krista Svatých posledních dnů. *Kontakt*. **13**(1), 38-47. ISSN: 1212-4117, ISSN: 1804-7122. [online]. [cit. 2013-10-02]. Dostupné z www: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/1~2011/246-zivotni-styl-prislusniku-irkve-jezise-krista-svatych-poslednich-dnu>.

MINISTERSTVO VNITRA ČESKÉ REPUBLIKY, 2013. Informace pro cizince. *Ministerstvo vnitra*. [online] © 2010 Ministerstvo vnitra České republiky [cit. 2013-09-30]. Dostupné z www: <http://www.mvcr.cz/clanek/sluzby-pro-verejnost-informace-pro-cizince-informace-pro-cizince.aspx>.

MITÁŠ, Josef a Karel FRÖMEL, 2011. Pohybová aktivita Dospělé populace České republiky: Přehled základních ukazatelů za období 2005-2009. *Tělesná kultura* **34**(1),

9-21. [online]. [cit. 2014-06-04]. Dostupné z: <http://www.telesnakultura.upol.cz/index.php/telesnakultura/article/view/File/88/137>.

MULTIKULTURA. Multikultura-národnostní menšiny. *Multikultura*. [online] © Evropský sociální fond, registrační číslo projektu: CZ. 1. 07/1.208/02.0006, aktualizace 3. 10.2011 [cit 2013-09-30]. Dostupné z www: [www: www.multikulturazlin.cz/1.php?id=2](http://www.multikulturazlin.cz/1.php?id=2).

MURPHY, Robert F. 1998. *Úvod do kulturní a sociální antropologie*. Vydání první. Praha: Sociologické nakladatelství (Slon). ISBN: 80-85850-53-2.

MUZEUM V ČESKÉM TĚŠÍNĚ, 2011. *Muzeum Těšínska*. [online] © Muzeum Těšínska, 2011. [cit. 2013-06-24]. Dostupné z www: <http://www.muzeumct.cz/projekty/?projekt=1>.

NEŠPOR, Zdeněk R. a Marek JAKOUBEK, 2005. Co je a není kulturní/sociální antropologie. *Antropowebrin. 1*. [online]. [cit. 2013-08-17]. ISSN 1801-8807. Dostupné z www: <http://antropologie.zcu.cz/co-je-a-neni-kulturnisocialni-antropologie>.

NIKLESOVÁ, Dana, 2006. Charakteristika, cíle a problémy interkulturní komunikace. *Acta Oeconomica Pragensia*. **14**(4) 63-68. ISSN: 1804-2112 [online]. [cit. 2013-10-28]. Dostupné z www: // <http://www.vse.cz/aop/>.

NOWAK, Krzysztof, 2009. *Poláci na Těšínsku*. Vydání první. Český Těšín. ISBN: 978-80-87381-00-7. Dostupné z www: <http://www.polonica.cz/content/Polaci%20na%20Tesinsku.pdf>.

NYKLEWICZ, Wojciech, 2011. *Pielęgniarstwo ponad granicami. Ošetřovatelství bez hranic. Ošetrovatel'stvo bez hraníc*. Lodž, Polsko: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi. ISBN: 978-83-906824-99-4 [CD-ROM].

ONDŘEKA, Zdeněk, 2012. Muzeum Těšínska v roce 2011. *Těšínsko*. **55**(1), 25-35. ISSN: 0139-7605.

PAVELOVÁ, Ľuboslava, Iveta NADARSKÁ a Miroslava LÍŠKOVÁ, 2005. Výživa a multikulturní ošetřovatelství. *Sestra*. **15**(3), 28-30. ISSN: 1210-0404.

PAPADOPOULOS, Irena, Mary TILKI, 2008. Papadopoulos, Tilki and Taylor Model for Development of Transcultural Competence. *Intercultural Education of Nurses and medici staff in Europe IENE*. [online]. [cit. 2013-09-09]. Dostupné z www: <http://www.ieneproject.eu/download/Outputs/intercultural%20model.pdf> .

PAPADOPOULOS, Irena, Mary TILKI a Sheley LEES, 2004. Promoting cultural competence in healthcare through a research-based intervention in the UK. *Diversity in Health and Social Care*. **1**, 107-115. [online]. [cit. 2013-09-20]. Dostupné z www: <http://www.ingentaconnect.com/content/rmp/dhsc/2004/00000001/00000002/art00005>.

PETRÁŠ, René, 2010. Aktuální problémy právního postavení menšin v České republice. *Sborník příspěvků z odborného semináře menšin a právo v české republice, Praha 2010*. První vydání. Praha: První dobrá, s. r. o. ISBN 978-80-7440-036-0.

PLEVOVÁ, Ilona a kolektiv, 2011. *Ošetrovatelství II*. Grada: Praha. 2011. ISBN: 987-80-247-3558-0.

POHLOVÁ, Andrea, 2009. Informovanost sester v péči o zahraniční klienty. *Sestra*. **19** (4), 25-26. ISSN: 1210-0404.

POKORNÁ Andrea a Jana LACÍKOVÁ, 2012. *Hygiena*. **57** (3), 94-99. [online]. [cit. 2014-05-31]. Dostupné z: <http://apps.szu.cz/svi/hygiena/archiv/h2012-3-04-full.pdf>.

POLSKA PROVINCJA ZAKONU PIJARÓW, 2013. *Najstarsze tradycje bożonarodzeniowe. Pijarzy.pl*. [online] ©1999-2014 [cit. 2013-08-24]. Dostupné z www: <http://www.pijarzy.pl/?strona,doc,pol,glowna,221,0,4525,1,221,ant.html>.

POLSKI ZESPÓŁ ŚPIEWACZY HUTNIK. *Polski zespod śpiewaczy Hutnik*. [online] © 2010 PZŚ HUTNIK. [cit. 2013-06-24]. Dostupné z www: http://www.pzshutnik.cz/index_cz.html

POLSKI ZWIAZEK KULTURALNO_OŚWIATOVY W REPUBLICIE CZESKIEJ, 2010. *Polski Związek Kulturalno-Oświatowy w Republice Czeskiej-PZKO*. [online] © PZKO.cz 2010. [cit. 2013-06-24]. Dostupné z www: www.pzko.cz.

PRÁVA PACIENTŮ, 2008. *Bioetika a lékařská etika*. [online] © 2004-2008. Aktualizace 22. 1. 2008. [cit. 2013-06-24]. Dostupné z www: <http://bioetika.ktf.cuni.cz/articles.php?lng=cz&pg=56>.

PRŮCHA, Jan, 2010. *Interkulturní komunikace*. Grada: Havlíčkův Brod. ISBN: 978-80-247-3069-1.

PRŮCHA, Jan, 2004. *Interkulturní psychologie*. Praha:Portál. ISBN: 80-7178-885-6.

PTÁČEK, Radek, Petr BARTŮNĚK a kolektiv. 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. ISBN: 987-80-247-3946-2.

PURNELL, Larry, 2002. The Purnell Model for Cultural Competence. *J. Transcult Nurs.* **13**(193), 1-5. DOI: 10.1177/10459602013003006. [online]. [cit. 2013-11-12]. Dostupné z: <http://tcn.sagepub.com/cgi/content/abstract/13/3/193>.

RALBOVÁ, Dana Rebecka, 2010. Multikulturní přístup zdravotníků k umírajícím. *Florence.* **6**(9), 24-29. ISSN: 1801-464X.

RADLOWSKA-OBUSNIK, Martyna a Otylia TOBOLA, 1997. *Leksykon PZKO*. Vydání první. Český Těšín: Těšínska tiskárna, a. s. ISBN: není uvedeno.

ROD, Aleš, 2012. Likertovo škálování. *E-logos. Electronic Journal for philosophy.* **13**(2012). ISSN: 1211-0442. [online]. [cit. 2014-03-01]. Dostupné z www: <http://nb.vse.cz/kfil/elogos/science/rod12.pdf>.

ROLANTOVÁ, Lucie, Helena MICHÁLKOVÁ a Valérie TÓTHOVÁ, 2011. Životní styl vyznavačů Buddhismu diamantové cesty. *Kontakt.* **13**(1), 30-37. ISSN: 1212-4117, E-ISSN: 1804-7122. [online]. [cit. 2013-09-20]. Dostupné z www: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120223150015158579.pdf>.

ŘEZNÍK, Miloš. 2010. *Dějiny Polska v datech*. Vydání první. Praha: Libri 2010. ISBN: 9788072774081.

SEDLÁKOVÁ, Gabriela, Dagmar Kalátová a kolektiv, 2010. *Vybrané ošetřovatelské modely a týrané dítě*. Praha: Triton. ISBN: 987-80-7387-412-4.

SIWEK, Tadeusz. 1996. *Česko-polská etnická hranice*. První vydání. Ostrava: Repronis. ISBN: 80-7042-457-5.

SLEZSKÁ CÍRKEV EVANGELICKÁ AUGSBURSKÉHO VYZNÁNÍ, 2013. *Slezská církev evangelická augsburského vyznání*. [online] © 2013 Slezská církev evangelická augsburského vyznání a. v. [cit. 2013-09-29]. Dostupné z www: <http://www.sceav.cz/index.php/cs/o-nas>

SCHOLZ, Pavel a Valérie TÓTHOVÁ, 2008. Čínský pacient v českém zdravotnictví. *Kontakt*. **10**(2), 283-287. ISSN: 1212-4117. [online]. [cit. 2013-09-20]. Dostupné z www: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120418123601614607.pdf>.

SCHWARZ, Zdeněk, 2005. Specifika multikulturní péče. *Referátový výběr z anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny*. **55**(1), 6-15. ISSN: 1212-3048.

SOKOLOVÁ, Gabriela a Šárka HERNOVÁ, 2001. *Národnostně jazykové vědomí obyvatel národnostně smíšených oblastí České republiky*. Vydání první. Háj ve Slezsku: František Maj-Tiskárna. ISBN: 80-86224-17-1.

SOUKUP, Martin. 2010. *Antropologie v sociálních vědách*. Praha: Pražská vysoká škola psychosociálních studií 2010. Vydání první. ISBN: 978-80-904541-1-8. [online]. [cit. 2013-09-23]. Dostupné z www: http://www.pvpsps.cz/data/document/20120309/01_antropologie_FINAL_cernobile.pdf?id=815.

STŘEDISKO VZDĚLÁVÁNÍ VE ZDRAVOTNÍ PÉČI O OBČANY TŘETÍCH ZEMÍ, 2011. *Příručka*. [online]. [cit. 2013-09-30]. Dostupné z www: http://www.eifzvip.cz/dokumenty/elektronicka_knihovna/Prirucka.pdf; www.eifzvip.cz.

SUKOPOVÁ, Svatava, 2012. Přeshraniční spolupráce naší knihovny-úspěchy-bariéry-šance a perspektivy. *Knížnica*. **13**(5), 21-23.[online]. [cit. 2013-09-19]. Dostupné z [www: www.snk.sk/swift_data/source/casopis_kniznica/2012/maj/21.pdf](http://www.snk.sk/swift_data/source/casopis_kniznica/2012/maj/21.pdf).

SZYMECZEK, Józef, 2011a. *Identita obyvateľ Moravskoslezského kraje*. Vydání první. Havířov: in-Press CZ s. r. o. ISBN: 987-80-7464-060-5.

SZYMECZEK, Józef, 2011b. *Evropské standardy v oblasti práv národnostních menšin*. Vydání první. Havířov: in-Press CZ s. r. o. ISBN: 987-80-7464-059-9.

SZYMECZEK, Józef, 2011c. *Vznik a rozvoj národnostního občanského vědomí*. Vydání první. Havířov: in-Press CZ s. r. o. ISBN: 987-80-7464-057-5.

ŠIMONOVÁ, Daniela, 2012. Jak jednat při ošetřování a léčbě cizinců: úskalí, zjištění a doporučení. *Praktická gynekologie*. **16**(2-4), 114-120. [online]. [cit. 2013-10-10]. Dostupné z [www: http://www.prolekare.cz/prakticka-gynekologie-clanek/jak-jednat-pri-oseetrovani-a-lecbe-cizincu-uskali-zjisteni-a-doporuceni-39748](http://www.prolekare.cz/prakticka-gynekologie-clanek/jak-jednat-pri-oseetrovani-a-lecbe-cizincu-uskali-zjisteni-a-doporuceni-39748).

ŠPIDUROVÁ, Lenka, Danuška TOMANOVÁ, Pavla KUDLOVÁ a Renata HALMO, 2006. *Multikulturní ošetřovatelství II*. Vydání první. Praha: Grada. ISBN 80-247-1213-X.

ŠPIDUROVÁ, Lenka, Jaroslava KRÁLOVÁ, Mária NĚMČEKOVÁ a Jana ZAPLETALOVÁ, 2006. Jak české sestry vnímají pacienty s vybraných kultur a národností? *Ošetřovatelství*. **8**(3-4), 69-80. ISSN: 1212-723X.

ŠTIKA, Jaroslav a Ivo STOLAŘÍK, 2001. Těšínsko 3. díl. *Rodina a obec. Obyčeje. Lidové léčitelství*. Vydání první. Šenov u Ostravy: Tilia. ISBN: 80-86101-37-1.

ŠTIKA, Jaroslav, 2003. Těšínsko 5. Díl. *Těšínská lidová kultura. K otázce motivace národnostního hnutí (se zřetelem k náboženským poměrům evangelíků na Těšínsku v meziválečném období)*. *Lidová kultura na Těšínsku-závěry. Názvy Lach, Valach, Gorol a název regionu*. Šenov u Ostravy: Tilia. První vydání. ISBN 80-86101-73-8.

ŠTYNGLEROVÁ, Terezie a Michaela NĚMEČKOVÁ, 2013. Populační vývoj v České republice v roce 2012. *Demografie*. **55**(3), s. 189-208. ISSN 0011-8265, ISSN 1805-2991. Dostupné z: [http://www.scitani.cz/csu/2013ediciplan.nsf/t/E90027404F/\\$File/180313q3.pdf](http://www.scitani.cz/csu/2013ediciplan.nsf/t/E90027404F/$File/180313q3.pdf).

TANRIVERDI, Guldu, Meral BAYAT, Umit SEVING a Cüneyt BIRKÖK, 2011. Evaluation of the Effect of Cultural Characteristics on Use of Health Care Services Using the "Giger and Davidhizar's Transcultural Assessment Model: A Sample from a Village in Eastern Turkey. *DEUHYO ED.* **4**(1), 19-24. [online]. [cit. 2013-10-15]. Dostupné z www: http://www.deu.edu.tr/UploadedFiles/Birimler/18174/19-24_tanriverdi.pdf.

TOLLAROVÁ, Blanka, Marie HRADEČNÁ a Andrea ŠPIRKOVÁ, 2013. *Jsme lidé jedné Země. Program xenofobie a rasizmu*. Praha: Portál. Vydání první. ISBN: 978-80-262-0376-6.

TORTUMLUOGLU, Gulgu, 2006. THE IMPLICATIONS OF TRANSCULTURAL NURSING MODELS IN THE PROVISION OF CULTURALLY COMPETENT CARE. *ICUS NURS WEB J.* **25**(JANUARY- APRIL 2006), 1-10. [online]. [cit. 2013-09-20]. Dostupné z www: http://www.nooruse.ee/e-ope/mitmek_oendus/transcultural_nursing.pdf.

TÓTHOVÁ, Valérie a kol., 2010. *Zabezpečení efektivní ošetrovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu*. Vydání první. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-414-8.

TÓTHOVÁ, Valérie, Věra VEISOVÁ, Monika JELEČKOVÁ, Helena MICHÁLKOVÁ a Lucie ROLANTOVÁ, 2011. Životní styl mongolské minority v České republice. *Kontakt*. **13**(3), 275-286. ISSN: 1212-4122.

TÓTHOVÁ, Valérie a kol. 2012. *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin*. Vydání první. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-645-6.

TRANSCULTURAL NURSING SOCIETY, 2013. *Dr. Madeleine M. Leininger*. Transkultural [online] © 1999-2014. [cit. 2013-09-29]. Dostupné z www: <http://www.tcns.org/Foundress.html>.

TRZPIEL, Kataryna, 2011. Polska pielęgniarka na emigracji, czyli życie i praca z dala od domu. *Pielęgniarstwo ponad granicami. Ošetřovatelství bez hranic. Ošetřovatelství bez hranic*. Łódź, Polsko: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi. ISBN: 978-83-906824-99-4 [CD-ROM].

TŮMOVÁ, Andrea, Regina SLOWIK, 2006. Behaviorální potřeby člověka v dimenzi multikulturního ošetřovatelství. In: *Sborník: Sociokulturní kontexty v ošetřovatelství a porodní asistenci, příspěvek k podpoře humánnější péče o člověka*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, s. 395-402. ISBN: 80-244-1424-4 (brož.).

UHEREK, Zdeněk, Zuzana KORECKÁ a Tereza POJAROVÁ, 2008. *Cizinecké komunity z antropologické perspektivy-vybrané případy významných imigračních skupin*. Praha: Blesková tiskárna, spol. s.r.o. pro Etnologický ústav AV ČR. ISBN 987-80-87112-12-0. [online]. [cit. 2013-09-20]. Dostupné z www: http://www.inkluzivniskola.cz/sites/default/files/uploaded/Uherek_Cizinecke_komunity_z_antropologicke_perspektivy.pdf.

URÍČKOVÁ, Alena a Jana BOROŇOVÁ, 2008. Komunikačné karty-alternatívna forma komunikácie v multikulturnom ošetrovatelstve. In: *Sborník příspěvků III. Slezské konference ošetřovatelství s mezinárodní účastí konané dne 13-14. května 2008- Opava*. První vydání. Frýdek-Místek: Tiskárna Kleinwachter. S. 81-83. ISBN: 978-80-7248-470-6.

URÍČKOVÁ, Alena, 2010. Josepha Campinha-Bacote-Model rozvoje kulturní způsobilosti. *Sestra*. **20**(4), 18-19. ISSN: 1210-0404.

URÍČKOVÁ, Alena, 2012. Model (Purnell & Paulanka). *Diagnóza v ošetřovatelství*. **6**(5), 3-5. ISSN: 1801-1349.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY V ČR, 2014. *Zdravotnická ročenka 2012*. Uzis.cz [online]. © ÚZIS ČR 2010-2014 [cit. 2014-06-04]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2012>.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY V ČR, 2012. *Činnost zdravotnických zařízení ve vybraných oborech léčebně preventivní péče 2012*. Uzis.cz [online]. © ÚZIS ČR 2010-2014 [cit. 2014-06-04]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/cinnost-zdravotnickych-zarizeni-ve-vybranych-oborech-lecebne-preventiv-pece-2012>.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY V ČR, 2011. *Evropské výběrové šetření o zdraví v České republice EHIS 2008*. INBS: 978-80-7280-916-5.

WIJA, Petr, 2012. *Aktuální informace Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky 58/2012*. Uzis.cz [online]. © ÚZIS ČR 2010-2014 [cit. 2014-06-04]. Dostupné z: www.uzis.cz/system/files/58_12.pdf.

VACKOVÁ, Jitka a kolektiv, 2012. *Zdravotně sociální aspekty života imigrantů v České republice*. Vydání první. Praha: Triton. ISBN: 987-80-7387-514-5.

VAŇKOVÁ Václava, 2013. Senioři v číslech. *Statistika a my. Měsíčník Českého statistického úřadu*. 3 (5), 18-19 [online]. [cit. 2014-06-02]. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/c/6B004993A3/\\$File/18041305.pdf](http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/c/6B004993A3/$File/18041305.pdf)

VLÁDA ČESKÉ REPUBLIKY, 2013. *Vláda České republiky-národnostní menšiny*. [online] © Vláda ČR 2009-2014. [cit. 2013-04-24]. Dostupné z [www: http://www.vlada.cz/cz/pracovni-a-poradni-organy-vlady/rnm/mensiny/narodnostni-mensiny-15935/](http://www.vlada.cz/cz/pracovni-a-poradni-organy-vlady/rnm/mensiny/narodnostni-mensiny-15935/).

ZAHRADNÍK, Stanislav, 2009. *Poláci na Těšínsku*. Vydání první. Český Těšín. ISBN: 978-80-87381-00-7. Dostupné z [www: http://www.polonica.cz/content/Polaci%20na%20Tesinsku.pdf](http://www.polonica.cz/content/Polaci%20na%20Tesinsku.pdf).

8 Přílohy

Příloha č. 1 Seznam tabulek

Příloha č. 2 Leták č. 1 Kongres Poláků v České republice

Příloha č. 3 Leták č. 2 Soubor Lutnia

Příloha č. 4 Dotazník č. 1 - písemná česká verze

Příloha č. 5 Dotazník č. 2 - písemná polská verze

Příloha č. 6 Dotazník č. 3 - elektronická verze v českém jazyce,

Dotazník č. 4 - elektronická verze v polském jazyce

Výsledky elektronické verze dotazníků

Příloha č. 7 Mapa nářečí v České republice

Příloha č. 8 Mapa Těšínské Slezsko

Příloha č. 1

Tabulka č. 1 Péče o své zdraví

		ne	dle uvážení	ano	total
základní vzdělání	count	27	11	39	77
	adjuster residual	-2,2	-1,3	3,3	
vyšší a VŠ vzdělání	count	31	13	13	57
	adjuster residual	2,2	1,3	-3,3	
	count	58	24	52	134

Tabulka č. 2 Očkování

		ne	dle uvážení	ano	total
základní vzdělání	count	27	11	39	77
	adjuster residual	-2,2	-1,3	3,3	
vyšší a VŠ vzdělání	count	31	13	13	57
	adjuster residual	2,2	1,3	-3,3	
	count	58	24	52	134

Tabulka č. 3 Sledování hmotnosti

		sleduji pravidelně	udržuji	snažím se zhubnout	nic nedělám	total
základní vzdělání	count	16	32	15	14	77
	adjuster residual	-1,1	-0,8	0,9	1,6	
vyšší a VŠ vzdělání	count	17	28	8	5	58
	adjuster residual	1,1	0,8	-0,9	-1,6	
	count	33	60	52	19	135

Tabulka č. 4 Preference studené nebo teplé kuchyně

		studená kuchyně	teplá kuchyně	total
základní vzdělání	count	6	71	77
	adjuster residual	-0,5	0,5	
vyšší a VŠ vzdělání	count	9	80	89
	adjuster residual	0,5	-0,5	
	count	15	151	166

Tabulka č. 5 Domácí kuchyně

		zcela souhlasím	spíše souhlasím	nevím	spíše nesouhlasím	zcela nesouhlasím	total
základní vzdělání	count	47	27	2	1		77
	adjuster residual	0,8	-1,1	0,7	1,1		
vyšší a VŠ vzdělání	count	49	39	3	0		89
	adjuster residual	0,8	1,1	-0,7	-1,1		
	count	96	66	3	1		166

Tabulka č. 6 Výběr polská nebo česká kuchyně

		česká kuchyně	polská kuchyně	polská i česká	jiná	total
základní vzdělání	count	16	6	40	15	77
	adjuster residual	2,4	0,6	-2,5	0,6	
vyšší a VŠ vzdělání	count	7	5	63	14	89
	adjuster residual	-2,4	-0,6	2,5	-0,6	
	count	23	11	103	29	166

Tabulka č. 7 Konzumace alkoholu

		ne	ano-vyjímečně	ano- pravidelně	total
žena	count	45	117	14	176
	adjuster residual	0,3	1,3	-2,4	
muž	count	23	56	13	96
	adjuster residual	-0,3	-1,3	2,4	
	count	68	173	31	272

Tabulka č. 8 Trávení volného času

		jinak	volný čas s rodinou	total
mladší ženy do 20let	count	26	73	99
	adjuster residual	-1	1	
starší ženy od 61let	count	28	57	85
	adjuster residual	1	-1	
	count	54	130	184

Tabulka č. 9 Prevence - praktický lékař

základní vzdělání	praktický lékař	zcela souhlasím	spíše souhlasím	nevím	spíše nesouhlasím	zcela nesouhlasím	total
mladší ženy do 20let	count	31	13			1	45
	adjuster residual	-1,5	1,4			0,3	
starší ženy od 61let	count	5	0			0	5
	adjuster residual	1,5	-1,4			-0,3	
	count	36	13			1	50

Tabulka č. 10 Prevence – zubní lékař

základní vzdělání	zubní lékař	zcela souhlasím	spíše souhlasím	nevím	spíše nesouhlasím	zcela nesouhlasím	total
mladší ženy do 20let	count	30	14			1	45
	adjuster residual	-1,5	1,5			0,3	
starší ženy od 61let	count	5	0			0	5
	adjuster residual	1,5	-1,5			-0,3	
	count	35	14			1	50

Tabulka č. 11 Prevence - lékař specialista

základní vzdělání	lékař specialista	zcela souhlasím	spíše souhlasím	nevím	spíše nesouhlasím	zcela nesouhlasím	total
mladší ženy do 20let	count	10	18	10	4	3	45
	adjuster residual	-1,8	0	1,2	0,7	0,6	
starší ženy od 61let	count	3	2	0	4	3	5
	adjuster residual	1,8	0	-1,2	-0,7	-0,6	
	count	13	20	10	4	1	50

Tabulka č. 12 Prevence- gynekolog

základní vzdělání	gynekolog	zcela souhlasím	spíše souhlasím	nevím	spíše nesouhlasím	zcela nesouhlasím	total
mladší ženy do 20let	count	10	12	6	9	8	45
	adjuster residual	-1,8	0,3	-0,4	1,1	1	
starší ženy od 61let	count	3	1	1	0	0	5
	adjuster residual	1,8	-0,3	0,4	-1,1	-1	
	count	13	13	7	9	8	50

Tabulka č. 13 Prevence – praktický lékař

	praktický lékař	zcela souhlasím	spíše souhlasím	nevím	spíše nesouhlasím	zcela nesouhlasím	total
mladší ženy do 20let	count	37	20	1	2	3	63
	adjuster residual	-0,7	0,8	-1,6	0,4	1,6	
starší ženy od 61let	count	34	13	4	1	0	52
	adjuster residual	0,7	-0,8	1,6	-0,4	-1,6	
	count	71	33	5	3	3	115

Tabulka č. 14 Prevence – zubní lékař

	zubní lékař	zcela souhlasím	spíše souhlasím	nevím	spíše nesouhlasím	zcela nesouhlasím	total
mladší ženy do 20let	count	38	23	0	2		63
	adjuster residual	-1,4	1,6	1,1	0,4		
starší ženy od 61let	count	38	12	1	1		52
	adjuster residual	1,4	-1,6	-1,1	-0,4		
	count	76	35	1	3		115

Tabulka č. 15 Antikoncepce

		ne	nedovoluje	ano	total
věřící ne	count	14	0	5	19
	adjuster residual	-0,5	-0,7	0,8	
věřící ano	count	124	4	29	157
	adjuster residual	0,5	0,7	-0,8	
	count	138	4	34	176

Tabulka č. 16 Doléčení v době nemoci

		nemocnice	služby	sám	rodina	total
starší ženy od 61let	count	18	7	8	19	52
	adjuster residual	0,1	-0,9	0	0,6	
starší muži od 61let	count	11	7	5	10	
	adjuster residual	-0,1	0,9	0	-0,6	
	count	29	14	13	29	85

Tabulka č. 17 Přítomnost rodiny

		zcela souhlasím	spíše souhlasím	nevím	spíše nesouhlasím	zcela nesouhlasím	total
žena	count	75	49	45	6	1	176
	adjuster residual	-2,2	2,5	-0,3	0,6	0,7	
muž	count	54	14	26	2	0	96
	adjuster residual	2,2	-2,5	0,3	-0,6	-0,7	
	count	129	63	71	71	1	272

Příloha č. 2 Leták č. 1

GŁOS LUDU

Głos Ludu – Gazeta Polaków w Republice Czeskiej ukazuje się trzy razy w tygodniu nakładem ok. 5 tys. egzemplarzy. Gazetę wydaje Kongres Polaków w RC w wydawnictwie Pol-Press przy wsparciu finansowym Ministerstwa Kultury RC. Na osmiu stronach informuje o życiu zaolziańskiego regionu, w którym żyje autochtonická ludność polska. Dalej – obok publicystyki społecznej i kulturalnej – można w niej znaleźć m. in. poradnik dla kobiet, dział sportowy czy rubryki dla dzieci i młodzieży „Głosik”, „Pudło” i „PopArt”. Od 2006 r. ma swoją stronę internetową www.glosludu.cz. Siedziba redakcji znajduje się w Českim Cieszynie przy ulicy Komenského 4.

OSRODEK DOKUMENTACYJNY KONGRESU POLAKÓW

Jesień 1993 r. jest okresem właściwego rozpoczęcia działalności instytucji, której nadano oficjalną nazwę Ośrodek Dokumentacyjny Kongresu Polaków w Republice Czeskiej. Pierwszym pracownikiem naukowym Ośrodka była dr Danuta Branna. Obecnie placówką zarządza mgr Marian Steffek. Celem Ośrodka Dokumentacyjnego K jest:

- gromadzenie zbiorów historycznych i folklorystycznych,
- opracowanie i popularyzacja tych zbiorów,
- docelowo – wybudowanie izby regionalnej lub muzeum.

Obecnie w ewidencji Ośrodka Dokumentacyjnego znajduje się ponad 12 500 pozycji. Z liczby tej przeszło połowę stanowią publikacje naukowe oraz czasopiśmiśna, reszta to kroniki, pamiętniki, akta archiwalne, zdjęcia, afisze, plakietki itd. Ośrodek prowadzi również działalność wydawniczą (m. in. wydaje swój własny biuletyn), przygotowuje wystawy, jest organizatorem lub współorganizatorem konferencji, seminariów naukowych oraz odczytów. Przeciętnie korzysta ze zbiorów 300 badaczy w skali rocznej.

CZŁONKOWIE RADY KONGRESU POLAKÓW OBECNEJ KADENCJI CLENOWIE RADY KONGRESU POLAKÓW W SOUČASNÉM VOLEBNÉM OBDOBÍ

Stoją od lewej / stojí zleva: Michał Fryzwar, Marisz Zawadzki, Marisz Walek, Andrzej Bizoń, Tomasz Pustowska, Rudolf Molński, Józef Szymczek, Barbara Smagała, Józef Szymczek, Małgorzata Rakowska.



GŁOS LUDU

Głos Ludu – Gazeta Polaków w Republice Czeskiej (nowiny Polaków w České republice) vychází třikrát týdně v nákladu cca 5 tis. výtisků. Noviny vydává Kongres Poláků v České republice ve vydavatelství Pol-Press za finanční podpory Ministerstva kultury České republiky. Na osmi stranách informuje o životě v regionu, české části Slezska, kde žije autochtonní polské obyvatelstvo. Dalej – vedle společenské a kulturní publicistiky – je v těchto novinách mezi jinými možné najít rady pro ženy, sportovní rubriku anebo rubriky pro děti a mládež „Głosik”, „Pudło” a „PopArt”. Od roku 2006 má vlastní webové stránky www.glosludu.cz. Redakce má své sídlo v Českém Těšíně, ul. Komenského čís. 4.

DOKUMENTAČNÍ CENTRUM KONGRESU POLAKÓW

Podzim roku 1993 je obdobím zahájení činnosti instituce, která byla oficiálně nazvána Ośrodek Dokumentacyjny Kongresu Polaków w Republice Czeskiej (Dokumentální centrum Kongresu Poláků v České republice). Prvním vědeckým pracovníkem tohoto střediska byla Dr. Danuta Branna. V současné době toto centrum řídí Mgr. Marian Steffek. Cílem Dokumentálního centra Kongresu Poláků je m. j.:

- shromažďování historického a folklórního materiálu,
- zpracování a popularizace těchto sbírek,
- perspektivně – vytvoření regionální sítě nebo muzeum.

V současné době v evidenci Dokumentálního centra Kongresu Poláků se nachází více než 22 500 položek. Z tohoto počtu více než polovinu tvoří vědecké publikace a časopisy, zbytek jsou kroniky, pamětníky, archivní záznamy, fotografie, plakáty, odznaky atd. Středisko také vede vydavatelskou činnost (m. j. vydává svůj vlastní informační bulletin), připravuje výstavy, organizuje nebo spolorganizuje konference, vědecké semináře a přednášky. V průměru, sbírky tohoto střediska využívá na 300 výzkumných pracovníků ročně.

Projekt je współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego (ERDF) za pośrednictwem Urzędu Regionu Śląsk Cieszyński – Urząd Śląsk Cieszyński
Projekt je spolufinancován z prostředků Evropského fondu pro regionální rozvoj (ERDF) prostřednictvím Úřadu regionu Slezsko – Úřad Cieszyňsko

GłosLudu
Ulotka powstała w ramach projektu „Zaolzie teraz”

KONGRES POLAKÓW W REPUBLICIE CZESKIEJ KONGRES POLAKÓW V ČESKÉ REPUBLICE

Komenského / Komenského 4
737 01 Český Těšín / Český Cieszyň
Tel./fax: +420 558 711 453
Gsm: +420 722 912 667
kongres@polonica.cz
www.polonica.cz

O KONGRESIE

Kongres Polaków w Republice Czeskiej jest stowarzyszeniem obywatelskim, które pełni dwa główne zadania: koordynuje działalność organizacji obywateli czeskich narodowości polskiej oraz reprezentuje polską mniejszość narodową wobec społeczeństwa wiekszościowego, organów państwowych, samorządowych oraz mediów. Działalność organizacji obejmuje pełne spektrum życia społecznego, kulturalnego i branżowego Polaków żyjących w RC.

Kongres Polaków został założony w marcu 1990 r., odtąd nieustannie poszerza zakres swojej aktywności. Do najważniejszych jego działań należy wydawanie gazety „Głos Ludu”, prowadzić Ośrodek Dokumentacyjny, który gromadzi zbiory i materiały archiwalne dotyczące historii i współczesności Polaków w RC. Zajmuje się również organizacją imprez kulturalnych.

Jako organizacja mająca na celu dbanie o rozwój interesów polskiej grupy narodowej w Republice Czeskiej zrzesza 31 polskich stowarzyszeń, które złożyły swój akces do Kongresu. Ich reprezentanci tworzą Radę Przedstawicieli, której przewodniczy mgr Stanisław Folwarczny. Członkami Rady Przedstawicieli są również reprezentanci gmin zaolziańskich, w których żyje znacząca liczba Polaków. Organem wykonawczym Kongresu jest dziewięcioosobowa Rada Kongresu Polaków, w obecnej kadencji jej prezesem jest dr Józef Szymczek, a wiceprezesami mgr Rudolf Molński i mgr Tomasz Pustowska.

O KONGRESU

Kongres Polaków w České republice je občanským sdružením, které plní dvě hlavní úlohy: koordinuje činnost organizací českých státních příslušníků polské národnosti a zastupuje navenek polskou národnostní menšinu ve vztahu k většinové společnosti, vůči státním orgánům a orgánům samosprávy, jakož i médiím. Činnost organizací zahrnuje celé spektrum společenského, kulturního a profesního života Poláků žijících v České republice.

Kongres Poláků byl založen v březnu 1990. Od té doby neustále rozšiřuje rozsah svých aktivit. K jeho nejdůležitějším aktivitám patří vydávání novin „Głos Ludu”, vedení Dokumentálního centra (Ośrodek Dokumentacji), které shromažďuje sbírky a archivní materiály týkající se dějin a současnosti Poláků v České republice. Zabývá se rovněž organizováním kulturních akcí.

Jako organizace, jejímž cílem je péče o rozvoj zájmů polské národnostní skupiny v České republice, seskupuje 31 polských sdružení, které se rozhodly přistoupit ke Kongresu. Jejich zástupci tvoří Radu představitelů (Rada Przedstawicieli), jejímž předsedou je Mgr. Stanisław Folwarczny. Členy Rady představitelů jsou také reprezentanti těšinských obcí, ve kterých žije polská menšina. Výkonným orgánem Kongresu je devítičlenná Rada Kongresu Poláků, v současném funkčním období jejím předsedou je Dr. Józef Szymczek, a místopředsedy jsou Mgr. Rudolf Molński a Mgr. Tomasz Pustowska.

ORGANIZACJE POLSKIE ZRZESZONE W KONGRESIE POLAKÓW W RC

ORGANIZACJA	SEDIBA	KONTAKT	PREZES
CIESZYŃSKIE TOWARZYSTWO FOTOGRAFICZNE	737 01 Český Cieszyň, Piłci 52/2	kongres@polonica.cz	Adam Szop
HARCEKSTWO W POLSKIE W RC	737 01 Český Cieszyň, Komenského 4	admin@hpc.wz.cz www.hpc.wz.cz	Krzysztof Mitura
KLUB POLSKI W PRADZE	Praga 8, Vítkova 13	kpw@seznam.cz www.klubpolski.cz	Władysław Adamiec
KODŁ POLSKICH ROMBANTÓW	737 01 Český Cieszyň, Komenského 4	wkorus@volny.cz www.wkorus.wz.cz	Bronisław Firla
MACIERZ SZKOLNA W RC	737 01 Český Cieszyň, Komenského 4	macierz.szkolna@seznam.cz www.macierz.cz	Andrzej Russ
KLUB PZKO KARWINA NOWE MIASTO	Karwina Nowe Miasto, Ciepłowa 157/7	lpka@tiscali.cz	Piotr Lipka
POLSKI ZWIĄZEK BYTYCH WIĘZNIÓW POLITYCZNYCH	737 01 Český Cieszyň, Komenského 4	kongres@polonica.cz	Alojzy Kaleta
POLSKIE TOWARZYSTWO MEDYCZNE	737 01 Český Cieszyň, Komenského 4	ptmrec@polska.cz www.medics.cz/ptmrec	Jan Kaczmarczyk
POLSKIE TOWARZYSTWO ARTYSTYCZNE ARS MUSICA	737 01 Český Cieszyň, Havlička 13	www.arsmusica.cz am@arsmusica.cz	Alojzy Suchanec
POLSKIE TOWARZYSTWO TURYSTYCZNO-SPORTOWE „BESKID ŚLĄSKI” W RC	737 01 Český Cieszyň, Komenského 4	www.ptto-beskidslaski.cz info@ptto-beskidslaski.cz	Halina Twardziková
POLSKI ZWIĄZEK KULTURALNO-OŚWIATOWY	737 01 Český Cieszyň, Strzebińska 28	zgw@poko.cz www.poko.cz	Jan Rytko
POLSKIE STOWARZYSZENIE ARTYSTÓW PŁASTYKÓW W RC	737 01 Český Cieszyň, Komenského 4	plastycy.sap@seznam.cz sap.euweb.cz	Darina Krygiel
POLSKIE STOWARZYSZENIE DZIENNIKARZY POLSKICH	737 01 Český Cieszyň, Komenského 4	Vladislav.Bilko@trr.cz	Władysław Bilko
STOWARZYSZENIE EMERYTÓW POLSKICH	737 01 Český Cieszyň, Komenského 4	kongres@polonica.cz	Józef Orszulak
STOWARZYSZENIE MŁODZIEŻY POLSKIEJ	737 01 Český Cieszyň, Komenského 4	smg@centrum.cz www.smg.wz.cz	Roman Sekula
STOWARZYSZENIE OSÓB PRACUJĄCYCH I UCZĄCYCH SIĘ ZA GRANICĄ	737 01 Český Cieszyň, Komenského 4	kongres@polonica.cz	Jerzy Cienciala
STOWARZYSZENIE RODZINA KATYŃSKA	737 01 Český Cieszyň, Komenského 4	pilch@post.cz	Józef Pilch
STOWARZYSZENIE SZKOŁA POLONIJNA W PRADZE	Praga 2, Korunni 38	magala@kavcas.cz	Andrzej Magala
TOWARZYSTWO NAUCZYTELI POLSKICH W RC	737 01 Český Cieszyň, Ostrawska 21	pcnie@koc@uek.cz	Barbara Smagała
STOWARZYSZENIE PRZYJACIÓL POLSKIEJ KSIĄŻKI	737 01 Český Cieszyň, Komenského 4	legowicz@lka.cz www.pspk-czechy.wz.cz	Halina Legowicz
ZRZESZENIE LITERATÓW POLSKICH	737 01 Český Cieszyň, Komenského 4	sikoraj@glosludu.cz	Jacek Sikora
ZAOŁZIAŃSKIE TOWARZYSTWO FOTOGRAFICZNE	737 01 Český Cieszyň, Komenského 4	ztf@silnesnet.cz	Marian Siedlaczek
ZRZESZENIE ŚPIEWACZO-MUZYCZNE PRZYJAZŃ	Karwina Frysztal, Dl. Olszaka, Dom PZKO	kongres@polonica.cz	Tadeusz Zantula
KLUB KULTURY	739 61 Trzyniec, 1 maja 493	klubkultury@klubkultury.cz	Tadeusz Wąttala
POLONUS – KLUB POLSKI W BRNIE	602 00 Brno, Anenská 10	musick@pph1.muni.cz www.polonusbrno.org	Roman Madecki
TOWARZYSTWO AVION	737 01 Český Cieszyň, Sokolowska 7	spolek.avion@email.cz www.avion.tesinsko.cz	Renata Putzlacher-Buchta
POLSKIE TOWARZYSTWO ŚPIEWACZE COLLEGIUM CANTICORUM	737 01 Český Cieszyň, Havlička 13	www.sweb.cz/canticorum canticorum@seznam.cz	Roman Najder
STOWARZYSZENIE „KURIER PRASKI” W PRADZE	Praga 4, Michalská 723/31	kongres@polonica.cz	Barbara Sierszuta
MACIERZ SZKOLNA W WĘDRYNIE	739 94 Wędrynia 974	marek.lakota@seznam.cz	Marek Lakota
ZRZESZENIE ŚPIEWACZO-MUZYCZNE	737 01 Český Cieszyň, Komenského 4	zsm@artlas.cz www.zsm.pko.cz	Leszek Kalina
ZAOŁZIAŃSKIE STOWARZYSZENIE LOTNICZE IM. FRANCISZKA ŻWIŃKI I STANISŁAWA WIGURY	735 42 Gierlicko 722, Dom Polski, Żwirki i Wigury	darek.cymerys@silnesnet.cz www.zsl.czweb.org	Dariusz Cymerys

Příloha č. 3 Leták č. 2

1947-2012

*MIEJSCOWE KOŁO
POLSKIEGO ZWIĄZKU
KULTURALNO-OŚWIATOWEGO*



LUTYNIA DOLNA

Místní skupina Polského svazu kulturně osvětového v Dolní Lutyni byla založena 16 listopadu 1947 roku. Jejími předsedy byli Rudolf Pastuszek, Franciszek Filipek, Franciszek Niedźwiedź, Rudolf Ochman, Stanisław Waclawik, Kazimierz Woska, Józef Solich, Rudolf Sztwiertnia a od 1997 Maria Sztwiertnia. Činnost PZKO zaměřená na udržování polského jazyka, tradic a zvyklostí, se odrážela v mnoha akcích, které pravidelně byly, a stále jsou organizovány jeho členy. Jedná se o již tradiční plesy, oslavy Dne žen, Dne matek, smažení vajec, letní slavnosti, nejrůznější poznávací zájezdy po České i Polské republice, podzimní setkání, která jsou vždy spojena s nějakou zajímavou přednáškou, mikulášské večery, vánoční besídka a podobně. V rámci svazu PZKO pracovalo hned od jeho vzniku několik kroužků. Byl to například dramatický kroužek a ochotnické divadlo, kroužek taneční, sportovní a hudební, klub žen a mládeže, jeden velký a několik menších pěveckých souborů. Nejstarším souborem MS PZKO v Dolní Lutyni je pěvecký

sbor LUTNIA, který vznikl v roce 1908. Ze spousty různých vyznamenání a ocenění, která sbor obdržel, jmenujme ta nejvyšší. V roce 2008 obdržel sbor Lutnia Čestnou zlatou medaili s vavřínem od PZChiO (Polský svaz sborů a kapel) ve Varšavě. V roce 1998 získal nejvyšší vyznamenání PZKO Za zásluhy pro svaz se zápisem do Zlaté knihy PZKO. V neposlední řadě se sbor Lutnia může pochlubit statusem nejstaršího slezského pěveckého sboru, který obdržel v roce 2003.



Příloha č. 4 Dotazník č. 1- písemná česká verze

Vážená paní/ vážený pane,

obracím se na Vás s prosbou o spolupráci. Do rukou se Vám dostává dotazník, který je součástí mé diplomové práce na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích pod vedením prof. PhDr. Valérie Tóthové, Ph.D. Téma diplomové práce je „*Kulturní antropologie v ošetrovatelství*“. Práce je zaměřena na zjištění specifických potřeb v ošetrovatelství polské menšiny žijící v České republice.

Dotazník je anonymní a dobrovolný. Data budou využita výhradně v rámci průzkumu v diplomové práci. Prosím Vás o laskavé vyplnění a předem děkuji za spolupráci a Vaši ochotu, kterou jste věnoval/a vyplnění tohoto dotazníku.

Bc. Marcela Carbolová

Odpovězte prosím na všechny otázky. U každé otázky označte křížkem nejvhodnější odpověď. Pokud se u otázky objeví prostor pro slovní vyjádření odpovědi (.....), prosím o doplnění. Pokud jsou uvedeny čísla (1, 2, 3) uveďte prosím pořadí důležitosti.

1. Pohlaví:
 žena muž

2. Věk:
 do 20 let 21-30 let 31-40 let 41-50 let

 51-60 let 61-70 let více jak 70let

3. Vzdělání:
 základní vyučen střední s maturitou
 vyšší odborné vysokoškolské

4. Země původu:
 ČR jiná.....

5. Národnost:
 česká polská jiná.....

6. Délka pobytu v ČR:
 narozen/a v ČR roků měsíců
7. Vyznávám víru:
 nevyznávám žádnou víru evangelická církev
 katolicismus judaismus pravoslavná církev
 jiná.....
8. O své zdraví se starám:
 zcela souhlasím spíše souhlasím nevím
 spíše nesouhlasím zcela nesouhlasím
9. Jak se staráte o své zdraví (*Můžete volit více odpovědí*):
 jím střídmě
 stravuji se podle zásad správné výživy
 stravuji se pravidelně
 piji doporučené množství tekutin
 sportuji
 pravidelně spím
 pravidelně odpočívám
 chodím na pravidelné prohlídky k lékaři
 jiné *prosím uveďte*.....
 o své zdraví se nestarám
10. Pravidelně chodím na preventivní prohlídky:
Praktický lékař:
 zcela souhlasím spíše souhlasím nevím
 spíše nesouhlasím zcela nesouhlasím
Zubní lékař:
 zcela souhlasím spíše souhlasím nevím
 spíše nesouhlasím zcela nesouhlasím
Lékař specialista:
 zcela souhlasím spíše souhlasím nevím
 spíše nesouhlasím zcela nesouhlasím
Gynekolog-ženy:
 zcela souhlasím spíše souhlasím nevím
 spíše nesouhlasím zcela nesouhlasím
11. Postoj k dárcovství krve a krevních složek:
 jsem dárcem krve
 (chodím pravidelně/nepravidelně mám Jánského plaketu)
 nejsem dárcem krve
 náboženské přesvědčení mi to nedovoluje
 zvažuji dárcovství krve

- jiné.....
12. Nechávám se pravidelně očkovat:
 ano (chřipka, klíšťová meningoencefalitida, hepatitida, jiné.....)
 ne
 vybírám si očkování dle svého uvážení např. výjezd do ciziny
13. Svou tělesnou hmotnost:
 sleduji pravidelně snažím se udržovat svou hmotnost
 snažím se zhubnout nedělám nic
14. Jídlo konzumuji:
 3x denně 5x denně co 2hodiny
 jím jen když pocít'uji hlad
15. Ve stravě upřednostňuji: jako hlavní jídlo
 studenou kuchyni teplou kuchyni
16. Ve stravě upřednostňuji domácí kuchyni:
 zcela souhlasím spíše souhlasím nevím
 spíše nesouhlasím zcela nesouhlasím
17. Domácí kuchyně pro mne znamená:
 tradiční česká kuchyně tradiční polská kuchyně
 polská i česká kuchyně jiná.....
18. Mimo stravování doma upřednostňuji stravování:
 v restauracích v občerstveních fastfood
 v závodních jídelnách
 jinde..... mimo domov se nestravuji
19. Ve stravě upřednostňuji zeleninu:
 zcela souhlasím spíše souhlasím nevím
 spíše nesouhlasím zcela nesouhlasím
20. Ve stravě upřednostňuji ovoce:
 zcela souhlasím spíše souhlasím nevím
 spíše nesouhlasím zcela nesouhlasím
21. Ve stravě upřednostňuji maso:
 zcela souhlasím spíše souhlasím nevím
 spíše nesouhlasím zcela nesouhlasím

22. Nejvíce konzumuji maso:
 kuřecí hovězí vepřové skopové králíčí ryby
zvěřinu jiné..... nekonzumuji maso
označte čísla 1,2,3
23. Z mléčných výrobků nejvíce konzumuji:
 jogurty kysané mléčné výrobky mléko sýry
 jiné..... nekonzumuji
označte čísla 1,2,3
24. Používám vitamínové doplňky stravy:
 ano-pravidelně ne preferuji pouze čerstvé ovoce a zeleninu
 ano-ale jen v zimních měsících
25. Denně vypiji:
 méně než 1litry tekutin 1-2litry tekutin 2-3litry tekutin
26. Z tekutin upřednostňuji:
 čaj minerální vodu obyčejnou pitnou vodu
 sladké nealkoholické perlivé nápoje
 sladké nealkoholické neperlivé nápoje ovocné šťávy
 zeleninové šťávy kávu alkohol jiné.....
označte čísla 1,2,3
27. Piji kávu:
 ano ne

Pokud ano, Vaše spotřeba kávy je:
 1šálek denně 2šálky denně 3šálky denně 4šálky
denně 5šálků denně více.....
28. Piji alkohol:
 ano pravidelně ano výjimečně-oslava ne
29. Jsem kuřák:
 ano ne
30. Denně spím:
 méně než 4 hodiny 4-6 hodin 7-8 hodin 8-10 hodin
 více než 10hodin

31. Svůj volný čas trávím především:
- s rodinou
 - sportem
 - doma u televize, PC
 - s přáteli
 - hudbou, tancem
 - prací na zahrádce
 - jiné
 - doma s knihou
 - kutilstvím
- označte čísla 1,2,3*
32. Provozují sport:
- ano - pravidelně
 - ne
 - občas
- cyklistika
 - plavání
 - lyžování
 - turistika
 - jen aktivní chůzi, procházky
 - nordic walking-speciální hole
 - kolečkové brusle
 - běh
 - jiný.....
33. Upřednostňujete prvky alternativní medicíny před klasickou medicínou:
- ano
 - ne
34. Prvky alternativní medicíny využívám při ordinované léčbě lékařem:
- ano
 - ne
35. S alternativní medicíny využívám: *(Můžete volit více odpovědí)*
- byliny
 - čaje
 - přírodní léčiva
 - masáže
 - akupunktura
 - akupresura
 - homeopatika
 - jiné.....
36. Antikoncepci používám:
- ano
 - ne
 - moje kultura/náboženství nedoporučuje žádnou antikoncepci
37. Váš názor na provádění interrupce:
- za žádných okolností
 - v případě ohrožení plodu/ženy
 - v případě výskytu vývojové vady plodu
 - v případě nechtěného těhotenství
 - nemám vyhraněný názor
38. Věřím v posmrtný život:
- zcela souhlasím
 - spíše souhlasím
 - nevím

- spíše nesouhlasím zcela nesouhlasím
39. V případě závažné choroby bych uvítal/a duchovního:
 zcela souhlasím spíše souhlasím nevím
 spíše nesouhlasím zcela nesouhlasím
40. V případě umírání bych uvítal/a přítomnost své rodiny:
 zcela souhlasím spíše souhlasím nevím
 spíše nesouhlasím zcela nesouhlasím
41. V případě umírání, kdyby o Vás nemohla vůbec nebo zcela plně starat rodina zvolil/a bych si zařízení:
 agentura domácí péče hospic nemocnice jiné.....
42. V případě utrpení při umírání, kdyby byla možnost, volil/a bych eutanázii:
 ano ne moje kultura/náboženství by mi to nedovolilo
43. Vím co je agentura domácí péče:
 ano ne
44. Vím, že péče je poskytována v domácím prostředí:
 ano ne
45. Služby agentury domácí péče můžou na základě doporučení ošetřujícího lékaře využívat:
 děti lidé středního věku senioři onkologičtí pacienti
 všichni bez rozdílu věku
46. Zním někoho z rodiny, přátel, příbuzných, kdo má zkušenost nebo mám vlastní zkušenost s poskytováním služeb agentury domácí péče:
 ano ne
47. V případě nekomplikované operace bych volil/a možnost doléčení:
 v nemocnici využil/a bych služeb agentury domácí péče
 věřil/a bych, že to zvládnou sám/sama spolehnul/a bych se na rodinu

Děkuji Vám za vyplnění dotazníku.

Příloha č. 5 Dotazník č. 2 - písemná polská verze

Szanowni Państwo,

zwracam się do Państwa z prośbą o współpracę. Otrzymali Państwo ankietę, która wchodzi w skład pracy dyplomowej na Uniwersytecie Południowoczeskim w Czeskich Budziejowicach pod kierunkiem prof. PhDr. Valéri Tóthovėj, Ph.D. Temat pracy to „*Antropologia kultury w pielęgniarstwie*”. Praca koncentruje się na identyfikacji specyficznych potrzeb związanych z pielęgniarstwem mniejszości polskiej żyjącej w Czechach. Ankieta jest anonimowa i dobrowolna. Dane zostaną wykorzystane wyłącznie w ramach analizy w pracy dyplomowej. Proszę uprzejmie o jej wypełnienie i z góry dziękuję za współpracę i czas, który poświęcili Państwo na jej skompletowanie.

Bc. Marcela Carbolová

Należy odpowiedzieć na wszystkie pytania. Przy każdym pytaniu należy krzyżykiem oznaczyć właściwą odpowiedź. Jeśli dla danego pytania nie ma miejsca na wyjaśnienie (.....), proszę uzupełnić. Jeśli podano liczby (1, 2, 3), należy wstawić kolejność zgodnie z istotnością danej odpowiedzi (hierarchią).

1. Płeć:

kobieta mężczyzna

2. Wiek:

do 20 lat 21-30 lat 31-40 lat 41-50 lat

51-60 lat 61-70 lat ponad 70 lat

3. Wykształcenie:

podstawowe zawodowe średnie z maturą

wyższe kierunkowe wyższe

4. Państwo pochodzenia:

Czechy inne.....

5. Narodowość:

czeska polska inna.....

6. Długość pobytu w Czechach:

urodzony/a w Czechach liczba lat miesiące.....

7. Wyznanie:

ateista kościół ewangelicki
 katolicyzm judaizm kościół prawosławny
 inne.....

8. Dbam o swoje zdrowie:

w pełni się zgadzam raczej się zgadzam nie wiem
 raczej się nie zgadzam w pełni się nie zgadzam

9. Jak dbasz o zdrowie (*można wybrać więcej odpowiedzi*):

odżywiam się różnorodnie
 jem zgodnie z zasadami zdrowego odżywiania
 odżywiam się regularnie
 piję zalecaną ilość płynów
 uprawiam sporty
 regularnie śpię
 regularnie odpoczywam
 chodzę na regularne kontrole lekarskie
 inne *proszę podać*.....
 nie dbam o zdrowie

10. Regularnie chodzę na kontrole prewencyjne:

Lekarz rodzinny:

w pełni się zgadzam raczej się zgadzam nie wiem
 raczej się nie zgadzam w pełni się nie zgadzam

Dentysta:

w pełni się zgadzam raczej się zgadzam nie wiem

- raczej się nie zgadzam w pełni się nie zgadzam

Lekarz specjalista:

- w pełni się zgadzam raczej się zgadzam nie wiem
 raczej się nie zgadzam w pełni się nie zgadzam

Ginekolog (kobiety):

- w pełni się zgadzam raczej się zgadzam nie wiem
 raczej się nie zgadzam w pełni się nie zgadzam

11. Honorowe krwiodawstwo:

- jestem honorowym dawcą krwi
(oddaję krew regularnie/nierregularnie mam odznakę – Plaketa Jana Janského)
 nie jestem honorowym dawcą krwi
 wyznanie mi na to nie pozwala
 rozważam bycie dawcą krwi
 inne.....

12. Regularnie poddaję się szczepieniom:

- tak (grypa, borelioza, WZW, inne.....)
 nie
 wybieram szczepienia zgodnie z własną opinią (np. podczas wyjazdu za granicę)

13. Swoją masę ciała:

- monitoruję regularnie staram się utrzymać
 staram się odchudzić nic nie robię

14. Posiłki jadam:

- 3x dziennie 5x dziennie co 2 godziny
 jem tylko wtedy kiedy odczuwam głód

15. W odżywianiu pierwszeństwo ma: jako danie główne

- zimna kuchnia ciepła kuchnia

16. W odżywianiu preferuję domową kuchnię:

- w pełni się zgadzam raczej się zgadzam nie wiem
- raczej się nie zgadzam w pełni się nie zgadzam

17. Kuchnia domowa oznacza dla mnie:

- tradycyjną czeską kuchnię tradycyjną polską kuchnię
- polską i czeską kuchnię inną.....

18. Poza domem preferuję jedzenie:

- w restauracjach w barach fastfood
- w stołówce zakładowej nie jadam poza domem
- gdzie indziej.....

19. W odżywianiu preferuję warzywa:

- w pełni się zgadzam raczej się zgadzam nie wiem
- raczej się nie zgadzam w pełni się nie zgadzam

20. W odżywianiu preferuję owoce:

- w pełni się zgadzam raczej się zgadzam nie wiem
- raczej się nie zgadzam w pełni się nie zgadzam

21. W odżywianiu preferuję mięso:

- w pełni się zgadzam raczej się zgadzam nie wiem
- raczej się nie zgadzam w pełni się nie zgadzam

22. Najwięcej jem mięsa:

- drobiowego wołowego wieprzowego jagnięciny króliczego
 - rybiego dziczyzny inne..... nie jem mięsa
- należy zaznaczyć hierarchię 1, 2, 3*

23. Z produktów mlecznych najczęściej jem:

- jogurtów produktów z kwaśnego mleka mleka serów
 innych..... nie jem produktów mlecznych
należy zaznaczyć hierarchię 1, 2, 3

24. Stosuję suplementy diety:

- tak – regularnie nie preferuję tylko świeże owoce i warzywa
 tak – ale tylko w okresie zimowym

25. Każdego dnia wypijam:

- mniej niż 1 litr płynów 1-2 litry płynów 2-3 litry płynów

26. Z płynów preferuję:

- herbatę wodę mineralną zwykłą wodę pitną
 słodkie napoje gazowane bezalkoholowe
 słodkie napoje niegazowane bezalkoholowe soki owocowe
 soki warzywne kawę alkohol inne.....
należy zaznaczyć hierarchię 1, 2, 3

27. Piję kawę:

- tak nie

Jeśli tak, ile wypijasz:

- 1 filiżankę dziennie 2 filiżanki dziennie 3 filiżanki dziennie
 4 filiżanki dziennie 5 filiżanek dziennie więcej.....

28. Piję alkohol:

- tak regularnie tak, wyjątkowo podczas uroczystości nie

29. Jestem palaczem:

- tak nie

30. Codziennie śpię:

- mniej niż 4 godziny 4-6 godzin 7-8 godzin 8-10 godzin
 ponad 10 godzin

31. Swój czas wolny spędzam przede wszystkim:

- z rodziną
 na sporcie
 w domu, przed telewizorem i komputerem w domu z książką
 z przyjaciółmi
 na muzyce, tańcu
 w pracy w ogrodzie na majsterkowaniu
 inaczej

należy zaznaczyć hierarchię 1, 2, 3

32. Uprawiam sport:

- tak – regularnie nie czasami
 jazda na rowerze pływanie narciarstwo turystyka
 tylko aktywny chód, spacer
 nording walking – specjalne kijki
 rolki
 bieganie
 inny.....

33. Daję pierwszeństwo medycynie alternatywnej przed medycyną klasyczną:

- tak nie

34. Medycynę alternatywną wykorzystuję podczas zalecanej terapii przez lekarza:

- tak nie

35. Z medycyny alternatywnej wykorzystuję: *(można wybrać więcej odpowiedzi)*

- zioła herbaty leki naturalne masaże akupunkturę akupresurę
 homeopatię inne.....

36. Stosuję antykoncepcję:

- tak nie moja kultura/religia nie uznaje żadnej antykoncepcji

37. Twój pogląd na wykonywanie aborcji:

- w żadnym przypadku w razie zagrożenia płodu/kobiety
 w przypadku wystąpienia wad rozwojowych płodu w przypadku niechcianej ciąży
 nie mam określonego poglądu

38. Wierzę w życie po śmierci:

- w pełni się zgadzam raczej się zgadzam nie wiem
 raczej się nie zgadzam w pełni się nie zgadzam

39. W przypadku poważnej choroby chciałbym widzieć się z duchownym:

- w pełni się zgadzam raczej się zgadzam nie wiem
 raczej się nie zgadzam w pełni się nie zgadzam

40. W przypadku umierania chciałbym/chciałabym, aby towarzyszyła mi rodzina:

- w pełni się zgadzam raczej się zgadzam nie wiem
 raczej się nie zgadzam w pełni się nie zgadzam

41. W przypadku umierania, kiedy nie mogłaby się o mnie troszczyć rodzina, wybrałbym/wybrałabym:

- domową opiekę pielęgniarską hospicjum szpital inne.....

42. W razie cierpienia na łożu śmierci, gdyby była taka możliwość, wybrałbym/wybrałabym eutanazję:

- tak nie moja kultura/religia tego nie uznaje

43. Wiem, co to jest domowa opieka pielęgniarska:

- tak nie

44. Wiem, że opieka jest świadczona w warunkach domowych:
- tak nie
45. Z usług domowej opieki pielęgniarstwa na podstawie zalecenia lekarza mogą korzystać:
- dzieci ludzie w średnim wieku seniorzy pacjenci z nowotworami
 wszyscy bez względu na wiek
46. Znam kogoś z rodziny, przyjaciół, krewnych, kto ma doświadczenie bądź sam/a mam doświadczenie z domowymi usługami pielęgniarstwa:
- tak nie
47. W razie nieskomplikowanej operacji wybrałbym/wybrałabym możliwość doleczenia:
- w szpitalu wykorzystałbym/wykorzystałabym usługi domowej opieki pielęgniarstwa
 myślę, że dałbym/dałabym sobie radę sam/a zaufałbym/zaufałabym rodzinie

Dziękuję za wypełnienie ankiety.

Rok akademicki 2013/2014

Příloha č. 6

Dotazník č. 3 - elektronická verze v českém jazyce

Adresa odkazu:

https://docs.google.com/forms/d/1eT-tbtD_47hXFrCDLonk5qEZ18BFzyry9ALVGalZqtY/viewform

Dotazník č. 4 – elektronická verze v polském jazyce

Adresa odkazu:

https://docs.google.com/forms/d/1Xpjh9Khfz_MKAZrQiraDjUViL2YuxrJ0fKNQ15tom4/viewform

Výsledky elektronické verze:

https://docs.google.com/spreadsheet/ccc?key=0ArWkS6fcYQNddExCM0Vwd0NaajMxUW1KMEF1ZHZTUWc&usp=drive_web#gid=0

Příloha č. 7

Mapa č. 1 převzato z Google [online]. [cit. 2014-04-13]



Příloha č. 8

Mapa č. 2 převzato z knihy - *Leksykon PZKO*, RADLOWSKA-OBRUSNIK, Martyna.

