

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravovědy

Diplomová práce

Bc. Michaela Dolíhalová

Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy

Multikulturní přístup k pacientům ve zdravotnictví

Olomouc 2017

vedoucí práce: Mgr. Andrea Preissová Krejčí, Ph.D

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jsem jen uvedenou literaturu. Veškeré zdroje informací jsou uvedené v kapitole referenční seznam.

V Olomouci dne

.....

Bc. Michaela Dolíhalová

Velice děkuji Mgr. Andree Preissové Krejčí, Ph.D, za odborné vedení a rady při vypracování diplomové práce. Děkuji zdravotnickým školám za umožnění výzkumu. Dále mé poděkování patří panu Ing. V. Reichlovi za odbornou pomoc při zpracování statistických dat a kamarádce Bc. Radaně Bukovské za psychickou podporu a pomoc při formátování.

Obsah

Obsah.....	4
ÚVOD	6
1. Multikulturalismus	9
1. 1 Proudý multikulturalismu	10
1. 2 Transkulturalismus	11
1. 3 Migrace	12
1. 4 Kulturní šok.....	13
2. Multikulturní ošetrovatelství	14
2. 1 Metaparadigmatická koncepce ošetrovatelství dle Madeline Leiningerové	16
2.2 Model kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče Joyce Newman Giger a Ruth Davidhizar	17
3. Národnostní menšiny v České republice.....	18
4. Specifika péče o vybrané národnostní a náboženské minority v ČR	19
4. 1 Romové	20
4.1.1 Specifika péče o romskou minoritu	22
4.2 Ukrajinci	24
4. 2.1 Specifika péče o ukrajinskou minoritu	26
4.3 Židé.....	27
4.3.1 Specifika péče o židovskou minoritu	28
4.4 Islám.....	30
4.4.1 Specifika péče o muslimského pacienta	31
4.5 Vietnamci	34
4.5.1 Specifika péče o vietnamskou minoritu.....	35
4. 6 Svědkové Jehovovi	36
4.6.1 Specifika péče o svědky Jehovovi	37
5. Multikulturní výchova.....	38
5.1 Osobnost pedagoga multikulturní výchovy	39
5.2 Charakteristika žáků na střední škole a studentů na vyšší odborné škole....	41
5.3 Multikulturní výchova na střední zdravotnické škole.....	42
5.3.1 Obor Zdravotnický asistent 53–41 M/01	42
5.4 Multikulturní výchova na vyšší odborné škole zdravotnické	44
5.4.1 Obor Diplomovaná všeobecná sestra 53–41-N/11	44
6. PRAKTICKÁ ČÁST	45
6.1 Cíle a hypotézy	46
6.2 Metoda výzkumu.....	47
6.3 Organizace výzkumu	48
6.4 Charakteristika zkoumaného vzorku	49
6.5 Analýza získaných dat	49
7. STATISTICKÉ ZHODNOCENÍ DAT	50
7.1 Sestavení proměnné skóre.....	50
7. 2 Výpočet základní statistiky před testováním hypotéz	55
7.3 Výsledky nepárového t-testu:	57
8. ANALÝZA ZÍSKANÝCH VÝSLEDKŮ	59
9. DISKUZE	85
10. Strukturovaný rozhovor s pedagogem VOŠZ.....	95

11. ZÁVĚR	97
SOUHRN.....	100
SUMMARY	102
REFERENČNÍ SEZNAM	103
SEZNAM ZKRATEK	109
SEZNAM TABULEK	110
SEZNAM GRAFŮ	112
SEZNAM PŘÍLOH.....	113
PŘÍLOHY	114
ANOTACE	130

“Multikulturní výchova má smysl tam, kde je společnost multikulturní.”
(Hladík, 2006 s.6)

ÚVOD

Multikulturní výchova je součástí Rámcových vzdělávacích programů (RVP) základních a středních škol, tudíž by se s ní měli všichni žáci během studia setkat. Na středních zdravotnických školách (SZŠ) je multikulturní výchova zásadní v předmětu ošetřovatelství, kde žáci získají poznatky potřebné do praxe. Na střední zdravotnické škole v oboru zdravotnický asistent je multikulturní výchova zahrnuta ve výsledcích vzdělávání a učivu několika předmětů - vzdělávání a komunikace v cizím jazyce, společenskovední vzdělávání, ošetřovatelství a ošetřovatelská péče, sociální vztahy a dovednosti (Rámcový vzdělávací program, 2008). Předmět multikulturní ošetřovatelství je většinou součástí studia na Vyšších odborných školách zdravotnických (VOŠZ) po dobu jednoho semestru. Multikulturní výchova vychází z myšlenky Multikulturalismu. Pojem multikulturalismus je známý od roku 1957. A tento pojem se poprvé objevil ve Švýcarsku, jako vyjádření politické jednoty národa, který je kulturně rozdílný. Multikulturalismus, jak je popsáno v první kapitole, se dělí do několika proudů (liberální, kritický a pluralistický). Vedle multikulturalismu se objevil i pojem transkulturalismus, který vyzdvihuje spolupráci a interakci mezi jedinci či skupinami jednotlivých kultur. (Ivanová, 2005; Moree, 2008; Kutnohorská, 2013). Průkopnicí transkulturního ošetřovatelství je americká sestra Madelaine Leiningerová, která vytvořila tzv. model vycházejícího slunce. Na to navázal model kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče Giger a Davidhizar. Transkulturní ošetřovatelství je v USA vědní disciplínou od roku 1973 (Ivanová, 2005; Podrazilová, 2016).

Se vstupem České republiky (ČR) do Evropské unie (EU) a migrací obyvatelstva se setkávají a budou zdravotničtí pracovníci setkávat s jedinci z různých kultur. Česká republika není homogenním státem, setkání s pacienty jiné kultury se stává běžnou praxí. Součástí výzkumu diplomové práce je i zjištění, zda mají žáci a studenti zkušenosti s ošetřováním jedince jiné kultury v praxi. Pro tuto skutečnost je nutné multikulturní výchovu nepodceňovat, získávat aktuální informace a ověřovat si kulturní specifika u pacientů v praxi.

V rámci celoživotního vzdělávání si mohou zdravotničtí pracovníci doplňovat znalosti v rámci multikulturní oblasti na vzdělávacích akcích, konferencích ale i studiem odborné literatury, článků, kvalifikačních prací, které jsou podpořeny výzkumem. Například na podzim roku 2016 NCO NZO (národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů) pořádalo dvě vzdělávací akce na multikulturní téma (Problematika péče o cizince a Specifická ošetřovatelská péče u příslušníků minoritních skupin v ČR). Pro malý počet účastníků byly vzdělávací akce sloučeny do jednoho termínu. Jako všeobecná sestra jsem se v praxi setkala s nezájmem zdravotnických pracovníků o specifickou kulturní péči o pacienty. Příkladem je i nízký zájem v rámci celoživotního vzdělávání o vzdělávací akci, která proběhla loni. Sama jsem se během školní praxe setkala ve zdravotnických zařízeních s pacienty jiných kultur. Nyní pracuji na klinice, která je i zaměřená na péči o cizince. Pacienty musíme pro speciální vyšetření doporučit i do jiných zdravotnických zařízení. A to bylo i motivací k sepsání této práce.

Proto si v diplomové práci klademe za hlavní cíl, zjistit úroveň vědomostí u žáků středních zdravotnických škol (obor zdravotnický asistent) a studentů vyšších odborných škol zdravotnických (obor diplomovaná všeobecná sestra). A dle stanovené nulové a alternativní hypotézy porovnat úroveň vědomostí a zjistit, zda je mezi testovanými skupinami statistický významný rozdíl. Dílčími cíli je zjistit, zda se žáci a studenti setkali s pacientem jiné kultury v praxi, jak je multikulturní výchova zařazena do výuky, zda považují poznatky z multikulturní výchovy za užitečné do praxe.

První, teoretická část práce popisuje teorii multikulturalismu dle publikací od Moree (2008), Kutnohorské (2013), Burda (2016), Čeněk (2016), Preissová (2016). Multikulturní ošetřovatelství, specifika ošetřovatelské péče vybraných etnických a náboženských skupin a multikulturní výchovu. Zdrojem k teoretickým poznatkům z multikulturního ošetřovatelství a sestavení dotazníku k výzkumu byly následující publikace Ivanová (2005), Kutnohorská, (2013), Špirudová (2006), Tóthová (2010); Tóthová (2012).

Druhá, praktická část práce už pojednává o metodice výzkumu, analýze získaných dat a diskuzi výsledků s předešlými výzkumy. Tématice se již věnovalo několik autorů bakalářských a diplomových prací. Tématice se jistě bude věnovat i několik dalších autorů nejen bakalářských a diplomových prací. Jedná se o aktuální téma. Dále je obsahem práce i závěr, kde jsou popsány výsledky výzkumu, splnění cílů diplomové práce a zjištění pro praxi.

1. Multikulturalismus

Kulturní chování je dané sociálně a ne geneticky. Vzory kulturního chování se učí procesem zvaným **enkulturace**. Děti se učí kulturnímu chování a pravidel pozorováním chování dospělých. Antropologové věří, že k pochopení kultur a kulturně specifickému chování, musí jedinec vidět kulturu v celém jejím sociálním kontextu (Joyce, 2016).

Multikulturalismus je vnímán jako existence několika různých kultur, etnik a jazyků. Jedná se o požadavek rovného uznání všech jedinců a jejich kultur. Multikulturní znamená mnohočetnost kultur a přitom si menšinová skupina zachovává své tradice. Věří, že osoby s různým původem mohou žít pospolu a učit se porozumět druhým. Multikulturní společnost je složena z různých etnických, sociálních a náboženských skupin. Tyto subkultury jsou pasivně tolerovány, než rovnoprávně přijímány. K respektování jiných kultur je třeba poznávat nositele těchto kultur (Kutnohorská, 2013; Čeněk, 2016; Podrazilová, 2016).

Jana Kutnohorská (2013) definuje multikulturalismus jako ideál harmonické koexistence odlišných kultur a etnických skupin v pluralitní společnosti a v rovině politické zdůrazňuje lidská práva a svobody. Dále jednotlivé etnické minority mají právo se kulturně lišit od majoritní společnosti (Kutnohorská, 2013).

Dle britského intelektuála Stuarta Halla se zrodil nynější multikulturalismus z důvodu proměny globálního světa. Každý občan žijící v demokratické společnosti má právo na rovné zacházení ze strany státu. Na straně občana z jiné kultury může dojít k domáhání se práva na zachování své kulturní identity. V politické rovině multikulturalismus apeluje na zdůraznění lidských práv a svobod. Například německá kancléřka Angela Merkelová potvrdila, že „*multikulturalismus absolutně selhal*“. Vědomosti o kulturách jsou důležité pro mnoho profesí (Čeněk, 2016; Kutnohorská 2013).

Multikulturalismu se věnuje i František Burda (2016) se ve své publikaci zamýšlí nad multikulturalismem z mnoha úhlů pohledu. Například v Kanadě

a Austrálii je deklarován za státní ideologii, zato v Evropě je situace odlišná. Do osmdesátých let byly tři integrační modely a to etnicko-exklusivistický (Německo – doufalo, že problematika přistěhovalectví je pouze dočasným jevem v rámci pracovní migrace), asimilační (Francie, občanská asimilace jednotlivců) a pluralistický (Británie, multikulturní integrace skupin). Jak popisuje: *multikulturalismus má mnoho rozdílných podob. Výroky odsuzující multikulturalismus se zpravidla zaměřují pouze na jeho určitou výšeč, kterou považují za celek nebo reprezentaci celého konceptu*“. (Burda, 2016 s. 48).

1. 1 Proudý multikulturalismu

Multikulturalismus není jednotnou ideologií, ale je rozdělen do několika myšlenkových proudů (pluralistický, liberální a kritický) (Moree, 2008).

Pluralistický (pluralitní) multikulturalismus je původním pojetím této ideologie. Jednotlivé kultury jsou chápány jako uzavřené skupiny, které je nutné uchovávat a podporovat. Společnost se dle tohoto proudu multikulturalismu vyznačuje jednotnou kulturou a zvláštní kulturní identitou. V realitě se jedná o seznámení se s kulturou díky tradicím jednotlivých skupin, ale není jim věnována pozornost ohledně společenského postavení. K představitelům patří Charles Taylor, Michael Walzer a Michael Sandel (Moree, 2008).

Liberální multikulturalismus toleruje specifické znaky jednotlivých kulturních skupin. Cílem je zde i začlenění jednotlivců a vytvoření společenského postavení rovnoprávných osob. Přínosem liberálního multikulturalismu je respekt k lidské humanitě, rovnost a možnosti pro každého, kdo projeví zájem se integrovat do společnosti. V liberálním multikulturalismu se objevuje i pozitivní diskriminace, ale jen krátkodobě, jako důsledek vyrovnání překážek k uplatnění rovnosti. Hlavním představitelem je Will Kymlick a John Rex. Tento proud se uplatňuje hlavně ve Francii (Moree, 2008).

Kritický multikulturalismus je nejmladším proudem. Multikulturalismus podléhal a podléhá i kritice, hodnotí nové vlivy a prvky v kultuře a usiluje nezaměřování se na vnější odlišnosti. Kritizuje pluralistický a liberální proud. Také vyzdvihuje význam přítomnosti jinakostí ve společnosti, ale bere je jako

možnost k uvědomění si rozdílností a utváření si našich hodnot, identit a pohledu na svět. Kritický multikulturalismus reflektuje a kriticky hodnotí nové vlivy v naší kultuře. Vyzdvihuje koncept solidarity k zachování rozdílností a nabízí společný cíl pro všechny jedince ve společnosti. V praxi studuje kupříkladu vznik rasismu, sexismu, třídní nerovnosti. Mezi představitele patří Peter McLaren, Joe L. Kincheloe, Shirley R. Steinberg. Oproti kritickému pojetí multikulturalismu stojí **redukcionistický**, který vymezuje jen etnicko – kulturní rozdílnost (Moree, 2008; Preissová, 2016).

1. 2 Transkulturalismus

Tzv. krize multikulturalismu otevírá výzvu po hledání transkulturního rozměru multikulturního soužití. Žádné hledání nové ideologie či paradigmatu, ale hledání vhodné adekvátní odpovědi na výzvu, kterému lidstvo čelí (Burda, 2016).

A právě **transkulturalismus** vyzdvihuje nikoliv kulturu, ale obousměrnou interakci a komunikaci mezi většinovou společností a minoritními skupinami. Oproti multikulturalismu se jedná o termín, který přesahuje hranice jedné kultury. Kultury se ovlivňují a prolínají navzájem. Transkulturní přístup místo popisování různorodých sociokulturních společenství se zabývá příčinami a hranicemi mezi rozdílnostmi každého jednotlivce. Transkulturní přístup zohledňuje zkušenosti jednotlivce. Transkulturní přístup nepopírá existenci a důležitost kulturních odlišností minoritních skupin, ale tyto rozdíly vztahuje více k jednotlivcům nežli ke skupinám (Ivanová, 2005; Moree, 2008).

Dle postoje majority k minoritě je možné rozdělit společnost na společnost s charakterem multikulturním a interkulturním (Kutnohorská, 2013).

V **multikulturní společnosti** mají různé kultury různé potřeby. A některé mohou být znevýhodněné nebo postrádat schopnost a důvěru zapojit se do většinové společnosti (www.india-seminar.com, Bhikhu Parekh, 1999).

Interkulturní společnost aktivně podporuje vzájemné vztahy mezi majoritou a minoritami ve společnosti. Klade důraz na respekt k odlišnostem mezi kulturami, vzájemnou toleranci, rovnost příležitostí a aktivní úsilí o vyvarování

negativních předsudků. Interkulturalita je způsobem, jak žít spolu a mít z toho zároveň oboustranný prospěch (Kutnohorská, 2013).

V Interkulturní společnosti jde o mezikulturní dialog, kooperaci a obohacování mezi minoritou a majoritou (www.osobnostnirozvojpedagoga.cz).

K vzniku multikulturní společnosti dochází vlivem migrace.

1.3 Migrace

Migrace obyvatelstva je přirozenou součástí historie lidské společnosti. Je součástí každodenního života a je třeba na ni myslet i v budoucnosti. V historii trvala samotná migrace celá staletí, zato v dnešní době se zrychlila na hodiny. Česká republika je cílem pro jedince z cizích zemí a ti se stávají součástí multikulturní společnosti. Československo vzniklo jako mnohonárodnostní stát s převahou Čechů, Slováků a s početnými menšinami (německá, německo-židovská, polská, maďarská, rumunská a romská). K velkému transferu došlo po druhé světové válce. V poválečném období přišli na naše území imigranti z Řecka. Po roce 1989 došlo ke změně cizinců. Ze zemí tzv. východního bloku přišli imigranti zejména z Ukrajiny. Z postkomunistických zemí má Česká republika spolu se Slovinskem největší podíl cizinců. Válka v Jugoslávii přilákala na naše území obyvatele Balkánu. A přichází i více osob z Asie – Vietnamu, Číny, Mongolska. Služeb zdravotní a lázeňské péče využívají zámožní Arabové a jiní kulturně rozdílní cizinci. Faktem je i zdvojnásobení počtu narozených dětí cizinců na území České republiky. V České republice, stejně jako v jiných rozvinutých zemích, kde dochází ke stárnutí populace, se diskutuje o nevyhnutelnosti ve zvýšené míře přijímat migranty, kteří mají ale rozdílné hodnoty (Ivanová, 2005; Kutnohorská, 2013). Výzkum diplomové práce je zaměřen na vědomosti o kultuře romské, vietnamské, ukrajinské a o náboženství islámu a judaismu.

Dle sociologických studií je migrace vnímána jako negativní jev. Příchod migrantů je vnímán ze dvou úhlů: příchod kvalifikovaných a nekvalifikovaných pracovních sil. Prvotní bariérou integrace do majoritní společnosti je jazyk. Odhadem žije mimo svou rodnou zemi okolo 300 milionů lidí. Mnoho imigrantů přichází z důvodu politického azylu, ale skutečným důvodem je i hledání lepšího domova pro sebe a děti (Čeněk, 2016; Kukla, 2016).

Dle webových stránek ministerstva vnitra České republiky se detenční tábory na území České republiky nacházejí v Bělé pod Bezdězem (kapacita 246), Drahonicích (kapacita 240) a Výšních Lhotách (kapacita 544). Na internetové stránce je každý týden aktualizován počet uprchlíků v jednotlivých táborech. Žadatelé o azyl jsou povinni pobývat v přijímacích střediscích, které se na území ČR nacházejí v Zastávce u Brna a na letišti v Praze. V přijímacím středisku se žadatelé musí podrobit vstupní lékařské prohlídce a stávají se klienty VZP (www.mvcr.cz).

K integraci cizinců je důležitý oboustranný proces. To znamená otevřenost společnosti, toleranci, respekt, vzájemnou komunikaci a aktivity, které podporují přistěhovalce a majoritní společnosti. Například roce 2013 využilo zdravotnickou pomoc a hospitalizaci 94 932 cizinců (z toho 43 445 cizinců ze států EU). Nejčastěji byly hospitalizováni jedinci menšin ze Slovenska, Ukrajiny, Ruska, Německa a Vietnamu (Kukla, 2016).

1. 4 Kulturní šok

Při vstupu do neznámého kulturního prostředí prožívá jedinec pocity stresu a dezorientace v podobě tzv. **kulturního šoku**. Tento termín byl poprvé zmíněn antropologem Cora Du Boise v roce 1951. Rozčlenění kulturního šoku do 4 fází bylo poprvé popsáno antropologem Kalervo Obergem v roce 1954. Kulturní šok je možné prožít i při návratu do domovské kultury. I nemocniční prostředí je neznámé kulturní prostředí (pravidla, žargon, odborná komunikace, přístup k intimitě). Fáze kulturního šoku mají též vliv na prožívání v nemoci.

1. fáze – nadšení (novým prostředím a kulturou)
2. fáze – frustrace (zjištění rozdílů mezi novou a vlastní kulturou, jedinec cítí úzkosti, deprese či hněv, nová kultura je vnímána negativně)
3. fáze – zotavení (zvykání si na novou kulturu)
4. fáze – přizpůsobení (adaptace, schopnost začlenit se a fungovat v nové kultuře, prostředí) (Podrazilová, 2016).

2. Multikulturní ošetřovatelství

Teorii multikulturalismu se nevyhnula ani zdravotní péče. K zajištění profesionální multikulturní péče je nutné svou práci přizpůsobit kultuře pacienta, jehož původ mnohdy sahá až za hranice Evropy (www.zdravi.euro.cz)

„Pojem multikulturní ošetřovatelství poprvé v roce 1960 použila Madeline Leiningerová, která je považována za zakladatelku transkulturního ošetřovatelství“.(Podrazilová, 2016 s. 103). Popis konceptuálního modelu Madeline Leiningerové je popsán v kapitole 2.1.

Multikulturní péče má za cíl poskytnout osobám rozdílných kultur specifickou péči za pomoci kulturně vhodných způsobů. Dalším cílem je i výchova nové generace zdravotnických pracovníků. Vzorce kulturního chování jsou pro sestru důležité, protože poskytují vysvětlení vztahující se k životním událostem: narození dítěte, smrt, výchovu dětí, porodnictví, nemoc. Středem vzdělávání, výzkumu a praxe z oblasti multikulturního ošetřovatelství je kulturně rozdílný životní styl a způsob péče o zdraví. Směřuje k péči o klienta v souladu s jeho osobností a kulturou (Ivanová, 2005; Kutnohorská, 2013; Joyce, 2016).

Zdravotnický pracovník, který nerozpozná hodnotu a důležitost kulturně vhodné ošetřovatelské péče, nemůže být efektivním zprostředkovatelem péče v demograficky měnící se společnosti (Joyce, 2016).

Zdravotnický pracovník poskytující péči v souladu s kulturními, náboženskými a sociálními hodnotami klienta jedná v souladu s následujícími dokumenty. Mezinárodní deklarace lidských práv. Principy práv pacientů v Evropě: Všeobecný rámec, který byl schválen roku 1994 v Amsterdamu Evropskou poradou WHO. V dokumentu je zdůrazněno v několika bodech, že je nutné respektovat kulturu pacienta. Zákony dané země a základní etické principy ve zdravotnictví. (Špirudová, 2004; Kutnohorská, 2013).

Znalosti a dovednosti z multikulturního ošetřovatelství zajišťují smysluplnou a bezpečnou práci o klienty z jiných kultur. Kultura a s ní spojené vzorce chování jsou faktorem, který ovlivňuje zdraví a nemoc. Péče, respektující

víru, hodnoty a postupy určité kultury patří k lidským právům. Je nezbytné znát a chápat způsoby verbální i neverbální komunikace k dosažení očekávaných výsledků v péči o zdraví. Zdravotnický personál, který poskytuje profesionální péči na základě multikulturních poznatků, respektuje práva pacienta, uvědomuje si rizika neetického chování, právně nepřijatelná rozhodnutí a kulturní tabu pacienta. Poskytování multikulturní péče vyžaduje samozřejmě porozumění i vlastí kultury a ochotu pomáhat druhým. K poskytování multikulturní péče je důležité se celoživotně vzdělávat (Tóthová, 2012; Kutnohorská, 2013; Ptáček, 2014; Podrazilová, 2016).

Ošetřování pacienta vyžaduje individuální přístup. Mnozí z nich mohou mít specifické požadavky, například stravovací návyky. Kulturní vzorce mají i vliv na výběr i přijímání stravy. V praxi je potřeba pamatovat na určité rozdíly ve stravování u pacienta jiné kultury. Ke stravování se váží i rituály. (www.zdravi.euro.cz; Kutnohorská, 2013). Dotazník, který sloužil k výzkumu, je i zaměřený na některé kulturní rozdílnosti ve stravování.

Transkulturní ošetřovatelství se zaměřuje na porozumění kulturám a specifickým potřebám péče o klienty. Transkulturní přístup představuje vzájemnou interakci mezi majoritní společností a minoritami v ní žijící. Nejde jen o kulturu jako centrum pozornosti. Transkulturní přístup se zaměřuje na osobní zkušenost jedince, kultury a socializace. Projev zkušeností, kulturních vzorců chování se označují jako kulturní rozdíly. Důležité jsou poznatky z antropologie (původ kultur, sociální vztahy, genderová problematika, fyzické a mentální charakteristiky). Zjištění osobní anamnézy jedince a rozdílnosti kultury snižuje riziko vzniku konfliktů. Generalizace kultury a zjišťování společných a odlišných znaků, kdy může dojít k vynechání osobní historie jednotlivce, může být problematické a vést k předsudkům a stereotypům (Tóthová, 2012; Kutnohorská, 2013).

„V transkulturním pojetí ošetřovatelství je základním obecným cílem vzdělávání připravit budoucího zdravotnického pracovníka na poskytování kulturně vhodné péče“. (Špirudová, 2006 s. 183).

2.1 Metaparadigmatická koncepce ošetrovatelství dle Madeline Leiningerové

„V ošetrovatelství poskytuje konceptuální model směr pro praxi, vzdělávání a výzkum. Vyjadřuje všeobecné představy o jednotlivcích, skupinách, situacích a jevech, jež jsou z pohledu vědní disciplíny zajímavé“. (Plevová, 2011 s. 131).

Madeline Leiningerová, americká profesorka ošetrovatelství. Zakladatelka akademického oboru transkulturní ošetrovatelství. Její teorie byla první ošetrovatelskou teorií, zaměřenou na významu kultury v práci zdravotní sestry. Klienti pocházející z různých kultur vnímají zdraví, nemoc, péči, terapii, závislost a nezávislost odlišně. Vychází z ošetrovatelství a antropologie (Špirudová, 2004; Andrews, 2012; Kutnohorská, 2013).

Transkulturní ošetrovatelství je dle M.Leiningerové humanistický teoreticko-praktický vědní obor, zabývající se jak odlišnostmi, tak podobnostmi mezi kulturami. V péči o zdraví a nemoc přihlíží ke kulturním hodnotám a zvyklostem daného jedince nebo skupiny a klade důraz na holistický přístup k pacientovi (Andrews, 2012; Kutnohorská, 2013).

Její model vycházejícího slunce je založen na konceptu kulturní péče a poukazuje na hlavní ošetrovatelské metody, které vedou k poskytnutí kulturně shodné péče. Transkulturní péče pomáhá sestřám komunikovat efektivněji. M.Leiningerová popisuje dva typy poskytované péče klientům, které nazývá tradiční a profesionální (Andrews, 2012; Kutnohorská, 2013).

Tradiční systém péče poskytují příslušníci subkultury. Říká se mu také laický či lidový systém péče. Tradiční systém péče čerpá z naučených a převzatých poznatků, které se využívají při zabezpečení a podpoře činnosti jedinců, skupin, komunit. Zmíněný systém péče je značně ovlivněn historií kultury a výchovou (www.zdravi.euro.cz).

Profesionální systém péče je formálně naučená profesionální péče. Jde o systém péče, který převládá v profesionálních institucích. Je prezentován majoritní skupinou obyvatelstva v dané kultuře (www.zdravi.euro.cz).

Zdraví je dle M. Leiningerové stav pohody, který odráží schopnost jedince či skupiny vykonávat každodenní činnosti kulturně vyjádřenými a vzorovými způsoby (Andrews, 2012; Kutnohorská, 2013).

Ošetřovatelství popsala jako profesní a vědní disciplínu poskytující péči osobám různých kultur. Typ péče má být dle Leiningerové shodný s kulturou pacienta, aby se předešlo konfliktům mezi poskytovatelem péče a příjemcem. Péče je centrem ošetřovatelských aktivit (Andrews, 2012; Kutnohorská, 2013). Schéma modelu je součástí Přílohy 2.

2.2 Model kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče Joyce Newman Giger a Ruth Davidhizar

Model byl vytvořen v roce 1988 pro potřeby studentů ošetřovatelství a navazuje na model M. Leiningerové. Zaměřuje se dále na rovinu transkulturního ošetřovatelství – hodnocení stavu potřeb pacienta a ošetřovatelské intervence. Zefektivňuje ošetřovatelskou péči díky urychlení kulturně ohleduplného hodnocení stavu potřeb v ošetřovatelském procese. Vychází z potřeb sester, kdy je nutné průběžně hodnotit kulturní proměnné a jejich vlivy na chování ve zdraví a nemoci. Člověk je kulturní a jedinečná bytost. Sestra hodnotí šest kulturních fenoménů (komunikace, interpersonální prostor, sociální začlenění, čas, vliv prostředí a výchovy a biologické odlišnosti). Komunikace zahrnuje verbální a neverbální oblast. Právě komunikací se učíme kultuře. Komunikace bývá překážkou při ošetřování pacientů. Interpersonální prostor zahrnuje zóny (intimní, osobní, sociální a veřejná). Nedostatek respektu k zónám intimní a osobní může být příčinou odmítnutí léčby. Sociální začlenění se týká hodnot, víry, náboženství, plnění rolí. Čas ukazuje, že kulturní skupiny mohou být orientovány spíše na minulost nebo přítomnost nebo budoucnost. Vliv prostředí a výchovy zahrnuje ve zdraví víru ve vnitřní nebo vnější síly. Biologická odlišnost znamená odlišnosti mezi lidskými rasami. Například rozdílnost metabolismu léků v organismu. Například Afroameričané mají tendenci užívat vyšší dávky betablokátorů než

například čínští muži, kterým stačí poloviční dávka. Schéma modelu je součástí Přílohy č. 3 (Špirudová, 2006; Podrazilová, 2016).

3. Národnostní menšiny v České republice

V České republice je národnostní menšina definována zákonem č. 273/2001 Sb., § 2: „*Národnostní menšina je společenství občanů České republiky žijících na území současné České republiky, kteří se odlišují od ostatních občanů zpravidla etnickým původem, jazykem, kulturou, tradicemi, tvoří početnou menšinu obyvatelstva a zároveň projevují vůli být považováni za národnostní menšinu za účelem společného úsilí o zachování a rozvoj vlastní svébytnosti, jazyk a kultury. Příslušníkem národnostní menšiny je občan České republiky, který se hlásí k jiné než české národnosti a projevuje přání být považován za příslušníka národnostní menšiny spolu s dalšími, kteří se hlásí ke stejné národnosti*“ (Kukla, 2016 s. 308).

Ze zákona jsou patrné základní charakteristiky národnostních menšin. Národnostní menšina je skupina občanů České republiky, liší se od majoritní společnosti počtem, jazykem, kulturou, původem a tradicemi. Mají společné úsilí o zachování a rozvoji svébytnosti. Národnostní menšina souvisí s historií České republiky (Ivanová, 2005).

Dle zákona 273/2001 jsou státem uznány tyto národnostní menšiny: běloruská, bulharská, chorvatská, maďarská, německá, polská, romská, rusínská, ruská, řecká, srbská, ukrajinská, vietnamská. Počet jednotlivých menšin žijících v ČR je popsán v Příloze 1 (www.vlada.cz).

Jedná se o národnostní menšiny, které se historicky vytvořily. Zmíněné menšiny mají své zástupce v Radě pro národnostní menšiny. Což je poradní iniciativní orgán vlády České republiky od roku 2001. Rada má dohromady 30 členů. V čele je člen vlády a dva místopředsedové. Mezi další členy Rady patří zástupci některých ministerstev. Konkrétně Ministerstvo financí, Ministerstvo spravedlnosti, Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, Ministerstvo vnitra, Ministerstvo zahraničních věcí. Národnostní menšiny tak zakládají různé spolky,

kteře jsou částečně financované ze státního rozpočtu (www.osobnostnirozvojpedagoga.cz).

V následující kapitole č. 4 jsou popsány základy specifické péče o vybrané národnostní menšiny (romská, ukrajinská, vietnamská). A péče o vybrané náboženské menšiny (judaismus, islám, pravoslavní – v kapitole o Ukrajincích a svědkové Jehovovi).

4. Specifika péče o vybrané národnostní a náboženské minority v ČR

Zdravotnický pracovník sbírá u pacientů anamnézu a mezi údaje, které potřebuje získat patří jazyk, náboženství, model rodiny, způsoby stravování, názory na zdraví. U pacienta cizince zjišťuje, zda se jedná o utečence, přistěhovalce či potomka přistěhovalců. (Ivanová, 2005).

Pacient vnímá priority svých potřeb mnohdy odlišně než zdravotnický personál, který o ně pečuje. Spirituální potřeby mohou u některých pacientů v určité fázi nemoci být přednější než potřeby biologické. Je na zdravotníkovi, aby získal informace o pacientovi a pomohl mu v oblasti uspokojování právě spirituálních potřeb (Ivanová, 2005). V praktické části je zjišťována úroveň vědomostí u žáků SZŠ a studentů VOŠZ také ohledně náboženských menšin v ČR.

V ošetřovatelství se vychází z holismu a kvalitní péče je ta, která je individualizovaná potřebám pacientům. To je nutné v praxi uplatňovat také u pacientů odlišné kultury, etnika, náboženství. K tomu je potřeba znát aktuální zdravotní stav klienta a odlišnosti kultury klienta. Dle Lukáše Kobery 2008, právě vědomosti a vzdělání související s odlišnou kulturou jsou nedostačující u zdravotnických pracovníků. Nedostatek znalostí ohledně specifik potřeb pacienta v ošetřovatelské péči mnohdy vede ke konfliktům a nepřijetí nabízené péče (Špirudová, 2004; Kober, 2008 Ptáček, 2014).

4.1 Romové

Slovo Rom zahrnuje souhrnné označení etnických skupin, které mají stejný původ, kulturní rysy a osobité charakteristiky. Romové mají původ v Indii. První státy, které osídlili byla Arábie a Egypt. Střední Evropu osídlili ve 13. století a naše území ve 14. století (především ve Španělsku, Portugalsku, Francii, Německu, Rusku, Rumunsku a Maďarsku). Romové žijí různě na všech kontinentech, nejvíce v Evropě, a to v počtu 10 – 15 milionů. Věnovali se řemeslům jako je kovářství, košíkářství, nožířství, řetězářství, řeznictví apod.) (Ivanová, 2005).

Lze srovnávat modely chování Romů a Indů, ale je třeba zohlednit fakt, že Romové již nežijí v Indii. V indické společnosti se uplatňuje kastovní systém, který je možné sledovat dodnes u romských subetnických skupin, například u olašských Romů a jejich postoji k tradičně usedlým slovenským Romům (Kukla, 2016).

Po 2. světové válce kvůli osudu holocaustu zmizela skupina Romů česko-moravských a německých a na české území se nastěhovali slovenští Romové. Osud romského etnika je zajímavý. Mnoho mladých Romů žijících od dětství na území České republiky ani nechtějí uvěřit, že jejich předci kočovali. Zákaz kočování byl u nás ustanoven v roce 1959. (Ivanová, 2005).

Romové se dělí do několika etnických skupin. Obecně se užívají tři způsoby dělení, a to vnitřní neboli romské, vnější a odborné z hlediska etnicko-jazykového.

- **Vnitřní neboli romské dělení:**

Romové se dělí dle vykonávání profesí s kterou je spojen společenský statut. Nejlepší postavení mívali hudebníci. Dále se dělí do skupin dle místa bydliště na městské a venkovské. Mezi sebou se Romové ještě dělí na čisté neboli zuže Roma a špinavé neboli degeše Romy. Špinavý Romové jsou ti, kteří jedí koňské maso, ohřívají jídla nebo porušili skupinovou endogamii.

- **Vnější dělení:**

Jedná se o dělení dle způsobu chování, odívání i barvy pleti.

- **Dělení odborné z hlediska jazykově etnického.**

Romština je jazyk, kterým hovoří většina Romů na celém světě a dělí se do tří dialektických skupin – balkánsko-karpatsko-baltská, grubertsko-amharsko-čerharská, kalderšsko-lovárská (Ivanová, 2005).

Nejvyšší hodnotou Romů je život. Pokud je Rom vážně zraněn a hrozí, že zůstane invalidní, reakce Romů je: „*Hlavně, že žije*“. Romové žijí především přítomností. Další významnou hodnotou Romů je rodina. Zaměření na rodinu je pro Roma důležitější než na práci. To způsobuje rozdíly mezi českou a romskou populací. Není snad jiného národa s tak velmi silnými rodovými vazbami. Tradiční romská rodina se svou strukturou a velikostí liší od té české. Romská rodina je patriarchální, velmi sociálně závislá na mnoha členech rodiny. Vzájemná pomoc a podpora je samozřejmostí romské rodiny. Vyhánění z rodiny je tím největším trestem pro Roma, dochází tak ke ztrátě sociální a lidské jistoty. Muž je hlavou rodiny, nese za rodinu odpovědnost a rozhoduje o ní. Žena má na starosti výchovu dětí a chod rodiny. Malé děti nejsou vedeny k samostatnosti, je zde patrná přílišná péče o ně. Pro romskou rodinu je nemyslitelné dát děti do dětského domova a rodiče do domova pro seniory. V rodině se uplatňuje úcta k rodičům a prarodičům. Vyšší věk je i známkou vyššího postavení (Špirudová, 2004; Ivanová, 2005).

Příprava jídla je rituálem a jsou dána pravidla. Nádobí se nesmí používat k jiným účelům než k vaření. Nedožedené jídlo se vyhazuje, odmítají ohřívané jídlo. Dávají přednost masu, tučnému jídlu a kávě v jídelníčku. Z výzkumu o stravování uvedeném v publikaci od Tóthové (2012) vyplývá, že z 80 % preferují maso (kuřecí a vepřové), nedávají přednost stravování v restauraci (62 %) (Tóthová, 2012, s. 28).

Děti jsou vychovávány a učí se v rodině celý život, rodí se s úctou. U romského etnika přetrvávají dohodnuté sňatky. Školní vzdělání nepovažují za důležitou hodnotu. Přejí si ale být moudří. Například, pokud získá vzdělání Olašský Rom, může se rodině odcizit. Typická je ve výchově kolektivnost. O dítě

pečuje široké příbuzenstvo. Postoj rodičů romské kultury je podobný postoji indických rodičů než rodičů ze západní kultury (Ivanová, 2005; Kukla, 2016).

Náboženství a víra jsou způsobem života pro Romy. Čeští Romové se hlásí k římskokatolické církvi. Je zde typické spojení mezi náboženstvím a vlastními pověrami pocházející z Indie (Ivanová, 2005).

Romské etnikum popisuje Čechy jako citově chladné, vypočítavé, nadřazené a rasistické. A naopak Češi připisují Romům vlastnosti jako hlučnost, nevzdělanost, agresivita, kriminalita a špatná pracovní morálka (Špirudová, 2004).

4.1.1 Specifika péče o romskou minoritu

V porovnání s českou populací se Romové dožívají nižší střední délky života: ženy 59, 5 let (české ženy 75, 4 let), muži 55, 3 let (čeští muži 67, 8 let) (Zeleníková, 2014).

Ve zdravotní problematice romské menšiny přetrvává vysoká porodnost, vyšší kojenecká úmrtnost, neznalost zdravého životního stylu, nedostatečné hygienické podmínky, stravovací zvyklosti. Mezi zdravotní problémy Romů řadíme především obezitu, vady chrupu, hypertenzi, hypercholesterolemii, migrénu a u dětí a mladistvých se vyskytují alergie, astma, bolesti hlavy. V porovnání s českou populací je u Romů vyšší výskyt některých infekčních onemocnění a to tuberkulózy, hepatitidy typu A a salmonelózy. Romové jsou silní kuřáci. 60 % Romů nad 16 let denně kouří. S kouřením začínají již před 13. rokem věku (Kukla, 2016).

Zájem o zdraví se většinou dostaví až v případě výskytu příznaků nemoci. O preventivní prohlídky nevěnují dostatečný zájem. Romové jsou orientováni na přítomnost, neplánují do budoucna. Zdraví je hned po lásce a rodině na třetím místě v hodnotovém žebříčku Romů. Zdraví u Romů znamená i sociální zajištění a toleranci ze strany společnosti (Ivanová, 2005; Šlechtová, 2009).

Při ošetřování Romů často dochází k nedůvěře a neochotě spolupracovat, pokud nedostanou informace, které požadují, objevuje se ze strany Roma

i agresivita. Jakmile se vytvoří důvěra mezi Romem a zdravotníkem, projev vděku nezná mezí. Je důležité zachovávat individuální přístup. Často se stává, že požadují informace od nejvyššího představitele kliniky nebo oddělení (Ivanová, 2005; Zeleníková, 2014).

Důležité je, aby Romové pochopili příčinu a průběh onemocnění. Používat výrazy, kterým porozumí. Ověřit si porozumění sdělených informací. Zdravotní stav a zákroky konzultují s rodinou a lékař by měl případně vědět, kterému rodinnému příslušníkovi poskytnout informace (Ivanová, 2005).

Romové jsou obdařeni smyslem pro poznání člověka, intuicí. Umí číst informace z držení těla a pohledu očí. Je-li kritika a pokárání míněna upřímně, nebojí se ji přijmout. Nekritizují člověka, ale problém (Špirudová, 2004).

Romové jsou velmi emotivní, reagují značně na bolest. Prožívají velký strach i v případě, že jejich zdravotní stav není vážný. Při poskytování rad se mohou cítit dotčeně. Mají slabší vůli a trpělivost. Během hospitalizace se cítí nesamostatní, protože jim chybí kontakt s rodinou. Rom dodržuje pokyny zdravotníka ohledně léčby jen do doby, než příznaky onemocnění odezní (Ivanová, 2005).

Během hospitalizace příslušníka romské menšiny je vidět značná starostlivost jeho rodiny. Členové rodiny jsou schopni dlouze čekat až do skončení lékařského výkonu. Ne vždy respektují návštěvní hodiny, přejí si trávit co nejvíce času s hospitalizovaným příbuzným (Špirudová, 2004).

Gynekologické pravidelné prohlídky jsou u Romů spjaty s tajemstvím a jsou také příčinou obav. Proto mnoho gynekologických prohlídek je prováděno u romských žen jen v době těhotenství a porodu. Vhodné je, aby romskou ženu vyšetřovala lékařka a došlo k co největší důvěře (www.ec.europa.eu).

Těhotná žena je pozeňaná a znakem štěstí a dodržuje pravidla na ochraně plodu (vyvarovat se pohledu na postižené, zesnulé ale i například na hady). Těhotné Romky dříve rodily doma, nyní pro porod volí porodnice, kde jim

ovšem chybí podpora rodiny. Dle výzkumu Tóthové souhlasí s porodem ve zdravotnickém zařízení 75 % respondentů, 28 % by rádo možnost porodu doma se zdravotníkem. Může se stát, že rodina tráví čas v okolí porodnice. Pokud je Rom či Romka hospitalizována, je typické, že má celá rodina starost (Ivanová, 2005; Tóthová, 2012).

Romské ženy rodí v nízkém věku. 6 % rodiček je ve věkovém rozmezí mezi 14. – 16. rokem a 19 % rodiček je ve věku 16let. Duševně ani tělesně ještě nejsou vyspělé. Dle výzkumu Tóthové považuje jen 18 % účastníků výzkumu antikoncepci za nedoporučenou (Špirudová, 2004; Tóthová, 2012 s. 29).

Víra v ducha u Romů je stále značně silná. Dbají na pohřební rituály. Dle výzkumu Tóthové věří v posmrtný život 33 % respondentů, 25 % respondentů v reinkarnaci, pouze 23 % respondentů požaduje zvláštní péči o zemřelého (Tóthová, 2012, s. 30).

4.2 Ukrajinci

Ukrajinská republika je samostatným státem od roku 1991 v jihovýchodní Evropě. Je druhým největším státem Evropy. Úředním jazykem je slovanský jazyk ukrajinština. Počet obyvatel je 45,5 milionu obyvatel. Obyvatelstvo je složeno ze 77, 8 % Ukrajinců, 17, 3 % Rusů, 0,6 % Bělorusů, 0, 5 % Moldavanů, 0, 4 % Bulharů. Na Ukrajině se lidé hlásí nejvíce k pravoslavné církvi, dále v západní části k římskokatolické a řeckokatolické církvi a na jihu (hlavně na Krymu) k islámu. (www.mzv.cz).

Pravoslavná církev byla v České republice registrována 7.1.2002. Je vydáván časopis pod názvem Hlas pravoslaví. Pravoslavná církev se řídí podle juliánského kalendáře, který je posunut o 13 dní (Tóthová, 2012).

V České republice je Ukrajinskou iniciativou vydáván časopis pod názvem Porohy a sdružením Ruta je vydáván časopis Ukrajinský žurnál. Dále dvoměsíčník Ostravská prosvita a občasník Ukrajinskyj visnyk (Šišková, 2008).

Migrace ukrajinského obyvatelstva nejen do České republiky vždy byla, je a bude. Jsou různé odhady počtu Ukrajinců žijících v zahraničí, odhad se pohybuje mezi 7 a 20 miliony osob. Stěhování Ukrajinců vede k poklesu obyvatelstva na Ukrajině i skladbě rodiny. Ukrajínští muži migrují kvůli práci do zahraničí a část výplaty zasílají své rodině domů na Ukrajinu. Postupně za prací odchází i ženy a péči o jejich děti přebírají na Ukrajině prarodiče. Jakmile dosáhnou ekonomické stability, přivedou i své děti. Většina dělníků má ukončené středoškolské vzdělání, ale i vysokoškolské. Postupně dochází k uznávání kvalifikace (Šišková, 2008; Tollarová, 2013; Zeleníková, 2014).

Ukrajinci spolu se Slováky tvoří největší národnostní menšinu v České republice. Ukrajinci žijí především v Praze, Karlových Varech, Děčíně, Brně, Přerově a Ostravě. (Kutnohorská, 2013; Tollarová, 2013) Počet Ukrajinců ke konci roku 2016 je popsán v Příloze 1.

Ukrajinská kultura je spojena s křesťanskými tradicemi, vliv Ruska je také stále značný. V porovnání s českým národem vykazují Ukrajinci vyšší míru religionizity a národní hrdosti. Ukrajinská a ruská kuchyně jsou si podobné. Jídelníček se skládá hlavně z ryb, drůbeže, zvěřiny, hub, lesních plodů, medu, obilovin, polévek a omáček dle sezónní úrody, kvasu, piva ale i vodky. Nepreferují stravování v restauracích (Tóthová, 2012; Kutnohorská, 2013; Zeleníková, 2014).

Není zvykem, aby muž jako první podával ženě ruku. Host vždy přináší dar hostiteli. Nesluší se odmítnout nabízený nápoj (Tóthová, 2012).

Ukrajinské zdravotnictví je na nízké úrovni. Před hospitalizací pacient obdrží seznam pomůcek a věcí, které si musí opatřit. Jedná se například o prostěradlo, obvazy, injekční stříkačky (Ivanová, 2005).

Kvůli sociálním a ekonomickým poměrům na Ukrajině klesá počet dětí v rodině. Antikoncepce je finančně nedostupná. Nechtěná těhotenství se často z těchto důvodů ukončují i ve vyšším stádiu těhotenství (Ivanová, 2005; Zeleníková, 2014).

4. 2.1 Specifika péče o ukrajinskou minoritu

Ukrajínští pacienti jsou ukáznění, skromní. Neprojevují se příliš emocionálně. Jsou velmi ochotni přizpůsobit se nemocničnímu režimu. K potížím dochází při komunikaci pro neznalost českého jazyka. Rodinní příslušníci hospitalizovaného příbuzného příliš často nenavštěvují, protože nejsou v České republice přítomni. Problémem bývá také pojištění Ukrajinců (Ivanová, 2005; Zeleníková, 2014).

Při pozdravu si muži podávají ruce, ženy si ruce nepodávají. V komunikaci se rozlišuje tykání a vykání. Není zvykem při běžné komunikaci používat akademické tituly. Ukrajinci mají ve zvyku říct, co si myslí, jsou přímočaří. Bývají nedochvilní, pro schůzky uvádějí většinou přibližný čas. Dotek ruky a ramene je v komunikaci přípustný. Bolestivé výkony snáší trpělivě (Kutnohorská, 2013; Zeleníková, 2014).

Dle pravoslavného náboženství patří půst k ukrajinské kultuře. Velký půst, který trvá 7 týdnů před Velikonocemi, dále od svátku svaté Trojice do svátku svatého Petra v létě a trvá 3-6 týdnů, Spasovský půst, který trvá 2 týdny, Filipovský půst, který trvá 6 týdnů (od poloviny listopadu do Narození Páně). Osoba dodržující půst odmítá živočišné bílkoviny a tuky. Je vhodné klientovi nabídnout vegetariánskou dietu. Postními dny jsou středa a pátek. Tóthová (2012) se tázala ukrajinských pacientů na dodržování půstu během hospitalizace a 19 % z nich uvedlo, že by půst dodržovalo i v nemocnici, 30 % neví a 51 % odpovědělo ne. I přes možnost nedodržování půstu v nemoci, jsou jedinci, kteří půst zásadně dodržují. (Tóthová, 2012).

Narození dítěte je významnou událostí. Důležitým momentem je pokřtění dítěte. Dokud dítě není pokřtěno je náchylné k onemocnění. Při křtu je dítě ponořeno do svčené vody a obdrží řetízek s křížkem (Tóthová, 2012).

Přejí si být na blízku umírajícím členu rodiny. Po úmrtí je zvykem vystavit tělo v otevřené rakvi. Rodina a blízcí mrtvého se tak mohou se zesnulým rozloučit. Není zde požadavek k pochování zesnulého do 24 hodin. Rodina se

vrací k hrobu 9 dní po pohřbu, poté po 40 dnech a po roce. Pozůstalí nosí na hrob květiny, svíčky, potraviny a sklenici vody - věří, že duše z ní upijí (Tóthová, 2012).

Tóthová (2012) zjišťovala u ukrajinských pacientů čas, který tráví denně pro duchovní potřeby. Z celkového počtu 554 odpovědělo méně než 15 minut 69 % respondentů. Možnost odpovědi 15 – 30 minut odpovědělo 15 % respondentů, 30 – 60 minut se věnuje duchovním potřebám 10 % respondentů, 1-2 hodiny denně 4 % respondentů a více než 2 hodiny denně odpovědělo 2 % respondentů. Dále 82 % respondentů by uvítalo možnost duchovního v době hospitalizace (Tóthová, 2012).

4.3 Židé

Židé jsou národem, který je nositelem židovského monoteistického náboženství. Židovství neboli judaismus je nejstarší monoteistické náboženství. Židé jsou rozptýleni po celém světě, jejich vlastí je Izrael, z které byli třikrát vyhnáni. Nejpočetnější skupina Židů žije ve Spojených státech amerických, dále v Izraeli a dále v ostatních státech. (www.fzo.cz)

Podle internetové stránky www.vlada.cz: „*nejsou Židé národnostní menšinou, ale náboženským a kulturním hnutím*“. Dle Federace židovských obcí žije v ČR 15 – 20 000 Židů, avšak většina není registrována (www.vlada.cz).

Žid je jedinec, který se narodí židovské matce nebo ten, kdo přijme židovství dle ortodoxní normy. Synagoga stojí v centru židovského života. Náboženský představitel se nazývá rabín. Hebrejská bible je Tóra. Židovství obsahuje 613 příkazů a zákazů, které nesou název micva. V židovství se rozlišují několik směrů: nejpřísnější ortodoxní, konzervativní, liberální. Denní život ortodoxního Žida je dán ranní, odpolední a večerní modlitbou. Hodnoty a způsob života je dán Tórou a jednotlivými příkazy (Ivanová, 2005; Spigel, 2007; Zeleníková, 2014).

Šabat (od pátečního do sobotního západu slunce) je dnem odpočinku. O šabat je zakázáno pracovat, vařit, manipulovat s financemi, používat dopravní prostředky. Nesmí se vykonávat činnost, která zasahuje do běhu světa. Na šabat se

neplánují lékařské a chirurgické výkony, provádí se pouze výkony v akutním případě k záchraně života. Šabat je ukončen obřadem zvaný *havdala* (Ivanová, 2005; Spigel, 2007; Zeleníková, 2014).

Všichni chlapci 8. den po narození podstupují obřízku. Pokud to není ze zdravotního hlediska možné, počká se vhodnou chvílí k provedení obřízky. Lékař provádějící obřízku se nazývá Mohel. Chlapci je v době rituální obřízky dáno jméno. Dívkám je jméno dáno většinou první sobotu po narození v synagoze (Ivanová, 2005; Spigel, 2007; Zeleníková, 2014).

Dle internetového článku Zdravotnických novin býval v Praze mohel, ale nyní si zájemci musí mohela objednat z Německa, Rakouska či Británie. V běžném zdravotnickém zařízení se obřízka nepokládá za rituální. (www.zdravi.euro.cz)

Po dosažení 13 let věku se chlapci stávají právoplatnými členy synagogální obce. Stává se z něj bar micva (syn přikázání). Obdobný obřad podstupují i děvčata, stávají se bat micva ve věku 12 let. V publikaci od Tóthové (2012) židé uvádějí, že nemají zvláštní přání/specifika v péči o děti vyjma obřízky, bar micva a bat micva. (Ivanová, 2005; Spigel, 2007; Tóthová, 2012; Zeleníková, 2014).

Desatero (právně-náboženské zásady a mravní principy) dává základ uspořádání vztahů ve společnosti. Rodina je patriarchální. Židovskou micvou je mít minimálně dvě děti (Ivanová, 2005; Spigel, 2007; Zeleníková, 2014).

V České republice působí Federace židovských obcí, od roku 2000 Židovská liberální unie (Tóthová, 2012). Židovská obec pořádá i semináře pro pedagogy (www.zob.cz).

4.3.1 Specifika péče o židovskou minoritu

Dle židovského zákona má Žid vyhledat v případě nemoci kvalifikovanou lékařskou péči. Je zde několik modliteb za nemocné. Užívání léků, transfúze, vakcinace, biopsie a amputace je povolena. Ortodoxní Židé odmítají transplantát.

Navštěvování pacientů je příkazem. Nemocný člověk nemá být v nemoci a smrti opuštěn. Židé si velmi váží zdraví a života, zdravotnickým pracovníkům vychází vstříc (Ivanová, 2005; Zeleníková, 2014).

Po probuzení a toaletě je povinné omytí rukou bez prstenů. Mikve je rituální lázeň. Mikve slouží k očistě žen po menstruaci, porodu a k očistě u nových konvertitů k židovství (Ivanová, 2005; Zeleníková, 2014). Dnes jsou v České republice k očištné lázni přístupné 2 mikve – v Praze v sousedství Pinkasovy synagogy a v Brně v domě na Třídě Kpt. Jaroše (www.joseph1699.cz).

Židé dodržují přísné předpisy ohledně stravování. Košer má význam duchovní čistoty i když hygienická čistota byla z lékařského hlediska zdůvodněna. Košer dieta má za úkol tělo nejen živit a dodat síly, ale především podporovat tělesnou a duševní čistotu. Pravidla košer stravování se nazývá *kašrut*. Židé jí maso rituálně zabitého zvířete (zbaveno krve, ve které sídlí duše) (Spigel, 2007; Tóthová, 2012).

Nepřípustné je jíst vepřové a koňské maso, velbloudí maso, kaviár, ryby bez šupin a ploutví, mušle, plazi. Z ptáků je povolena drůbež a zákaz konzumace platí pro dravce. Je zajímavé, že dle výzkumu Tóthové 9 % respondentů uvedlo, že preferuje vepřové maso. Není dovoleno jíst maso spolu s mléčnými výrobky. Po konzumaci masa je nutné dodržet šestihodinovou pauzu pro konzumaci mléčného produktu, naopak se dodržuje hodinová pauza. V židovské kuchyni je i oddělené nádobí pro maso a mléčné výrobky, myjí se oddělené. Neutrální potraviny (*parve*) – vejcem ovoce, zelenina, salát a brambory je možné přikládat k masu i mléčným výrobkům. Rodina často svým příbuzným přináší do nemocnice jídlo z domova (Spigel, 2007; Tóthová, 2012).

Antikoncepce je povolena. Potrat je povolen pouze z důvodu ohrožení zdraví matky. Plod je chápán jako lidská bytost. Asistovaná reprodukce je povolena pouze za určitých okolností (Ivanová 2005; Tóthová, 2012 s.130; Zeleníková, 2014).

Dle víry je tělo darem od Boha a je nutné jej vrátit do země, a to vyžaduje i pohřbení odebraného orgánu nebo amputované části těla. Pitva je omezena jen na nezbytné úkony a upřednostňují jehlovou biopsii. Tělo zemřelého (ale i plodu) je rituálně omyto a ovinuto bílým rouchem. Po omytí se vyžaduje provést pohřeb co nejdříve, a to v den úmrtí případně den následující (pokud nenásleduje šabat). Vystavení těla je neúčta k zemřelému. Kremaci židovské právo odmítá, je možná pouze u liberálních Židů. Dle výzkumu Tóthové vyžaduje zvláštní péči o zemřelého 28 % dotazovaných a 53 % se vyjádřilo jako nevím, 9 % nesouhlasí. S pohřbem do 24 hodin souhlasí 30 %. A 50 % dotazovaných si přeje, aby se v případě úmrtí postarala náboženská obec. Eutanázie je nepřípustná a pokládána za vraždu (Ivanová 2005; Tóthová, 2012 s.130; Zeleníková, 2014).

4.4 Islám

Islám je nejmladším a přísně monoteistickým náboženstvím, které vzniklo v 7. století našeho letopočtu. Jedná se o druhé nejrozšířenější náboženství. Muslimové věří v boha Alláha. Proroku Muhammadovi bylo sděleno slovo Alláhovo na hoře Hira. Posvátnou knihou je Korán, který obsahuje 114 súr. Osoba vyznávající Islám je muslim. Pátek je považován za sváteční den. Mekka a Medina jsou nejsvatější místa. Islám udává životní styl muslimů, nejedná se jen o víru. Islám nemá církev. Celosvětová komunita vyznavačů islámu je umma (Ivanová, 2005; Zeleníková, 2014; Černý, 2015).

Muslimové plní pět pilířů víry jako základní povinnosti vůči Alláhovi: vyznání víry (šaháda), modlitba 5x denně (*salát*), povinná almužna jako náboženská daň (*zakát*), půst během posvátného měsíce ramadánu (*saum, sijám*), pouť do Mekky (*hadždž*). Modlitba je velmi důležitá pro muslimy. 99 % dotazovaných muslimů potřebuje vymezený čas pro modlitbu, 43 % dochází denně do modlitebny a 25 % dochází několikrát do týdne do mešity (Tóthová, 2012, s. 158; Hájek, 2016).

Věřící provádí modlitbu (*salát*) pětkrát denně. (při úsvitu, v poledne, odpoledne, při západu slunce a večer). Modlíci se muslim je otočen směrem k Mekce. K modlení musí být muslim rituálně omyt – omytí rukou, předloktí, obličeje, uší a nohou. Náhradní očista se nazývá *Al-Tajumum* a muslim k očistě použije písek, zeminu nebo čistou látku a postup je stejný jako při očistě vodou.

Během modlitby se muslim postaví, hluboce se pokloní, dotkne se čelem země, klekne si a sedí na patách, ke konci se znovu dotkne čelem země a vstane. Děti se učí modlitbám přibližně od sedmi let a povinnost modlit se začíná pubertou (Ivanová, 2005; Kutnohorská, 2013; Hájek, 2016).

Podle islámského kalendáře je ramadán devátým měsícem. Trvá 28–30 dní. V období ramadánu fyzicky a psychicky zdravý muslim dodržuje půst od východu do západu slunce – muslim v té době nesmí jíst, pít, kouřit a mít pohlavní styk. Půst má spirituální význam, prohlubuje vztah muslima k Alláhovi. Během ramadánu dochází k očistě těla a duše a prostřednictvím půstu muslim dosahuje odpuštění za hříchy. Po západu slunce se má muslim stravovat střídavě. Půst nemusí dodržovat lidé nemocní, staří a slabí, těhotné a kojící ženy, menstrující ženy, děti před dosažením puberty, mentálně nemocní lidé, cestující dále než 50 km pěšky nebo s využitím pomalého prostředku jako je velbloud (Hájek, 2016).

K Islámu se celosvětově hlásí 1,6 miliard světové populace. Dle českého statistického úřadu se v roce 2011 hlásilo k islámu 1 921 obyvatel České republiky a k Ústředí muslimských obcí 1 437 obyvatel. Do České republiky přijíždí lázeňská klientela z arabských států (Kutnohorská, 2013; Zeleníková, 2014).

4.4.1 Specifika péče o muslimského pacienta

Islám praví, že smrt a život, nemoc a zdraví jsou vůle boží. Na druhou stranu muslimům jsou dány příkazy k prevenci nemoci a léčbě nemocných. Mezi tato preventivní opatření patří čistota (omývaní před modlitbami, po intimním styku, ženy po menstruaci a období šestinedělí), čistota zubů (více než 1x denně) a střídmost (je striktně zakázané požívat cokoli, co má negativní dopad na zdraví – drogy, alkohol). Před modlitbou se provádí rituální očista (*Al wudu*), rituálním mytím se odstraňují nečistoty dvojího druhu. Těžké – po pohlavním styku, menstruaci, porodu, šestinedělí a lehké – po dotknutí se nečisté věci, po toaletě, spánku, omdlení, smrti. Běžná hygienická péče nemůže nahradit rituální očistu. K rituální očistě je zapotřebí tekoucí voda, pořadí očisty těla (ruce, ústa, nos, obličej, předloktí, přetření hlavy mokřými dlaněmi, ušní boltce, nohy po kotník)

a záměr očisty. Není povoleno se dotýkat modlitebních předmětů (Korán, verše z koránu, amulet, řetízek, koberec) (Ivanová, 2005; Velkoborská, 2009; Hájek, 2016).

Muži považují za intimní oblast těla oblast od pupku po kolena. Muslimského pacienta by měl vyšetřovat lékař. U žen se jedná o oblast od krku po kolena. Islám popisuje přísná pravidla ohledně kontaktu mezi mužem a ženou. Vyšetření žen muslimek by měla provádět lékařka. Dle výzkumu Tóthové (2012) 100 % respondentů si přeje péči od zdravotníka stejného pohlaví. V islámské kultuře není nic neobvyklého, že ženu do zdravotnického zařízení doprovází manžel či bratr, žena z rodiny. Muslimské ženy jsou ostýchavé, musí-li se při vyšetření odhalit. Vyšetření lékařem – mužem není u pacientek vhodné. Je velice důležité dodržovat intimitu a soukromí, převládá ostych u gynekologického vyšetření. K pocitům ostychu dochází u mužů i žen, pokud musí se zdravotníkem hovořit o fyziologických funkcích a potřebách – močení, stolice, výtok apod. (Tóthová, 2012 s. 166; Ptáček, 2014).

Islám preferuje sňatky, rozmnožování a plodnost. Schvaluje plánované rodičovství, toleruje antikoncepci. Islám odmítá interrupci. Potrat je povolen jen ve třech důvodech: ohrožení života matky, znásilnění ženy a vážné poškození plodu. K interrupci musí být přistoupeno do 120. dne gravidity, kdy plod ještě od Alláha neobdržel duši. V případě předčasného porodu mrtvého plodu, rodina požaduje pohřeb. Novorozené dítě je nevinné a jako symbolický čin jsou vlasy, které narostly během prenatálního období, oholeny obvykle sedmý den života. (Sheikh, 2004; Hájek, 2016).

V islámu jsou dána pravidla ohledně stravování. Zakázáno je vše, co je nečisté a škodlivé. Islám nepovoluje požívání zdechlin, krve zvířat, vepřové, požívání oslího masa, dravé zvěře se špičáky, dravých ptáků, maso zasvěcené jinému bohu. Zvíře je poraženo způsobem zvaným halal a to tak, že se podříznou krční tepny a průdušnice. Někteří pacienti dodržují půst i během hospitalizace (43 % souhlasí). Není neobvyklé, že rodina přináší jídlo do nemocnice (67 % respondentů souhlasí). 96 % respondentů si během hospitalizace přeje vegetariánskou stravu (Tóthová, 2013 s. 166–167; Hájek, 2016).

Bolesti vyjadřují intenzivněji v porovnání s českými pacienty. V kultuře islámských zemí není nic neobvyklého, že osoba s bolestí dává své negativní projevy velmi najevo (Ptáček, 2014).

V období Ramadánu je vhodné neplánovat chirurgické výkony. Z léčebných důvodů i ortodoxní muslimové porušení půstu přijímají. Je vhodné pacientům nabídnout jinou formu léku, než per os, kapek do očí a nosu, pokud je to možné v průběhu dne. Je možná aplikace do injekce do svalu, do žíly, do kůže, čípky do konečníku a do pochvy a dále krémy, masti, gely a léčebné náplasti (Hájek, 2016).

Tóthová (2012) zjišťovala dodržování půstu u pacientů vyznávající islám a 43 % odpovědělo, že půst dodržuje i během hospitalizace, 54 % nedodržuje a 3 % se vyjádřili jako nevím (Tóthová, 2012).

Umírajícímu muslimovi čte rodina, duchovní nebo člen komunity verše z Koránu. Požadují, aby tvář umírajícího směřovala k Mekce. Po úmrtí by měli být oči a ústa zavřené a tělo rituálně omyto, zabaleno do bílého plátna a pochováno, co nejdříve je to možné. Muslimové si přejí být pochováni do 24 hodin (to preferuje dle výzkumu Tóthové 95 % účastníků výzkumu). Požadavek na specifickou péči o zemřelého uvedlo 96 % dotazovaných. Přejí si péči o zemřelého prostřednictvím rodiny a náboženské obce (98 %). Pitva (i pro anatomické účely) se nepovoluje, k pohřbu má dojít co nejdříve po úmrtí. Muslimové jsou přesvědčeni, že zesnulý cítí bolest. Pokud právo pitvu nařizuje je důležité pitvu urychlit. Muslimové věří v posmrtný život, ale ne reinkarnaci (Tóthová, 2012; Hájek 2016).

Tóthová (2012) položila pacientům vyznávající islám zda by si přáli, aby zdravotníci znali specifika jejich náboženství. Celkem 95 % respondentů se vyjádřilo kladně. (Tóthová, 2012)

4.5 Vietnamci

Vietnam leží v Jihovýchodní Asii, hlavní město je Hanoj. Rozšířeným náboženstvím ve Vietnamu je buddhismus (60 %), taoismus (12 %), konfucianismus (13 %), křesťanství (4 %).

Charakteristická je tělesná konstituce. V porovnání s Evropany jsou nižšího vzrůstu, vlasy jsou černé a rovné. Typické jsou šikmé oční štěrbiny. Většina tělního ochlupení chybí. Jsou štíhlé postavy. Obezitu považují za známku spokojenosti a dobrého socioekonomického postavení. Označení tlustý má význam blahobytný, daří se vám dobře. V posledních letech se zvýšil počet lidí s nadváhou až obezitou ve Vietnamu. To koresponduje s vyřešeným potravinovým problémem a novou společenskou vrstvou bohatých. Svou bohatost majetku dávají najevo tímto způsobem – překrmování dětí (Špirudová, 2004; Ivanová, 2005; Šišková, 2008; Tóthová, 2010).

Vietnamci imigrovali na území dnešní České republiky od roku 1956, přicházeli učni, stážisté a pracovníci. V letech 1990–1991 mnozí Vietnamci nemohli pracovat kvůli rušení závodů a ekonomické transformace, a tak využili příležitosti získání živnostensko listu. Vietnamská menšina má několik organizací, a to Svaz Vietnamců ČR, Svaz vietnamských podnikatelů, Svaz vietnamské mládeže a studentů. Vietnamská komunita má svá školící instituce, kde se děti narozené v České republice doučují vietnamsky a dospělí naopak česky. Mladší generace Vietnamců se liší od starší ve snaze integrace do české společnosti. Objevují se mezigenerační neshody uvnitř komunity. (Tóthová, 2012) Počet Vietnamců ke konci roku 2016 na území ČR je popsán v Příloze 1

Ve vietnamské rodině je hlavou rodiny muž. Hlavním úkolem ženy je chod domácnosti. V nepřítomnosti manžela, žena očekává úctu od svých dětí. Prvorozený syn má právo na rodinné dědictví. Rodinné vazby jsou pevné. Pro Vietnamce je důležitá nezávislost a úspěšnost. V rodině má hlavní slovo otec a nejstarší syn. Vzdělání a úspěšnost má velmi důležitou hodnotu. Od dětí se očekává poslušnost a respekt a úcta k rodičům a starším osobám. Mají v úctě své předky (Tóthová, 2010).

V konverzaci není vhodný přímý oční kontakt. Častý je úsměv a smích ke zmírnění nepříjemné situace, nejistotě a nepochopení. Je vhodné si zpětnou vazbou ověřit, zda porozuměl dané informaci. Potrpí si na dochvilnost. Hlava je ve vietnamské kultuře chápána jako sídlo života, něco posvátného. Dotýkání se hlavy a pohlazení po vlasech je nepřipustné (i u dětí). Dotýkat se mohou jen rodiče. Pokud musí dojít k doteku hlavy pro medicínské vyšetření, je důležité tuto skutečnost vysvětlit a případně požádat o povolení rodiče dítěte. Předměty se podávají oběma rukama – projev úcty. Smrkání je nepřipustné (Gulová, 2008; Ivanová, 2005; Kutnohorská, 2013; Joyce, 2016).

„Je zvykem při podání ruky, podat pravici a levou rukou ji ještě lehce stisknout“. (Mastiliaková, 2007 s. 124).

Hlavní skladbou jídelníčku jsou rýže a nudle. Rýže se nekonzumuje jen jako příloha, ale i hlavní jídlo. Vietnamci dodržují zásady zdravé životosprávy, stravují se střídavě, nepřesolují. Z nápojů preferují teplý čaj a vodu. Odmítají ledové nápoje. Vyhýbají se mléčným produktům. Mají za to, že způsobují střevní problémy. Vietnamská kuchyně používá různé druhy masa – vepřové, kuřecí, králičí, ryby a mořské plody. Ale i pro nás méně obvyklé: žabí, slepičí pařáty, psi, hadí, myší. Při stolování používají vlastní misku a hůlky. Říhání a mlaskání znamená spokojenost s jídlem a vyjádření díky hostiteli (Gulová, 2008; Tóthová, 2012).

4.5.1 Specifika péče o vietnamskou minoritu

Ve zdraví se Vietnamci řídí filozofií sil Jing a Jang. Síly Jing a Jang mají vliv na rovnováhu a harmonii zdraví. Pokud jsou síly Jing a Jang v disharmonii, vyskytne se nemoc. Jang je světlo teplo a sucho a Jing tmu, chlad a vlhko. Více věří a preferují přírodní medicínu. Lékařskou péči vyhledávají až v případě akutních potíží. Nejdříve se spoléhají na domácí léčbu. Lékařů si váží. Důležité je konzultovat zdravotní stav s hlavou rodiny – mužem (Mastiliaková, 2007; Tóthová, 2010).

Tóthová (2010) zjistila, že 65 % respondentů z vietnamské komunity řeší menší zdravotní problémy doma pomocí tradiční asijské medicíny, neví 19 % a nesouhlasí 16 % (Tóthová, 2010).

U Vietnamců je typická stydlivost, především u žen. Proto si přejí být, pokud možno ošetřeny členem rodiny. Snaží se provádět hygienu samostatně. Trpí ostychem i při sběru anamnézy. Je na zdravotnících, aby vysvětlili důležitost získání anamnézy (Tóthová, 2010; Kutnohorská, 2013).

Těhotným ženám je věnována náležitá pozornost. V období těhotenství jsou ženy zodpovědné ohledně životosprávy. Potrpí si na dostatek odpočinku a zdravou stravu. Není-li těhotná žena vyzvána nebo motivována k pravidelným prohlídkám, sama je vyhledávat nebude. Rodičky tiše a trpělivě snášejí porodní bolesti. Sestra by měla nabídnout pohodlí ženě, i když se verbálně velmi nevyjadřují. Preferují přirozený porod před císařským řezem (Tóthová, 2010).

Pokud pociťují bolest, trpělivě ji snáší. Sami o analgetika nepožádají pro obavy z vedlejších účinků léků. Je na zdravotnících, aby rozpoznali bolest a léky nabídli. O depresi se nesevěří sám od sebe. Rodinný člen má snahu pacienta rozveselit. O poruchách zažívání (zácpa, průjem) se svěří až při problémech nebo při přímém dotazu sestry (Tóthová, 2010).

Vietnamci dávají přednost umírání doma před umíráním ve zdravotnickém zařízení. Je kladen větší důraz na kvalitu života než li na délku. O případné pitvě rozhoduje rodina. Uctívají své předky (Tóthová, 2010).

Tóthová (2010) se tázala vietnamských pacientů, zda by měli zdravotníci znát jejich tradice a zvyky. Kladně odpovědělo 46 % dotazovaných, 41 % odpovědělo neví a 13 % zvolilo odpověď ne (Tóthová, 2010).

4. 6 Svědkové Jehovovi

Svědkové Jehovovi se řadí k novým náboženským hnutím. Pochází ze Spojených států amerických, Pensylvánie. Studují Bibli (věří ve Starý a Nový zákon), ale mají svůj vlastní překlad. Podle svědků Jehovových je důležité chápat

Bibli v doslovném významu. Odmítají kult svaté Trojice, věří pouze v Boha Jehovu. Odmítají slavit Vánoce, Velikonoce, narozeniny a jmeniny. Obdarovávají se spontánně bez vazby na některý sváteční den (například narozeniny, jmeniny). Křest pořádají v dospělosti. Vydávají své časopisy – *Probudme se* a *Strážná věž*. V roce 2011 (sčítání lidu) se k této církvi přihlásilo 13 069 obyvatel České republiky (Holland, 2010; Zeleníková, 2014; Nešpor; 2015).

4.6.1 Specifika péče o svědky Jehovovi

Život má pro svědky Jehovovi důležitou hodnotu. Dodržují pravidla k ochraně života. Tabák není povolen, střídání užívání alkoholu ano. Nepraktikují uzdravování vírou. Čtení z Bible je bráno jako duchovně uzdravující zvyk (Zeleníková, 2014).

Eutanázie, umělý potrat, sterilizace a asistovaná reprodukce jsou zakázané. Je to bráno jako zásah do života. Není zde zvláštních požadavků k pohřbu, souhlasí i s kremací – dle místních zvyklostí (Holland, 2010).

Nesouhlasí s darováním orgánů. Pitva je po vážném rozhodnutí povolena. Pro Jehovisty je typické náboženské přesvědčení o krvi v době nemoci. Krev je sídlem duše, proto je transfúze i autotransfúze plné krve neakceptovaná (ani u dětí). Svědkové Jehovovi nosí kartičku s označením „*Žádnou krev*“. Kartička je opatřena úředně ověřeným podpisem. Při odmítnutí lékařského zákroku pacient podepisuje negativní reverz, má právo být informován o alternativní léčbě a dopadu na jeho zdraví. Ale samotnou plazmu, antihemofilické preparáty, albumin, imunoglobulin, fibrinogen a erythropoetin nemají problém přijmout. Záleží ovšem na osobním přesvědčení každého příslušníka. Svědkové Jehovovi nevěří v posmrtný život (Zeleníková, 2014; www.zdravi.euro.cz).

Jehovisté odmítají konzumaci masných produktů, které obsahují krev (tlačenka, jelita). Maso, které nebylo rychle zbavené krve je pro Svědky Jehovovi tabu. Je pro ně nepřijatelné konzumovat maso zvířat, která byla zabita zastřelením bodnutím nebo zardoušením, jestliže nebyla rychle krve zbavena (Braunová, 2009).

5. Multikulturní výchova

Pochopení cizích kultur předchází pochopení a znalost vlastní kultury. Prostřednictvím multikulturní výchovy dochází u žáků také k uvědomění si své vlastní kulturní identity. Multikulturní výchova je snahou vytvářet si respekt k jiné než své vlastní kultuře (www.osobnostnirozvojpedagoga.cz).

Lze také rozlišit výchovu intrakulturní, multikulturní a interkulturní. Cílem intrakulturní výchovy je poznání své vlastní kultury a výchova jedinců ke zdravému patriotismu. Multikulturní výchova představuje žákům různorodost kultur, etnické a kulturní skupiny v české, evropské a světové společnosti. Cílem interkulturní výchovy je mírové soužití, úcta a respekt (Gulová, 2008; Moree, 2008; Banks, 2010).

Pojem multikulturní výchova (Multicultural education) se používá hlavně v anglo – americkém kontextu. Interkulturní výchova (Intercultural education) je používán především v EU. Jinak je vnímána v České republice a jinak v zemích západní Evropy, kde jsou masivnější vlny migrace. Východiskem pro multikulturní výchovu je multikulturalismus. Hlavním cílem je pomoci studentům vytvořit si vědomosti, postoje a dovednosti potřebné k fungování v jejich vlastní kultuře i globálním světě. James Banks jako první přišel s teorií změny školního prostředí. Podstatné je vnímat multikulturní výchovu v celém prostředí, jde především o otevřenost školy. Odlišně by se vyučovala multikulturní výchova v prostředí nelibosti než zvědavosti (Gulová, 2008; Moree, 2008; Banks, 2010).

Multikulturní výchova je zahrnuta ve všech stupních vzdělávací soustavy. Během základního a středního vzdělání je multikulturní výchova součástí průřezového tématu. Na vysoké škole (především humanitně zaměřené obory) je multikulturní výchova povinný, povinně volitelný nebo volitelný předmět (Gulová, 2008; Dolinská, 2010).

Zdrojem multikulturní výchovy je v rovině politické Listina základních práv a svobod a Ústava České republiky. V rovině školství jsou zdrojem

multikulturní výchovy dokumenty – Bílá kniha, Rámcové vzdělávací programy a Školní vzdělávací programy (Gulová, 2008; Dolinská, 2010).

V pedagogickém procesu je třeba myslet na to, že se „*multikulturní přístup prolíná různými vzdělávacími oblastmi a měl by se projevit nejen v realizovaném učivu, ale také v metodách, v klimatu třídy i celé školy*“ (Buryánek, 2006 online).

„*Jedná se o oblast praktické výchovné a vzdělávací činnosti, která se realizuje v osvětově zaměřených projektech, na výstavách, festivalech, v publikacích různých vládních a nevládních organizací národních a mezinárodních, ve školských i mimoškolských zařízeních, v projektech mezinárodní spolupráce.*“ (Gulová, 2008 s. 45).

Multikulturní výchova není konstantní záležitostí a je nutné si průběžně obnovovat informace o různých etnických skupinách. V edukaci (tzv. skrytém kurikulu) je nutné vychovávat mladou generaci k toleranci, empatii vůči všem znevýhodněným skupinám i jednotlivcům. Příchod nové kultury může obohatit i bez ztráty vlastní identity. Zajišťuje přípravu na sociální, politickou a ekonomickou realitu – změny ve společnosti, střet civilizací. Lidstvo nachází a musí nacházet cesty soužití různorodých skupin obyvatelstva. Koncepce klasického multikulturalismu se týká neměnných hranic mezi kulturami a klade důraz na „my“ a „oni“ a výchova poté vede k předsudečnému chování (Ivanová, 2005; Gulová, 2008; Preissová, 2016).

Multikulturní výchovu je možné zařadit do všech předmětů na základní i střední škole. Tvorba školních vzdělávacích programů dala pedagogům jistou volnost a možnost pro její uskutečnění ve výuce. (Preissová, 2012) V další kapitole (5.3) je popsán obor zdravotnický asistent dle RVP a možnosti zařazení multikulturní výchovy. V kapitole (5.4) je popsán obor diplomovaná všeobecná sestra.

5.1 Osobnost pedagoga multikulturní výchovy

Osobnost pedagoga a jeho kompetence je rozhodující pro celý pedagogický proces. Není jednotná definice dobrého učitele. Je zodpovědný za

přípravu, řízení, organizaci a výsledky výchovně vzdělávacího procesu i motivací žáků a studentů. Učitel by měl zjistit vlivy, které na žáky působí i mimo školu. Nejde jen o to, co učitel žákům předává, ale jakým způsobem. Způsob výuky je dán osobními postoji. Postoje jsou ovlivňovány a získávány převážně bezděčně, ale v pedagogickém procesu i záměrně (afektivní cíle ve výuce). Učitel svou osobností působí na žáky. Od učitele se vyžaduje úcta k žákovi. Měl by jít osobním příkladem, v praxi vykonávat to, čemu vyučuje. Učitelé uvádějí, že nejsou odborně a metodicky na realizaci multikulturní výchovy připraveni. Multikulturní výchovu je nutné chápat jako přípravu na sociální, politickou a ekonomickou realitu (Špirudová, 2006; Podlahová, 2007; Moree, 2008; Preissová, 2012).

„V multikulturní výchově nejde o nic méně než o kultivování mezilidských vztahů, zvládnutí konfliktních situací a hledání společných cest. To však znamená, že pokud se to mají naučit žáci, musí s takovým přístupem začít především pedagogové“. (Moree, 2015, s. 179) Ve své předešlé publikaci ale Moree (2008) dodává, že multikulturní výchova má být obsažena v kurikulu tak, aby s ní učitelé souhlasili a měli chuť a možnost s konceptem pracovat. V opačném případě může dojít k ideologizaci, a to je v demokratické škole nežádoucí. Učitel by se měl vnitřně ztotožnit s cíli multikulturní výchovy a velmi záleží na jeho postojích (Moree, 2008).

Aktivizační metody jsou vhodné pro multikulturní výchovu, která vede k toleranci odlišnosti a působí proti rasismu a xenofobii. Bez aktivizačních metod by ani nebylo možné naplnit cíle RVP. Multikulturní výchova má své místo v rámci celoživotního vzdělávání (Preissová, 2012).

Špirudová (2006) doporučuje pro realizaci výuky multikulturního ošetřovatelství následující metody: metody slovní (přednáška, vyprávění, instruktáž, rozhovor), metodu práci s učebnicí, názorně demonstrační metodu (například komunikace s pacientem), inscenační metody (hraní rolí – komunikace s příslušníkem cizojazyčného etnika), brainstorming, analýza případů (case study), myšlenkové mapy, pětilístek, I.N.S.E.R.T., T-graf. (Špirudová, 2006).

Moree (2008) rozděluje učitele multikulturní výchovy na misionáře, údržbáře a úředníky. Misionáři často využívají multikulturní výchovu ve svých hodinách. Většinou mívají zkušenosti ze zahraničí či s některou etnickou, národnostní menšinou. Jejich cílem je také naučit žáky kriticky myslet. Vedou se žáky diskuze. Další skupinou pedagogů jsou tzv. údržbáři. Údržbáři jsou zkušení s multikulturním setkáním, ale nebylo to pro ně tak silné, jako pro misionáře. Nezařazují multikulturní výchovu do výuky cíleně, ale až na ni zbyl časový prostor. Obsahem výuky se shodují s misionáři, ale v porovnání s nimi je výuka méně systematická. Poslední skupinou jsou úředníci. Tato skupina má v porovnání s misionáři a údržbáři menší multikulturní zkušenost. Jsou ovlivněni názory své rodiny a médií. Multikulturní výchovu zařazují až v momentě, kdy se to vyžaduje. Ve výuce využívají frontální formu výuky (Moree, 2008).

Při výzkumu jsem měla čest poznati i učitele spadající do kategorie misionáři dle Moore (2008). Dále je popsána také charakteristika žáků a studentů v období dospívání a mladé dospělosti.

5.2 Charakteristika žáků na střední škole a studentů na vyšší odborné škole

Během procesu výchovy a vzdělávání dochází k socializaci a individualizaci. V období studia na střední škole jde spíše o socializaci a na vyšší odborné škole jde spíše o individualizaci jedince. Období během studia na střední škole je považované za přechod od socializace k individualizaci (Šimčíková-Čížková, 2003; Preissová, 2012).

Žáci na střední škole a studenti na vyšší odborné škole se nachází dle vývojové psychologie v období adolescence až mladší dospělosti. Věkové období středoškoláka je přibližně: 15 – 18 (19) let. Věkové období studenta vyšší odborné školy je přibližně: 19 – 21 (22) let. Dospívání bývá ukončeno v 21. roce života. V tomto věkovém období se postupně stabilizuje hladina pohlavních hormonů a dochází k pohlavní, fyzické a psychosociální zralosti. Hlavním úkolem období adolescence je vytvoření si pocitu vlastní identity, přijetí normy společnosti. Vytváří si vědomí své vlastní hodnoty, morální principy společnosti přijímá za své. Stává se postupně nezávislým na rodičovské autoritě, je kritický k dospělým.

V docela krátkém období si vytváří vlastní identitu a stupnici hodnot. Volí si povolání, osamostatňuje se od rodiny a vytváří si vztah k druhému pohlaví. Vytváří si autonomní morálku. Hodnoty by dospívající měli hledat ve vlastním životě. Ze strany nejen pedagoga je zde stále možná změna v hodnotové orientaci (Šimčíková-Čížková, 2003; Preissová, 2012).

Při řešení problémů se nespokojí s jedním možným řešením, uvažuje o alternativách, které zkusí a ověřuje si je. Používá logické myšlenkové operace nezávisle na obsahu soudů. Pracuje s obecnými, abstraktními pojmy. (Špirudová, 2006).

5.3 Multikulturní výchova na střední zdravotnické škole

„Studenti oboru ošetrovatelství se připravují v řadě medicínských či přírodovědných disciplín, ale bez humanitních vědních oborů se rovněž neobejdou“. (Špirudová, 2006 s. 167)

5.3.1 Obor Zdravotnický asistent 53–41 M/01

Rámcový vzdělávací program (RVP) vydalo Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy 29.5. 2008. Do cílů středního odborného vzdělávání patří koncept čtyř cílů vzdělávání pro 21. století: Učit se poznávat, Učit se pracovat a jedna, Učit se být a **Učit se žít společně**. V posledním zmíněném cíli je uvedeno: *„prohlubovat osobnostní, národnostní a občanské identity žáků, jejich připravenosti tuto identitu chránit, ale současně také respektovat identitu jiných lidí; tomu, aby se žáci ve vztahu k jiným lidem oprostili od předsudků, xenofobie, intolerance, rasismu, agresivního nacionalismu, etnické, náboženské a jiné nesnášenlivosti“.* (Rámcový vzdělávací program, 2008 s. 6) Spolu s cíli středního odborného vzdělávání si žáci prostřednictvím vzdělávání osvojují klíčové a odborné kompetence. Klíčové kompetence jsou následující: Kompetence k učení, Kompetence k řešení problémů, Komunikativní kompetence, Personální a sociální kompetence, Občanské kompetence a kulturní povědomí, Kompetence k pracovnímu uplatnění a podnikatelským aktivitám, Matematické kompetence, Kompetence využívat prostředky informačních a komunikačních technologií a pracovat s informacemi. V **občanské kompetenci a kulturním povědomí** je popsáno, že žáci by měli: *„uvědomovat si – v rámci plurality a multikulturního*

soužití – vlastní kulturní, národní a osobnostní identitu, přistupovat s aktivní tolerancí k identitě druhých; podporovat hodnoty místní, národní, evropské i světové kultury a mít k nim vytvořen pozitivní vztah“. (Rámcový vzdělávací program, 2008, s. 8–9) .

Pro obor Zdravotnický asistent není multikulturní výchova samostatným předmětem v osnovách Rámcového vzdělávacího programu. Multikulturní výchova je zahrnuta ve **výsledcích vzdělávání**. Ve vzdělávací oblasti **Vzdělávání a komunikace v cizím jazyce** je přímo popsáno, že má svůj podíl na přípravě žáků na aktivní život v multikulturní společnosti, učí je toleranci k hodnotám jiných národů. Pod učivem *Poznatky o zemích* je popsán výsledek vzdělávání: *„uplatňuje v komunikaci vhodně vybraná sociokulturní specifika daných zemí“*. (Rámcový vzdělávací program, 2008. s.19) V oblasti **Společenskovedního vzdělávání**, v učivu *Člověk v lidském společenství* je popsán výsledek vzdělávání: *„debatuje o pozitivěch i problémech multikulturního soužití, objasní příčiny migrace lidí“*. (Rámcový vzdělávací program 2008, s. 23). Ve stejné vzdělávací oblasti, přesně v učivu *Člověk jako občan* je zmíněno: *„občanské ctnosti potřebné pro demokracii a multikulturní soužití“*. (Rámcový vzdělávací program 2008, s. 23). V oblasti **Ošetrovatelství a ošetrovatelská péče**, konkrétně v učivu *Teorie ošetrovatelství* je popsán výsledek vzdělávání: *„respektuje zásady multikulturního ošetrovatelství“*. (Rámcový vzdělávací program 2008, s. 49). Dále, ve vzdělávací oblasti **Sociální vztahy a dovednosti**, konkrétně v učivu *Psychologie* je popsán výsledek vzdělávání: *„uplatňuje individuální přístup k nemocným s respektováním jejich osobnosti, věku, potřeb a sociokulturních a jiných zvláštností“*. V téže vzdělávací oblasti, v učivu *Komunikace* je popsán výsledek vzdělávání: *„komunikuje s pacienty vhodným způsobem s ohledem na jejich věk, osobnost a zdravotní stav a s vědomím respektován národnostních, náboženských, jazykových a jiných odlišností zejména vliv sociokulturního prostředí“*. (Rámcový vzdělávací program 2008, s. 50–51). Dle Rámcového rozvržení obsahu vzdělávání pro denní vzdělávání je Ošetrovatelství a ošetrovatelské péči věnováno 1 408 hodin celkově a Společenskovedního vzdělávání 160 hodin celkově. Multikulturní výchova musí být zahrnuta ve vzdělávání pro splnění výsledku vzdělávání, ale není povinné ji zahrnout jako samostatný předmět. To už je záležitostí každé zdravotnické školy

při tvorbě Školního vzdělávacího programu. (Rámcový vzdělávací program, 2008). Ukázka časově tematického plánu výuky multikulturního ošetrovatelství je součástí Přílohy 4. Časově tematický plán jsem dostala k dispozici při výzkumu na SZŠ Znojmo.

5.4 Multikulturní výchova na vyšší odborné škole zdravotnické

5.4.1 Obor Diplomovaná všeobecná sestra 53–41-N/11

Obor Diplomovaná všeobecná sestra se vyučuje ne podle Rámcového vzdělávacího programu, ale podle Vzdělávacího programu vytvořeného Asociací ředitelů středních zdravotnických škol Čech, Moravy a Slezska a platí pro všechny Vyšší odborné školy zdravotnické s akreditací (www.infoabsolvent.cz).

Vzdělávací obsah vychází z předpisů stanovených právními předpisy České republiky a Evropského hospodářského společenství. Ve vzdělávacím programu jsou zahrnuty sociální disciplíny jako je psychologie a komunikace, sociologie, právo, **problematika národnostních menšin a multikulturního a transkulturního ošetrovatelství**, edukace pacientů. Záleží na škole, zda vytvoří samostatný předmět multikulturního ošetrovatelství/výchovy (www.infoabsolvent.cz). Ukázka struktury výuky multikulturního ošetrovatelství je součástí Přílohy 5. Ten jsem obdržela při výzkumu na Vyšší odborné škole zdravotnické v Brně.

6. PRAKTICKÁ ČÁST

„Pokud hovoříme o kvantitativně orientovaném výzkumu v pedagogice, můžeme jej vymezit jako záměrnou a systematickou činnost, při které se empirickými metodami zkoumají (ověřují, verifikují, testují) hypotézy o vztazích mezi pedagogickými jevy“. (Chráška, 2016 s. 11).

Praktická část diplomové práce je rozdělena do několika kapitol a podkapitol. V podkapitolách, které se vztahují ke kapitole č. 6 jsou popsány cíle a stanovené hypotézy, metoda výzkumu, organizaci výzkumu, charakteristiku zkoumaného vzorku a analýzu získaných dat. V podkapitole 6.1 uvádíme cíle a hypotézy práce.

Dále navazuje kapitola č. 7 Statistické zhodnocení dat, která se týká statistického zhodnocení získaných dat (sestavení proměnné skóre, frekvenční rozdělení proměnné skóre, které je podpořeno histogramy, výpočet t-testu a p hodnoty k potvrzení či zamítnutí nulové hypotézy).

Kapitola 8 popisuje analýzu získaných výsledků. Kapitola 9 se věnuje diskuzi získaných výsledků s dalšími výzkumy. V kapitole 10 je uveden získaný strukturovaný rozhovor s pedagogem vyšší odborné školy zdravotnické. Kapitola 11 je závěrem diplomové práce.

6.1 Cíle a hypotézy

Hlavní cíl práce:

1. Zjistit, jaká je úroveň vědomostí o multikulturní výchově u žáků středních zdravotnických škol (obor zdravotnický asistent) a studentů vyšších odborných škol zdravotnických (obor diplomovaná všeobecná sestra) a statisticky srovnat úroveň vědomostí u zmíněných oborů.

Dílčí cíle:

1. Zjistit, jak je multikulturní výchova zařazena ve výuce na středních zdravotnických školách a vyšších odborných školách zdravotnických
2. Zjistit, zda se respondenti setkali s jedincem jiné kultury v praxi.
3. Zjistit, zda respondenti považují poznatky z multikulturní výchovy důležité pro svou budoucí profesi.

Hypotézy:

H₀ – Mezi žáky středních zdravotnických škol (obor zdravotnický asistent) a studenty vyšších odborných škol zdravotnických (obor diplomovaná všeobecná sestra) není statisticky významný rozdíl v úrovni vědomostí v multikulturní výchově.

H_a – Mezi žáky středních zdravotnických škol (obor zdravotnický asistent) a studenty vyšších odborných škol zdravotnických (obor diplomovaná všeobecná sestra) je statisticky významný rozdíl v úrovni vědomostí v multikulturní výchově.

6.2 Metoda výzkumu

Pro výzkum byl použit kvantitativní výzkum, který vychází z pozitivistické filozofie. Jeho cílem je ověření měřitelných proměnných statistickými metodami. Znalosti žáků byly ověřeny dotazníkovou formou. Dotazník je soustava písemně připravených otázek. Výhodou je získání a shromažďování velkého počtu dat, anonymita respondentů, časová nenáročnost. Dotazník je možné předat respondentům poštou, díky třetí osobě nebo osobně – což je nejvýhodnější. Skupinový výběr se používá v případě, že je základní soubor uspořádán do jednotlivých skupin. V pedagogickém výzkumu je hojně používán (Chráška, 2016).

Ve výzkumu se uplatňuje skupinový výběr (žáci SZŠ – obor zdravotnický asistent a studenti VOŠZ obor diplomovaná všeobecná sestra) v posledním a předposledním ročníku studia.

Pro sestavení dotazníku vycházíme dle dostupné a často i doporučené literatury o Multikulturálním ošetrovatelství. (IVANOVÁ, K. 2005. *Multikulturální ošetrovatelství I.*; KUTNOHORSKÁ, J. 2013 *Multikulturální ošetrovatelství pro praxi*; ŠPIRUDOVÁ, L. 2004. *Pečujeme o klienty odlišných etnik a kultur*; ŠPIRUDOVÁ, L. a kol. 2006 *Multikulturální ošetrovatelství II.*; TÓTHOVÁ, V. a kol. 2012. *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin: vybrané kapitoly*; TÓTHOVÁ, V. 2010. *Zabezpečení efektivní ošetrovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu*).

První otázky byly identifikační (zdravotnická škola – SZŠ, VOŠZ) a ročník (2.- 4.). Ročník byl uveden, aby nedošlo omylem k výzkumu v jiném než posledním a předposledním roce studia. Byly položeny otázky uzavřené s výběrem jedné správné odpovědi (otázka 1–21). Otázky 22–26 zjišťovaly údaje o multikulturální výchově/ošetrovatelství. Otázky 23 – 25 byly polootevřené. Na konci dotazníku se respondent mohl vyjádřit k dané problematice či dotazníku.

Dotazník je k nahlédnutí v Příloze 6.

Dále byl poskytnut jeden rozhovor s pedagogem, který je uveden v kapitole 10. Struktura rozhovor s pedagogem je součástí Přílohy 7.

6.3 Organizace výzkumu

„Předvýzkum by měl být jakýmsi zmenšeným modelem vlastního výzkumu. Provádí se většinou na malém vzorku osob, takže získané výsledky neumožní činit obecnější závěry“. (Chráska, 2016 s. 23).

Před samotným výzkumem byl proveden předvýzkum. Dotazník byl na první škole, která se účastnila výzkumu rozdána čtyřem studentkám. Dotazník jsem rozdala k nahlédnutí také všeobecným sestřám v zaměstnání. Dotazník zůstal v původní formě.

Pro výzkum bylo osloveno dohromady 16 středních zdravotnických škol a vyšších odborných škol zdravotnických z celkem 5 krajů. Výzkum byl realizován na osmi školách. Výzkum se realizoval od března 2017 do konce dubna 2017 v kraji Jihomoravském, Olomouckém a Vysočina. Některé školy neodpověděli na žádost nebo výzkum bohužel nebyl umožněn z časových a organizačních důvodů. Na jedné škole nebylo možné realizovat výzkum po bližším shlednutí na zaměření diplomové práce při osobním kontaktu. Školy byly osloveny telefonicky a elektronickou poštou. Výzkum se realizoval díky pomoci a ochotě pedagogů a respondentů. Dotazníky byly osobně předány a následně navraceny poštou nebo opět osobně. Na jedné z testovaných škol byly dotazníky odeslány a zpět navraceny poštou bez osobního kontaktu. Po vyplnění dotazníků byl i prostor k otázkám ohledně dotazníků, zkušenostem v multikulturním ošetřovatelství v praxi.

Byla i možnost zúčastnit se náslechové hodiny přímo předmětu Multikulturní ošetřovatelství na střední zdravotnické škole ve Znojmě. Náslechová hodina byla dobrým příkladem pro praxi i inspirací pro mou budoucí profesi. Probíraným tématem byla péče o židovskou menšinu. (Využití didaktických pomůcek – vlastní fotografie a suvenýry z cest, připravenost učitelky na výuku a její osobní zkušenosti, vysvětlení, že výjimky potvrzují pravidlo). Byla nabídnuta možnost výstupu v předmětu multikulturní ošetřovatelství. Bohužel k realizaci z časových a organizačních důvodů školy nedošlo. Při náslechové

hodině mi byl i poskytnut časově tematický plán, který bylo možné po dohodě zveřejnit v diplomové práci (viz. Příloha č.4).

6.4 Charakteristika zkoumaného vzorku

Zkoumanou skupinou byli žáci oboru Zdravotnický asistent (kód oboru 53-41-M/01) a studenti oboru Diplomovaná všeobecná sestra (kód oboru 53-41-N/1) v předposledním a posledním ročníku studia. Tedy v ročnících, kdy se realizuje praxe. Žáci a studenti již nabyli zkušeností z praxe a uvažují o dalším studiu nebo nástupu do zaměstnání.

6.5 Analýza získaných dat

Získaná data byla zpracována v programu MS Excel a dále byly vytvořeny tabulky pro přehled četností (relativní a absolutní). Dále byly statisticky porovnány výsledky dotazníků mezi žáky SZŠ a studenty VOŠZ. Byl vytvořen histogram o normalitě rozložení proměnné. V tabulkách u otázek 1–21 jsou zeleně označené správné odpovědi. V tabulkách 22–26 je žlutě zvýrazněná nejčastěji zvolené odpovědi u testovaných skupin. Pro přehled četností správných a špatných odpovědi za obě testované skupiny i rozdělené zvlášť, byly vytvořeny tabulky, které jsou součástí Přílohy číslo 8 a 9. U otázek 1-21 je i vypočítána hodnota p , která určuje zamítnutí či přijetí stanovené nulové hypotézy dle hodnoty 0,01 pro konkrétní otázku.

Dále byl poskytnut jeden rozhovor na vyšší odborné škole zdravotnické, který je uveden v kapitole 10.

7. STATISTICKÉ ZHODNOCENÍ DAT

7.1 Sestavení proměnné skóre

Proměnná skóre (jev, který testujeme) byla sestavena tak, že byly sečteny správné výsledky u jednotlivých odpovědí. Maximální počet bodů, kterého mohli žáci a studenti dosáhnout je 21. Základní popisná statistika (průměr, medián, minimum, maximum a rozptyl) je popsána v tabulce:

Tabulka 1. Popisná statistika

Proměnná	Popisná statistika					
	N platných	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Rozptyl
Skóre	289	11, 11765	11,00000	3,000000	20,000000	14,42361

Celkově se testování účastnilo 289 žáků SZŠ a studentů VOŠZ. Tabulka udává průměrný počet skóre, které žáci a studenti celkem získali (11,11), mediánovou hodnotu skóre (11), minimální dosažené skóre bodů u testovaných skupin bylo pouze 3, maximální dosažené skóre u skupin bylo 20, rozptyl byl stanoven na hodnotě 14.

Dle doporučení odborného konzultanta Ing. V.Reichla je uvedeno také frekvenční rozdělení proměnné skóre (tabulka č.2), které je dále podpořeno třemi histogramy (graf 1- 3).

Frekvenční rozdělení proměnné skóre popisuje následující tabulka číslo 2:

Pro přehled je zde uvedena legenda zkratk, které jsou v tabulce o frekvenčním rozdělení proměnné skóre.

PČ = pozorované četnosti

KP = Kumulativní pozorované

%P = Procento pozorované

K%P = Kumulativní procento pozorované

OČ = Očekávané četnosti

KČ = Kumulativní očekávané

%O = Procento očekávané

K%O = Kumulativní procento očekávané

PO = Pozorované očekávané

Tabulka 2. Frekvenční rozdělení proměnné skóre

Horní hranice	PČ	KP	%P	K% P	OČ	KČ	%O	K%O	PO
<=2,0000 0	0	0	0,00000	0,00000	2,36428	2,3643	0,81089	0.8181	-23643
4,00000	7	7	2,42215	2,4221	6,43760	8,8019	2,22754	3,0456	0,5624
6,00000	22	29	7,61246	10,0346	16,89234	25,6942	5,84510	8,8907	5,1077
8,00000	52	81	17,99308	28,0277	33,79694	59,4912	11,69444	20,5852	18,2031
10,00000	53	134	18,33910	46,3668	51,56292	111,0541	17,84184	38,4270	1,4371
12,00000	62	196	21,45329	67,8201	59,99321	171,0473	20,75890	59,1859	2,0068
14,00000	30	226	10,38062	78,2007	53,23323	224,2805	18,41980	77,6057	-23,2332
16,00000	35	261	12,11073	90,3114	36,02223	260,3028	12,46444	90,0702	-1,0222
18,00000	17	278	5,88235	96,1938	18,58813	278,8909	6,43188	96,5020	-1,5881
20,00000	11	289	3,80623	100,0000	7,31357	286,205	2,53065	99,0327	3,6864
<Nekoneč no	0	289	0,00000	100,0000	2,79555	289,000	0,96732	100,000	-2,7955

Proměnná: skóre

Chi kvadrát = 22, 20778

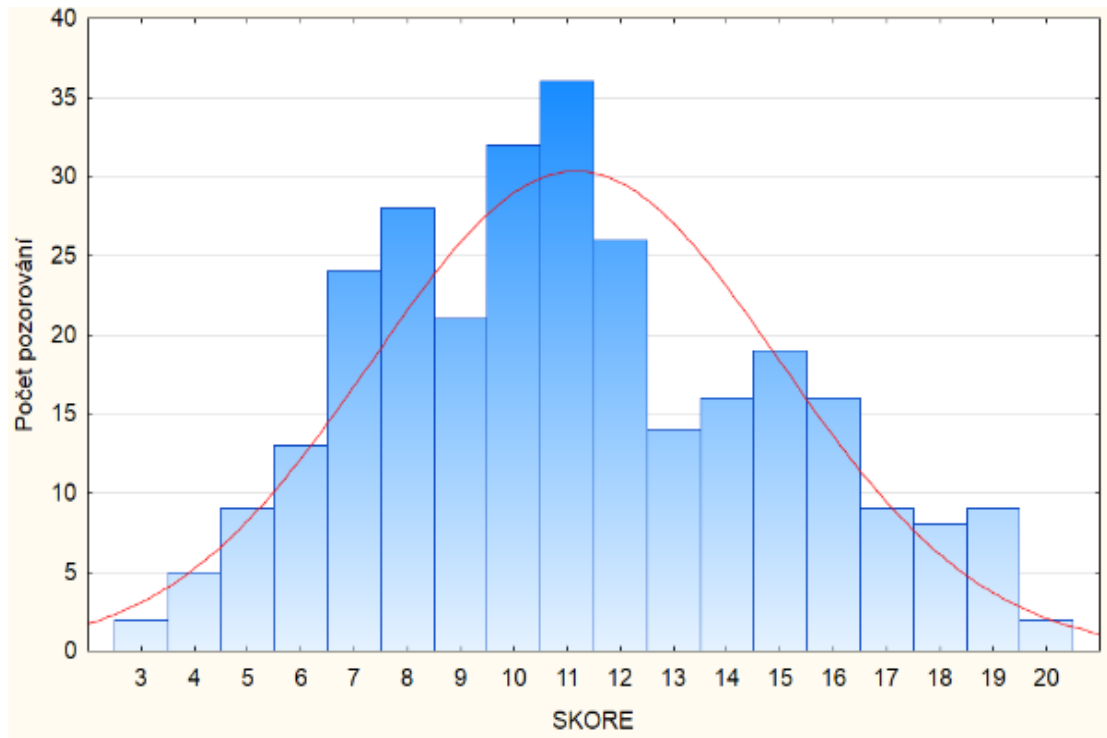
P hodnota = 0,00111

V tabulce zjišťujeme pozorované četnosti jednotlivých zastoupení, kumulativní pozorované četnosti a jejich procentní zastoupení u obou možností. Dále nám tabulka udává očekávané četnosti, očekávané kumulativní četnosti a jejich procentní vyjádření vzhledem k normálnímu rozložení. Navíc udává informaci o testu dobré shody (pro to jsme využili Shapiro - Wilkův test), kterým se testuje, zda je náhodný výběr normálně rozložen.

Při nulové hypotéze, že je soubor normálně rozložen, pozorujeme p hodnotu pro test ve výši 0,0011, což je nižší než hladina významnosti 0,05. V tomto případě zamítáme hypotézu o normalitě dané proměnné. Z tohoto důvodu o souboru nemůžeme jasně prohlásit, že soubor skutečně pochází z normálního rozložení

. Ale Shapiro - Wilkův test je velmi citlivý na počet pozorování, normalita jsme následně pro přehled zobrazily graficky pomocí následujícího histogramu (Graf 1), kde jsou zahrnuty všechny skupiny (SZŠ + VOŠZ). Dále jsou uvedeny histogramy (Graf 2-3) pro jednotlivé testované skupiny (SZŠ, VOŠZ).

Graf 1 Frekvenční rozdělení proměnné skóre u obou testovaných skupin (SZŠ + VOŠZ)

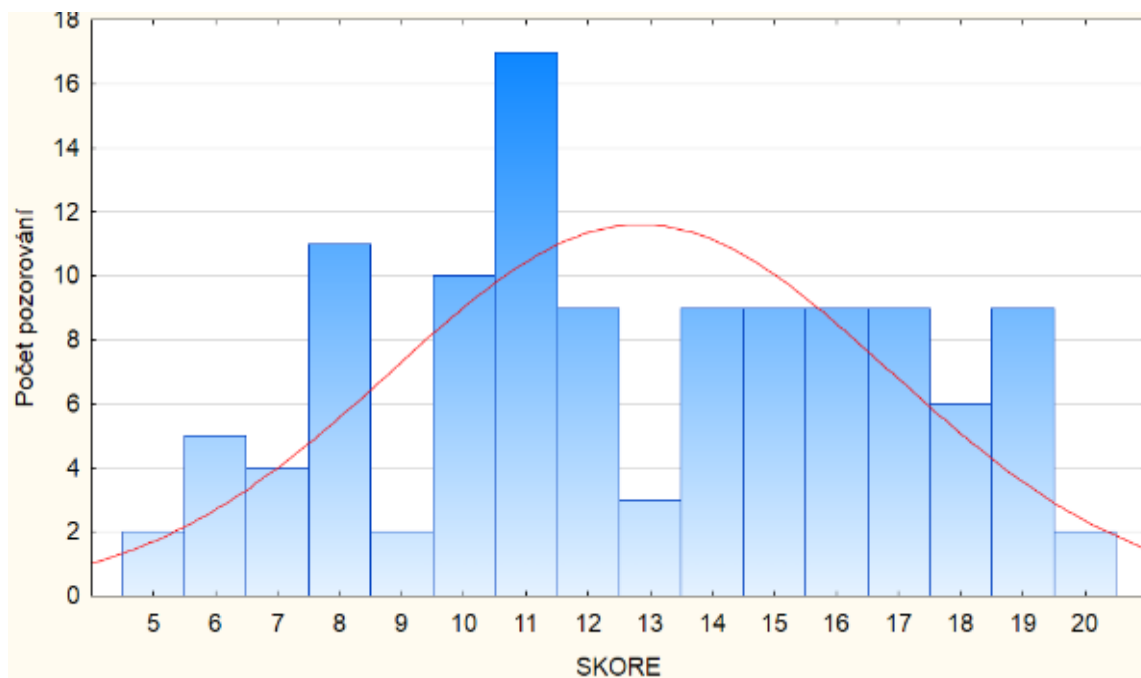


Z histogramu (z skóre) konstatujeme, že data přibližně popisují teoretické rozložení, a proto můžeme také vzhledem k velikosti vzorku prohlásit, že výběr pochází z normálního rozdělení.

V následujících dvou stranách jsou testovány podvýběry (jednotlivě SZŠ a VOŠZ) tohoto výběru.

Přesněji se budeme zajímat o to, zda je statisticky významný rozdíl mezi ziskem bodů v následujících skupinách: střední zdravotnické školy a vyšší odborné školy zdravotnické. Rozdíly v průměrném skóre u skupin testujeme pomocí t-testů a rozdíly v rozptylu průměrného skóre poté pomocí F-testu. Před provedením testů je nezbytné alespoň graficky ověřit normalitu jednotlivých podvýběrů (viz. Graf 2-3) z výběru znázorněném v Grafu 1.

Graf 2 Frekvenční rozdělení proměnné skóre u skupiny studentů VOŠZ

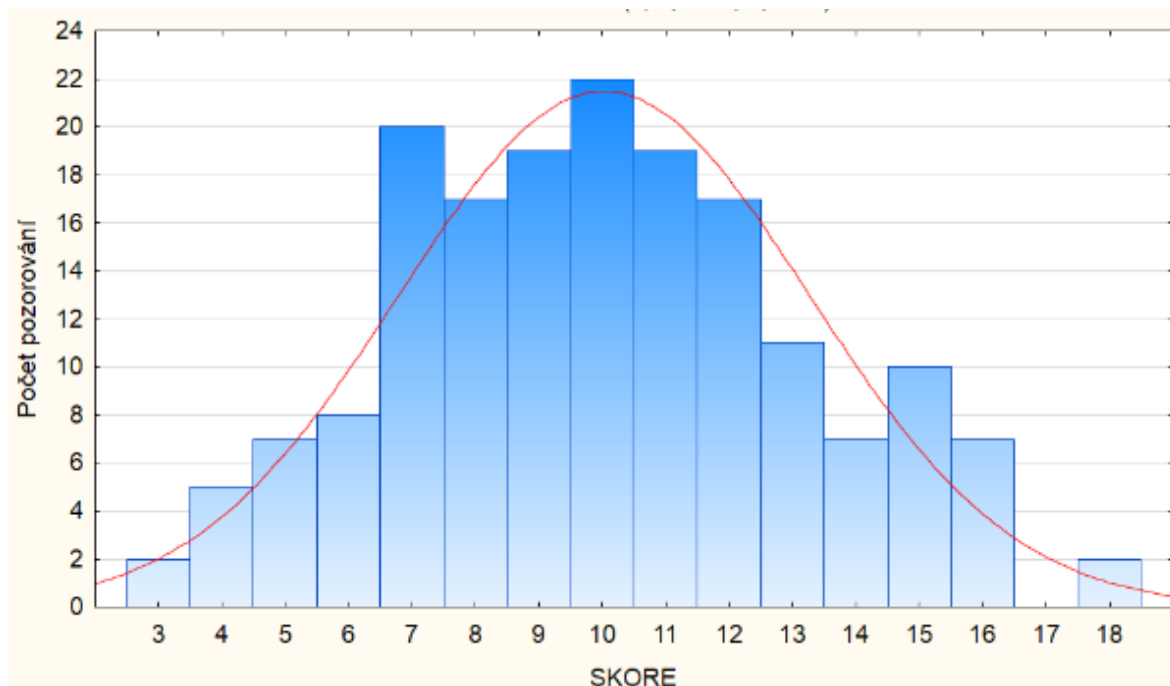


Z histogramu (graf 2) pro vyšší odborné školy zdravotnické není normalita jasně patrná, ale z důvodu velkého množství pozorování můžeme prohlásit, že i bodový zisk studentů VOŠZ je normálně rozdělen. P hodnota = 0,0018.

SW- W = 0,9829

Minimální bodový zisk za otázky 1-21 v dotazníkú je u studentů VOŠZ 5 z 21 a maximální je 20 z 21.

Graf 3 Frekvenční rozdělení proměnné skóre u skupiny žáků SZŠ



Z histogramu (graf 3) bodového zisku lze usuzovat o normalitě rozdělení, proto prohlašujeme, že je bodový zisk u středoškoláků normálně rozdělen. P hodnota = 0,0319. SW-W = 0,9829.

Minimální bodový zisk za otázky 1-21 v dotazníku je u žáků SZŠ 3 z 21 a maximální je 18 z 21. Není respondent, který by dosáhl 17 bodů.

7. 2 Výpočet základní statistiky před testováním hypotéz

SZŠ je označena pod číslem 1. Celkem se výzkumu zúčastnilo 173 žáků středních zdravotnických škol.

VOŠZ je označena pod číslem 2. Celkem se výzkumu zúčastnilo 116 studentů Vyšších odborných škol.

Tabulka 3. Popisná statistika před testováním hypotéz

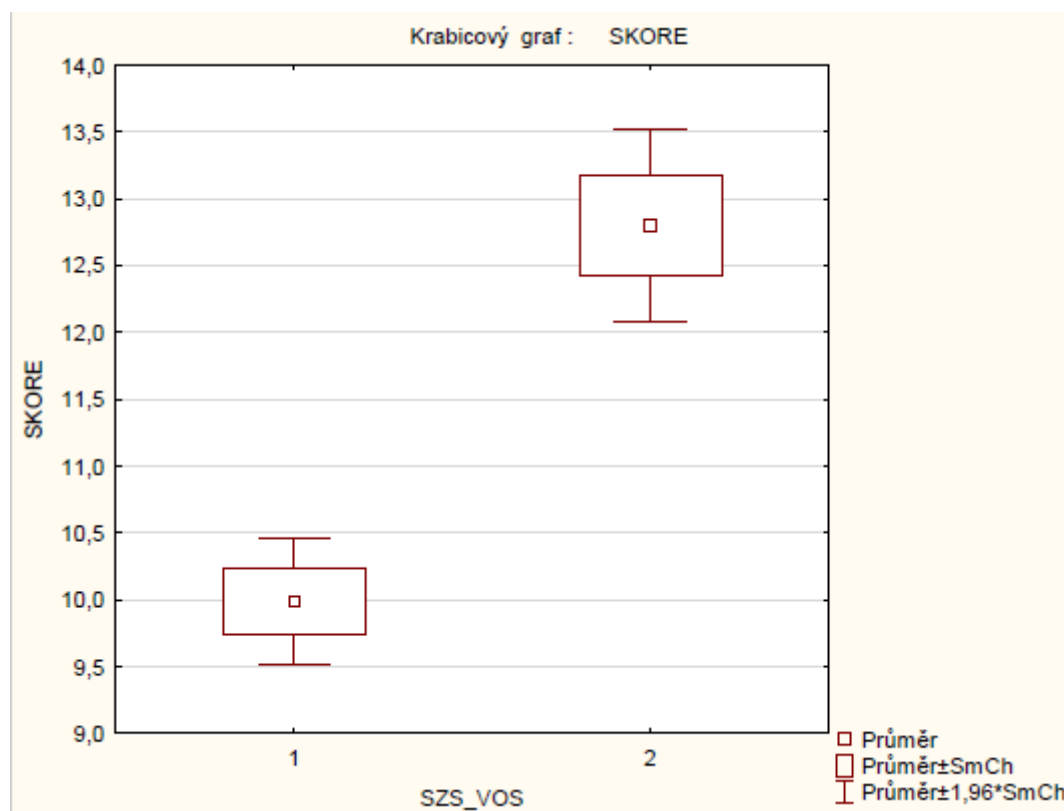
škola	Popisná statistika						
	N platných	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Rozptyl	Směrodatná odchylka
1	173	9,988493	10,00000	3,00000	18,00000	10,32545	3,213323
2	116	12,80172	12,00000	5,00000	20,00000	15,89948	3,987415

Z tabulky č. 3 je jasně patrné, že studenti VOŠZ dosahují vyššího průměrného bodového zisku a také mají vyšší hodnotu mediánu v dotazníku. Směrodatná odchylka u obou testovaných skupin žáků a studentů je celkem srovnatelná. Minimum dosaženého bodového zisku v testovaných otázkách u žáků SZŠ je 3 z 21 a u studentů VOŠZ je 5 z 21. Maximum dosažených bodů u žáků SZŠ je 18 z 21 a u studentů VOŠZ je 20 z 21. Již z bodového zisku (minimálního a maximálního) je vidět vyšší úspěšnost v testovaných otázkách u studentů VOŠZ.

Studenti VOŠZ získali více bodů, byli úspěšnější (aritmetický průměr 9, 98). U žáků SZŠ (aritmetický průměr 12, 80). Pro přehled skóre v aritmetickém průměru je vytvořen krabicový graf (Graf 4).

Testování skóre u žáků SZŠ (1) a studentů VOŠZ (2) pro přehled v krabicovém grafu

Graf 4 Krabicový graf



Z krabicového grafu je jasně patrné, že žáci středních zdravotnických škol v daném souboru dosahovaly v průměru méně bodů (průměr 9,98) než studenti vyšších odborných škol zdravotnických (průměr 12,80). Pokud porovnáme výšku jednotlivých krabic, můžeme prohlásit, že v získaném skóre se od průměru více odchýlovali právě studenti vyšších odborných škol zdravotnických.

Z grafu č.4 vidíme, že se jednotlivé krabice nepřekrývají a již nyní můžeme prohlásit, že na hladině významnosti 0,05 jsou rozdíly v průměrech statisticky významné. Toto tvrzení podpoříme ještě výpočtem nepárového t-testu (viz.Tabulka č.4).

7.3 Výsledky nepárového t-testu:

„Studentův t-test je jedním z nejznámějších statistických testů významnosti pro metrická data. Pomocí Studentova t-testu můžeme rozhodnout, zda dva soubory dat, získané měřením ve dvou různých skupinách, mají stejný aritmetický průměr.“ (Chráška, 2016 s. 114).

Tabulka 4. Výpočet t-testu

Průměr 1 – průměr bodového zisku u žáků SZŠ

Průměr 2 – průměr bodového zisku u studentů VOŠZ

Platné 1 – počet respondentů z 1. skupiny testovaných (tedy žáci SZŠ)

Platné 2 – počet respondentů z 2. skupiny testovaných (tedy studenti VOŠZ)

Průměr 1	9, 98
Průměr 2	12, 80
t-test	- 6, 61
Sv – stupně volitelnosti	287
P hodnota	0, 00
Platné 1	173
Platné 2	116
Směrodatná odchylka 1	3, 21
Směrodatná odchylka 2	3, 98
F poměr rozptyl	1, 53
P rozptyl	0, 01

Z tabulky vidíme, že na hladině významnosti 0,01 nelze zamítnout hypotézu o shodě rozptylů (p_hodnota je 0,01), tzn, že v obou výběrech je rozdíl mezi rozptyly statisticky nevýznamný. Naopak pozorujeme statisticky patrný významný rozdíl středních hodnot.

P hodnota dvouvýběrového t-testu se realizuje hodnotou 0,00, která je nižší než hladina významnosti 0,01 a z toho důvodu nulovou hypotézu o shodě středních hodnot s rizikem omylu 1 % zamítáme. Lze tedy pozorovat významný rozdíl mezi bodovým ziskem žáků SZŠ a studentů VOŠZ.

Nulová hypotéza tvrdí, že mezi žáky SZŠ a studenty VOŠZ není statisticky významný rozdíl v úrovni vědomostí o multikulturní výchově. Dle p hodnoty je statisticky patrný významný rozdíl mezi bodovým ziskem u žáků SZŠ a studentů VOŠZ v otázkách (1-21) dotazníku.

Výuce multikulturní výchovy se na SZŠ věnuje dle RVP oboru zdravotnický asistent několik vzdělávacích oblastí (ošetřovatelství a ošetřovatelská péče, sociální vztahy a dovednosti, společenskovední vzdělávání - to se mj. potvrdilo v otázce číslo 25). Dle zařazení multikulturní výchovy v RVP oboru zdravotnický asistent by se dalo konstatovat, že nebude patrný statisticky významný rozdíl mezi výsledky žáků SZŠ a studenty VOŠZ. Lze konstatovat, že multikulturnímu ošetřovatelství se podrobněji věnují podrobněji na VOŠZ. Na VOŠZ probíhá výuka předmětu Multikulturní ošetřovatelství po dobu jednoho semestru. Na SZŠ i na VOŠZ je individuální, zda vytvoří samostatný předmět multikulturní výchova (případně multikulturní ošetřovatelství). Na jedné z testovaných SZŠ byl samostatný předmět Multikulturní ošetřovatelství, který se realizuje ve 3. ročníku.

Následující kapitola (8) popisuje analýzu získaných výsledků. Jsou popsány výsledky jednotlivých položek v dotazníku. Otázky testující vědomosti (1-21) jsou podpořeny p hodnotou.

8. ANALÝZA ZÍSKANÝCH VÝSLEDKŮ

Dle statistických výpočtů v předchozí kapitole je nulová hypotéza zamítnuta. Je shledán statisticky významný rozdíl mezi testovanými skupinami. V této kapitole je popsána analýza výsledků jednotlivých odpovědí v otázkách, které testovaly vědomosti je uveden výpočet p hodnoty. Zde je pro přehled popsáno ve kterých otázkách je nulová hypotéza zamítnuta nebo přijata. Dále je analýza výsledků pro přehled znázorněna v tabulkách. Správné odpovědi jsou označené zeleně (otázky 1-21) a v otázkách 22-26 jsou žlutě znázorněné nejčastěji zvolené odpovědi, které se týkaly multikulturní výchovy.

Hodnota p byla také pro přehled vypočítána pro otázky 1-21, které byly zaměřené pouze na multikulturní vědomosti. Zde byla nulová hypotéza zamítnuta v otázkách 1 (vietnamská minorita), 2 (vietnamská minorita), 3 (ukrajinská minorita), 6 (židé), 10 (muslimové), 13 (svědkové Jehovovi), 15 (muslimové), 17 (židé), 20 (romská minorita), 21 (ukrajinská minorita).

Nulová hypotéza nebyla zamítnuta u otázek 4 (muslimové), 5 (muslimové), 4 (židé), 8 (romská minorita), 9 (vietnamská minorita), 11 (svědkové Jehovovi), 12 (židé), 14 (vietnamská minorita), 15 (vietnamská minorita), 18 (muslimové), 19 (vietnamská minorita) a tak byla přijata hypotéza alternativní. Zde je patrné, že byly i otázky, kde není statisticky významný rozdíl mezi testovanými skupinami.

Otázka číslo 1:**Co může znamenat úsměv u Vietnamce?**

- a) zmírnění nepříjemné situace
- b) nepochopení pokynů zdravotníka
- c) nejistotu
- d) všechny odpovědi jsou správné

Tabulka 5. Úsměv Vietnamce

Zvolená odpověď	SZŠ		VOŠZ		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
a)	43	24,9 %	15	12,9 %	58	20,1 %
b)	70	40,5 %	35	30,2 %	105	36,3 %
c)	32	18,4 %	27	23,3 %	59	20,4 %
d)	28	16,2 %	39	33,6 %	67	23,3 %
P hodnota = 0,0006						

„Vietnamci se často usmívají nebo se nahlas smějí, a to když chtějí zmírnit nějakou nepříjemnou situaci, jsou v nesnázích, nerozumí nebo si nejsou jisti“.
(Ivanová, 2005 s. 195)

Ve zvolení nesprávné odpovědi mohl hrát faktor nepozornosti. Důležité bylo, zda si žáci a studenti spojili všechny informace a následně zvolili správnou odpověď. Celkově za obě skupiny odpovědělo správně 23,3 % respondentů. Žáků SZŠ odpovědělo správně 16,2 % a studentů VOŠZ 33,6 %. Nejvíce zvolenou odpovědí byla možnost b - nepochopení pokynů zdravotníka. P hodnota otázky číslo 1 je 0,0006, zamítáme tedy nulovou hypotézu, protože hodnota je menší než 0,01. Úspěšnější byli studenti VOŠZ.

Otázka číslo 2: Co by mohl ve stravě odmítnout příslušník vietnamské minority?

- a) vepřové maso
- b) ryby a mořské plody
- c) drůbeží maso
- d) mléko a mléčné výrobky**

Tabulka 6. Stravování u Vietnamců

Zvolená odpověď	SZŠ		VOŠZ		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
a)	72	41,6 %	40	34,5 %	112	38,8 %
b)	17	9,8 %	2	1,7 %	19	6,6 %
c)	14	8,1 %	3	2,6 %	17	5,9 %
d)	70	40,5 %	71	61,2 %	141	48,8 %
P hodnota = 0,0005						

„Maso používané ve vietnamské kuchyni pochází především z ryb a drůbeže. Používají minimum mléčných výrobků (věří, že způsobují střevní potíže), nemusí tolerovat laktózu“ (Ivanová, 2005 s. 197)

„Vietnamská kuchyně zpracovává maso kuřecí, vepřové, králičí, zvěřinu, ryby, kraby, sépie, úhoře a jiné mořské plody“ (Tóthová, 2010 s.86)

Ve druhé otázce odpovědělo správně celkem 48,8 % respondentů. Středoškoláků odpovědělo správně 40,5 % a studentů VOŠZ 61,2 %. P hodnota je 0,0005, nulovou hypotézu zamítáme.

Více správných odpovědí zvolili studenti VOŠZ. Středoškoláci nejvíce zvolili odpověď a – vepřové maso. Celkově správnou odpověď zvolila téměř polovina respondentů z obou testovaných skupin

Otázka číslo 3: Co během postních dní odmítají ve stravě pravoslavní?

- a) zelenina ovoce
- b) maso**
- c) chléb
- d) voda

Tabulka 7. Půst pravoslavných

Zvolená odpověď	SZŠ		VOŠZ		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
a)	12	6,9 %	1	0,9 %	13	4,5 %
b)	147	85 %	114	98,2 %	261	90,3 %
c)	10	5,8 %	1	0,9 %	11	3,8 %
d)	4	2,3 %	0	0 %	4	1,4 %
P hodnota = 0,0002						

„Mezi Ukrajinci převládá pravoslavné náboženství...“.
(Zeleníková, 2014 s. 36)

„Jednou ze zvláštností v ukrajinské kultuře je půst, vycházející z pravoslavného náboženství“.
(Tóthová, 2012 s. 67)

Správnou odpověď celkem zvolilo 90,3 % respondentů. Žáků SZŠ odpovědělo správně 85 % a studentů VOŠZ 98,3 %. P hodnota se rovná 0,0002 (méně než 0,01), zamítáme H_0 . O něco více správných odpovědí zvolili studenti VOŠZ.

Otázka číslo 4: Kdo nemusí dodržovat půst během Ramadánu

- a) nemocní
- b) těhotné a kojící či menstrující ženy
- c) cestující
- d) všechny odpovědi jsou správné

Tabulka 8. Ramadán

Zvolená odpověď	SZŠ n	SZŠ %	VOŠZ n	VOŠZ %	Celkem n	Celkem %
a)	29	16,8 %	24	20,7 %	53	18,3 %
b)	65	37,6 %	43	37,1 %	108	37,4 %
c)	23	13,3 %	6	5,1 %	29	10 %
d)	56	32,4 %	43	37,1 %	99	34,3 %
P hodnota = 0,4092						

Otázka se zaměřuje na půst u muslimů. „*Postních povinností jsou zproštěni: nemocní, staří a slabí lidé, těhotné a kojící ženy, ženy v průběhu menstruace a cestující. V průběhu půstu ramadánu nesmí muslim od východu do západu slunce: jíst, pít, mít pohlavní styk. Dny půstu musí být později uskutečněny, dovoluje-li to ovšem zdravotní stav jedince. Škodí-li pacient půstem svému zdraví, jedná proti vůli Alláha*“ (Ivanová, 2005, s. 218-219)

Správnou odpověď zvolilo celkem 34,3 % respondentů. Žáků SZŠ odpovědělo správně celkem 32,4 % a správnou odpověď zvolilo celkem 37,1 % VOŠZ. O 4,7 % byli úspěšnější studenti VOŠZ. P hodnota otázky je 0,4092, nulová hypotéza se nezamítá. Není zde významný statistický rozdíl.

Otázka číslo 5: Mezi 5 pilířů islámu nepatří

- a) pouť do Mekky
- b) uzavřít sňatek**
- c) půst během Ramadánu
- d) daně chudým, ve prospěch chudých a potřebných

Tabulka 9. Pilíře islámu

Zvolená odpověď	SZŠ		VOŠZ		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
a)	11	6,4 %	7	6 %	18	6,2 %
b)	63	36,4 %	44	37,9 %	107	37,4 %
c)	7	4 %	3	2,6 %	10	3,5 %
d)	92	53,2 %	62	53,4 %	154	53,3 %
P hodnota = 0,9105						

„Každý muslim musí plnit pět pilířů víry: šaháda: vyznání víry, salát: obřadní modlitba, zakáta: almužna, saum, siján: 30 dní půstu a hadždž: pouť do Mekky. Manželství není v islámu svátostí, ale smluvním vztahem. Muž nese plnou zodpovědnost za materiální zabezpečení ženy i dětí“. (Zeleníková, s. 59 – 60)

Pro všechny věřící islámu platí pět povinností:

1. vyznání víry
2. povinné modlitby
3. půst v měsíci ramadánu
4. daně chudým ve prospěch chudých a potřebných
5. pouť do Mekky (Ivanová, 2005 s. 218)

Celkem odpovědělo správně 37 % respondentů. U žáků SZŠ bylo správných odpovědí 36,4 % a u studentů VOŠZ 37,9 %. Rozdíl mezi testovanými skupinami je pouhé 1,5 %. P hodnota se rovná 0,9105, nulovou hypotézu pro tuto otázku nezamítáme. Není zde statisticky významný rozdíl mezi testovanými skupinami.

Otázka číslo 6: Co je to Mikve

- a) očištná koupel k nabytí rituální očisty
- b) židovský státní svátek
- c) součást židovského tradičního oděvu
- d) název pro židovskou svatbu

Tabulka 10. Mikve

Zvolená odpověď	SZŠ n	SZŠ %	VOŠZ n	VOŠZ %	Celkem n	Celkem %
a)	98	56,6 %	85	73,3 %	183	63,3 %
b)	22	12,7 %	12	10,3 %	34	11,48%
c)	38	22 %	17	14,7 %	55	19 %
d)	15	8,7 %	2	1,7 %	17	5,9 %
P hodnota = 0,004						

„Mikve je v překladu do češtiny shromáždění vody, v níž je možno nabyt rituální očisty. Mikve se používá před svatbou, po menstruaci a po porodu i k průběžným očištným koupelím“. (Ivanová, 2005 s. 186)

Zde odpovědělo správně celkem 63,3 % respondentů. U respondentů ze středních zdravotnických škol odpovědělo správně 56,6 % a správnou odpověď zvolilo také 73,3 % studentů VOŠZ. P hodnota se rovná 0,004, zamítáme nulovou hypotézu. Opět byli studenti VOŠZ úspěšnější.

Otázka číslo 7: Kdo je to Mohel?

- a) židovský duchovní
- b) židovský lékař provádějící obřízku**
- c) židovský kuchař
- d) žádná z uvedených odpovědí není správná

Tabulka 11. Mohel

Zvolená odpověď	SZŠ n	SZŠ %	VOŠZ n	VOŠZ %	Celkem n	Celkem %
a)	66	38, 2 %	28	24, 1 %	94	32, 5 %
b)	79	46, 2 %	69	59, 5 %	148	51, 2 %
c)	8	4, 6 %	7	6 %	15	5, 2 %
d)	19	11 %	12	10, 3 %	31	10, 7 %
P hodnota = 0, 0273						

„Pro Izraelity je obřízka odpradávná nevyvratitelným znamením abrahámovského svazku mezi Bohem a jeho lidem“. (Ivanová, 2005 s. 186)

Správnou odpověď zvolilo celkem za všechny respondenty 51, 2 %. Žáků SZŠ odpovědělo správně 46, 2 % a studentů VOŠZ 59, 5 %. P hodnota je 0, 0273, nulovou hypotézu se nezamítáme.

Otázka číslo 8: Odkud původně pocházejí Romové?

- a) Egypt
- b) Indie**
- c) Rumunsko
- d) Arábie

Tabulka 12. Původ Romů

Zvolená odpověď	SZŠ		VOŠZ		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
a)	14	8,1 %	7	6 %	21	7,2 %
b)	60	40,5 %	54	46,6 %	114	39,4 %
c)	94	54,3 %	43	37 %	137	47,4 %
d)	5	2,9 %	12	10,3 %	17	5,9 %
P hodnota = 0,3048						

„Romové původem pochází z Indie a mezi první státy, které osídlili, patřila Arábie a Egypt. V Evropě se jich mnoho usadilo v Polsku, Maďarsku, Itálii, Německu a Rumunsku“. (Ivanová, 2005 s. 178)

Z celkového počtu respondentů odpovědělo správně 39,4 %. Žáků SZŠ odpovědělo správně 40,5 % a studentů VOŠZ 46,6 %. Úspěšnost žáků SZŠ byla nižší. Více respondentů (47,4 %) se domnívá, že zemí původu Romů je Rumunsko. Celkem se tak domnívá 54,3 % žáků SZŠ a 39,4 %.

P hodnota = 0,3048, nezamítáme se nulovou hypotézou pro tuto otázku.

Otázka číslo 9: Uctívání zemřelých – tzv. kult předků praktikuje?

- a) Muslim
- b) Rom
- c) Ukrajinec
- d) **Vietnamec**

Tabulka 13. Uctívání předků

Zvolená odpověď	SZŠ n	SZŠ %	VOŠZ n	VOŠZ %	Celkem n	Celkem %
a)	109	63 %	57	49, 1 %	166	57, 4 %
b)	30	17, 3 %	34	29, 3 %	64	22, 1 %
c)	6	3, 5 %	5	4, 4 %	11	3, 8 %
d)	27	15, 6 %	20	17, 2 %	47	16, 3 %
P hodnota = 0, 7152						

„Tradiční rituály při jídle používá vietnamská rodina také k uctívání svých předků. V každé rodině je domácí oltář s fotografiemi, ke kterému se nosí ovoce a vonné tyčinky“: (Ivanová, 2005 s. 197)

Otázka se týká rodiny, zvyků Vietnamců. V této otázce nebyli respondenti příliš úspěšní. Celkově za obě skupiny – 16, 3 %. Je opět vidět vyšší úspěšnost studentů VOŠZ – 17, 2 %. Žáci SZŠ – 15, 6 %. P hodnota je 0, 7152, hodnota je větší než 0, 01, nezamítáme nulovou hypotézu. Otázka je zaměřená na kulturní zvyky u Vietnamců. Ovšem nejčastější odpovědí u obou skupin byla volba a – muslim (57, 4 %).

Otázka číslo 10: Jaké stravovací zvyklosti je třeba respektovat u muslimů?

- a) odmítají hovězí maso
- b) odmítají skopové maso
- c) **odmítají vepřové maso**
- d) odmítají ryby a mořské plody

Tabulka 14. Stravování u muslimů

Zvolená odpověď	SZŠ n	SZŠ %	VOŠZ n	VOŠZ %	Celkem n	Celkem %
a)	53	30,6 %	24	20,7 %	77	26,6 %
b)	23	13,3 %	7	6 %	30	10,4 %
c)	90	52 %	85	73,3 %	175	60,6 %
d)	7	4 %	0	0 %	7	2,4 %

P hodnota = 0,0003

„Korán zakazuje konzumovat vepřové maso a všechny výrobky z něho včetně sádla a pokrmů připravených na sádle“. (Ivanová, 2005, s. 221)

Celkem za obě testované skupiny odpovědělo správně 60,6 %. Úspěšnost žáků SZŠ je 52 % a studentů VOŠZ je 73,3 %. P hodnota je 0,0003, zamítáme tedy nulovou hypotézu. Studenti VOŠZ byli úspěšnější.

Otázka číslo 11: Svědkové Jehovovi

- a) odmítají transfúzi plné krve
- b) odmítají autotransfúzi
- c) souhlasí (dle svého svědomí) s přijetím frakcí hlavních složek krve (př.albumin, imunoglobulin, fibrinogen)
- d) **Všechny odpovědi jsou správné**

Tabulka 15. Transfúze u svědku Jehovových

Zvolená odpověď	SZŠ n	SZŠ %	VOŠZ n	VOŠZ %	Celkem n	Celkem %
a)	109	63 %	76	65,5 %	185	64 %
b)	14	8,1 %	1	0,6 %	15	5,2 %
c)	14	8,1 %	5	4,3 %	19	6,6 %
d)	36	20,8 %	34	29,3 %	70	24,2 %
P hodnota = 0,0774						

„Odmítají transfúzi plné krve, protože krev je považována za sídlo duše (života). Nepřijatelná je také autotransfúze. Bezkrvní expandery plazmy jsou přijatelné. Akceptovatelní jsou anithemofilické preparáty. Akceptují transplantace orgánů bezkrvní cestou, přičemž nesmí být poškozen dárce“.
(Zeleníková, 2014 s. 66)

Pouze 24,2 % respondentů odpovědělo správně. Žáků SZŠ zvolilo správnou odpověď 20,8 % a studentů VOŠZ 29,3 %. Respondenti volili především možnost a – odmítají transfúzi plné krve (64 %). V detailnějším zaměření na přijímání krve byla úspěšnost nižší. P hodnota je 0,0774, nulová hypotéza se nezamítá.

Otázka číslo 12: Pokud musí být provedena amputace, kdo bude vyžadovat pohřeb amputované části těla

- a) Rom
- b) Ukrajinec
- c) Muslim
- d) Žid

Tabulka 16. Amputace

Zvolená odpověď	SZŠ		VOŠZ		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
a)	16	9,2 %	14	12,1 %	30	10,4 %
b)	7	5,2 %	8	6,9 %	15	5,2 %
c)	61	35,2 %	20	17,2 %	81	28 %
d)	89	51,4 %	74	63,8 %	163	56,4 %
P hodnota = 0,0388						

Všechny části těla musí být k dispozici pro pohřbení, zdravotník si tedy musí být vědom toho, že amputované končetiny či odejmuté orgány by měly být odevzdány k pohřbení. (Ivanová, 2005; Zeleníková, 2014)

Z celkového počtu odpovědělo správně 56,4 % účastníků výzkumu. Studenti VOŠZ byli úspěšnější, správně odpovědělo 63,8 % a 51,4 % žáků SZŠ zvolilo správnou odpověď. P hodnota je 0,0388, nulovou hypotézu se pro tuto otázku nezamítáme, statisticky zde není rozdíl mezi testovanými skupinami.

Otázka číslo 13: Stravovací zvyklosti u Svědků Jehovových

- a) Odmítají konzumaci jakéhokoliv masa
- b) Odmítají konzumaci vepřového
- c) **Konzumují maso, které bylo rychle zbaveno krve**
- d) Odmítají konzumaci hovězího masa

Tabulka 17. Stravování svědku Jehovových

Zvolená odpověď	SZŠ n	SZŠ %	VOŠZ n	VOŠZ %	Celkem n	Celkem %
a)	42	24,3 %	25	21,6 %	67	23,2 %
b)	37	21,4 %	3	2,6 %	39	13,5 %
c)	75	43,4 %	77	66,4 %	152	52,6 %
d)	19	11 %	11	9,5 %	30	10,4 %
P hodnota = 0,0002						

„Maso, které nebylo rychle zbavené krve je zakázané jíst“.
(Braunová, 2017 s. 17)

Celková úspěšnost v otázce byla 52,6 %. Opět byli úspěšnější studenti VOŠZ (66,4 %). Studenti SZŠ byli méně úspěšní (43,4 %). P hodnota je 0,0002, nulovou hypotézu tedy zamítáme.

Otázka číslo 14: Vietnamci se vyznačují tím, že:

- a) tiše snáší bolest a obávají se nežádoucích účinků u léků
- b) velmi emocionálně projevují bolest
- c) mají problém se přizpůsobit nemocničnímu režimu
- d) dávají přednost farmakoterapii před alternativní léčbou

Tabulka 18. Vietnamci - bolest

Zvolená odpověď	SZŠ		VOŠZ		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
a)	102	59 %	90	77,6 %	192	66,4 %
b)	20	11,6 %	7	6 %	27	9,3 %
c)	29	16,8 %	15	12,9 %	44	15,2 %
d)	22	12,8 %	4	3,4 %	26	9 %
P hodnota = 0,015						

„Při bolesti (Dau) mohou být Vietnamci stoucí. Dobrovolně nepožádají o léky na bolest, ze strachu z návyku a z vedlejších účinků. Zdravotníci by proto měli nabízet léky proti bolesti včas, podle předpisu“. (Tóthová, 2010 s.156).

„Ještě dnes jsou v tradiční vietnamské kultuře vyhledávání léčitelé, aby poskytli léky, byliny a provedli spirituální léčebné obřady“. (Ivanová, 2005 s.195)

„Obvykle splní očekávání zdravotnického personálu“. (Ivanová, 2005 s. 195)

Celková úspěšnost u obou testovaných skupin je 66,4 %. Žáci SZŠ dosáhli nižších výsledků než studenti VOŠZ. 59 % žáků SZŠ zvolilo správnou odpověď a 77,6 % studentů VOŠZ. P hodnota je 0,015, nulovou hypotézu nezamítáme pro tuto otázku.

Otázka číslo 15: Při plánované péči o muslimskou ženu zpravidla platí že:

- a) by měla být vyšetřena lékařkou
- b) při vyšetření je přítomen manžel
- c) při vyšetření je přítomna další žena z rodiny
- d) všechny odpovědi jsou správné**

Tabulka 19. Ošetření muslimky

Zvolená odpověď	SZŠ		VOŠZ		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
a)	50	28,9 %	36	31 %	86	29,6 %
b)	40	23,1 %	13	11,2 %	53	18,3 %
c)	24	13,9 %	2	1,7 %	26	9 %
d)	59	34,1 %	65	56 %	124	42,9 %
P hodnota = 0,0002						

„Zdravotník - muž by se měl k muslimské pacientce chovat pokud možno rezervovaně“. (Kutnohorská, 2013 s. 101).

U muslimů není neobvyklé, že žena přichází do zdravotnického zařízení v doprovodu manžela nebo bratra nebo ženy z rodiny a je více než vhodné, aby ženu vyšetřila lékařka. (Ptáček, 2014)

Celkově zvolilo správnou odpověď 42,9 % respondentů z obou skupin. Pro porovnání je skupina žáků SZŠ méně úspěšná (34,1 %) než studenti VOŠZ (56 %). P hodnota se rovná 0,0002, zamítáme nulovou hypotézu pro tuto otázku.

Otázka číslo 16: Ve filozofii Jing a Jang věří:

- a) Rom
- b) Muslim
- c) Žid
- d) Vietnamec**

Tabulka 20. Jing Jang

Zvolená odpověď	SZŠ n	SZŠ %	VOŠZ n	VOŠZ %	Celkem n	Celkem %
a)	9	5, 2 %	7	6 %	16	55, 4 %
b)	19	11 %	4	3, 4 %	23	8 %
c)	10	5, 8 %	10	8, 6 %	20	6, 9 %
d)	135	78 %	95	81, 6 %	230	79, 6 %
P hodnota = 0, 5379						

„Síly jing a jang ovlivňují rovnováhu a harmonii zdraví. Zdraví je vnímáno jako rovnováha mezi horkem a chladem, mezi suchem a vlhkem. Nerovnováha těchto sil způsobuje nemoc“. (Ivanová, 2005 s. 195)

Obě testované skupiny zvolily správnou odpověď v 79, 6 %. Úspěšnější byli studenti VOŠZ - 81, 6 %. Žáci SZŠ odpověděli správně v 78 %. P hodnota je 0, 5379, nezamítáme nulovou hypotézu této otázky.

Otázka číslo 17: Co je důležité respektovat u košer diety u Židů?

- a) maso a mléčné výrobky se nesmí konzumovat společně
- b) maso a mléčné výrobky se mohou konzumovat společně
- c) nesmí konzumovat mléčné výrobky
- d) nesmí konzumovat maso

Tabulka 21. Košer

Zvolená odpověď	SZŠ		VOŠZ		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
a)	72	41,6 %	83	71,6 %	155	53,6 %
b)	30	17,3 %	10	8,6 %	40	13,8 %
c)	49	28,3 %	11	9,5 %	60	20,8 %
d)	22	12,7 %	12	10,3 %	34	11,8 %
P hodnota = 0						

„Židovské předpisy ohledně stravy jsou velmi přísné a do značné míry závisí od postoje jednotlivců. Zákony diety košer předepisují, která jídla jsou dovolena a která ne: maso a mléčné výrobky se nesmí konzumovat společně; mléko a mléčné výrobky se mohou konzumovat pouze před jídlem, nebo 6 hodin po tom, co bylo konzumováno maso“ (Podrazilová, 2016 s. 58-59).

V otázce celkově uspělo 53,6 % respondentů. Celkem 41,6 % žáků SZŠ odpovědělo správně a 71,6 % studentů VOŠZ. Studenti VOŠZ jsou opět úspěšnější. P hodnota se rovná 0, zamítáme nulovou hypotézu. Je zde statisticky významný rozdíl mezi testovanými skupinami.

Otázka číslo 18: Rituální očista u muslima:

- a) lze ji nahradit hygienou (omýváním) na lůžku
- b) je nutná tekoucí voda a daný postup očisty těla**
- c) nezáleží na postupu rituálního mytí těla
- d) lze nahradit koupelí ve vaně

Tabulka 22. Rituální očista

Zvolená odpověď	SZŠ		VOŠZ		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
a)	17	9,8 %	25	21,6 %	42	14,5 %
b)	118	68,2 %	78	67,2 %	196	67,8 %
c)	22	12,7 %	7	6 %	29	10 %
d)	16	9,2 %	6	5,2 %	22	7,6 %
P hodnota = 0,8726						

„Muslim se musí denně k modlitbám omývat (obličej, ruce, nohy, ústa a uši)“ (Ivanová, 2005 s. 218)

„Normální hygienická péče nemůže nahradit mytí rituální. K tomu je nutná tekoucí voda, zachování určitého postupu pořadí mytí a muslim uvádí i záměr rituálního mytí“ (Ivanová, 2005 s.220)

„Je nutné respektovat jejich očistu před modlením,...“ (Kutnohorská, 2013 s. 96)

Co se rituální očisty u muslima týče, odpovědělo správně celkem 67,8 % respondentů. Rozdíl v úspěšnosti žáků a studentů bylo jen 1 % ve prospěch žáků SZŠ. Ač jen o 1 %, byla skupina žáků SZŠ úspěšnější. Žáci SZŠ odpověděli správně (68,2 %) a pro porovnání 67,2 % studentů VOŠZ zvolilo správnou odpověď. P hodnota je 0,8726, nulovou hypotézu nezamítáme pro tuto otázku. Neshledáme zde statisticky významný rozdíl.

Otázka číslo 19: U Vietnamců je nepřipustné

- a) podání ruky
- b) dotknout se hlavy a vlasů**
- c) podat předmět oběma rukama
- d) mlaskání, řihání při jídle

Tabulka 23. Vietnamci - dotek

Zvolená odpověď	SZŠ		VOŠZ		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
a)	36	20, 8 %	19	16, 4 %	55	19 %
b)	75	43, 3 %	62	53, 4 %	137	47, 4%
c)	17	9, 8 %	4	3, 4 %	21	7, 3 %
d)	45	26 %	31	27, 2 %	76	26, 3%
P hodnota = 0, 0918						

„Je zvykem při podání ruky podat pravici a levou rukou ji ještě lehce stisknout“. (Ivanová, 2005 s. 195)

„Většina Vietnamců nezná etiketu stolování Evropana, není žádným překvapením, když se Vietnamci chovají u jídla hlučně, dopřávají si zábavu“. (Tóthová, 2010 s.157)

„Nutno předcházet dotykům hlavičky novorozence“. (Tóthová, 2010 s.)

Otázka se týkala toho, co by měli zdravotníci respektovat u vietnamského etnika. Celková úspěšnost za obě skupiny je 47, 4 %. Pro porovnání, studenti VOŠZ byli úspěšnější – 53, 4 % a 43, 4 % žáků SZŠ odpovědělo správně. P hodnota je pro tuto otázku 0, 0918, nezamítáme nulovou hypotézu. Statisticky významný rozdíl v této otázce neshledáme.

Otázka číslo 20: je největším trestem pro Roma vyhnání z rodiny?

- a) ano
- b) ne

Tabulka 24. Rodina Roma

Zvolená odpověď	SZŠ n	SZŠ %	VOŠZ n	VOŠZ %	Celkem n	Celkem %
a)	134	77,5 %	109	94 %	243	84,1 %
b)	39	23,5 %	7	6 %	46	15,9 %
P hodnota = 0,0003						

„*Neexistuje snad jiný národ s tak silnými rodovými vazbami*“.
(Ivanová, 2005 s. 180)

Celkově za obě testované skupiny odpovědělo správně 84,1 %. Opět byla úspěšnější skupina respondentů z VOŠZ - 94 %. Méně úspěšní byli žáci SZŠ – 77,5 %. P hodnota je 0,0003. Zamítá se nulová hypotéza. Je zde statisticky významný rozdíl mezi testovanými skupinami.

Otázka číslo 21: Nejrozšířenějším náboženstvím na Ukrajině je:

- a) římskokatolická církev
- b) pravoslavná církev
- c) Islám
- d) Judaismus

Tabulka 25. Ukrajina

Zvolená odpověď	SZŠ n	SZŠ %	VOŠZ n	VOŠZ %	Celkem n	Celkem %
a)	43	24,9 %	14	12,1 %	57	19,7 %
b)	104	60,1 %	94	81 %	198	68,5 %
c)	14	8,1 %	3	2,6 %	17	5,9 %
d)	12	6,9 %	5	4,3 %	17	5,9 %
P hodnota = 0,002						

„Mezi Ukrajinci převládá pravoslavné náboženství, ...“.
(Zeleníková, 2014 s. 36)

„Ukrajinská kultura vyrůstá z křesťanských tradic, především z pravoslaví, ale také řeckého katolictví. Důležitou charakteristikou ukrajinské migrační komunity v České republice, kterou nelze opomenout, je poměrně vysoká reliogizita“.
(Kutnohorská, 2013 s. 115)

Odpověď pravoslavná církev celkem zvolilo celkem 68, 5 % respondentů. Relativní četnost u středoškoláků je 60, 1 % a u studentů VOŠZ 81 %. Opět je tu patrná vyšší úspěšnost u studentů VOŠZ. P hodnota se rovná 0, 002, zamítáme nulovou hypotézu.

Otázka číslo 22: Znalosti z multikulturní oblasti jsou pro mou budoucí profesi:

- a) Spíše užitečné
- b) Spíše neúžitečné
- c) Rozhodně užitečné
- d) Rozhodně neúžitečné

Tabulka 26. Využití multikulturních vědomostí v praxi

Zvolená odpověď	SZŠ n	SZŠ %	VOŠZ n	VOŠZ %	Celkem n	Celkem %
a)	90	52 %	56	48, 3 %	146	50, 5 %
b)	26	15 %	13	11, 2 %	39	13, 5 %
c)	37	21, 4 %	46	39, 6 %	83	28, 7 %
d)	20	11, 6 %	1	0, 9 %	21	7, 3 %

Otázka testovala, zda považují žáci a studenti zdravotnických škol znalosti z multikulturního ošetřovatelství za přínosné do praxe pro budoucí profesní život. Z tabulky je patrné, že valná většina žáků a studentů považuje tyto znalosti za spíše a určitě užitečné.

Celkově za obě skupiny respondentů zvolilo možnost spíše užitečné 50, 5 %. (52 % žáků SZŠ a 48, 3 % studentů VOŠZ). Možnost rozhodně užitečné

zvolilo 28, 7 % respondentů (21, 4 % žáků SZŠ a 39, 6 % studentů VOŠZ). Z tabulky je patrné, že bylo zvoleno více kladných než záporných odpovědí. Celkově možnost odpovědi spíše neúčinné zvolilo 13, 5 % respondentů (15 % žáků SZŠ a 11, 2 % studentů VOŠZ). A odpověď rozhodně neúčinné zvolilo pouze 7, 3 % respondentů (11, 6 % žáků SZŠ a 0, 9 % studentů VOŠZ).

Otázka číslo 23: Na praxi jsem měl(a) na starosti ošetrovatelskou o pacienta jiného etnika/kultury

- a) ano
- b) ne

Tabulka 27. Péče o pacienta jiné kultury

Zvolená odpověď	SZŠ n	SZŠ %	VOŠZ n	VOŠZ %	Celkem n	Celkem %
a)	61	35, 3 %	80	69 %	141	48, 8 %
b)	112	64, 7 %	36	31 %	148	51, 2 %

Pokud žáci/studenti odpověděli, že ano, tak nejčastější odpovědi byly:

Tabulka 28. Pacient

Etnikum	SZŠ n	SZŠ %	VOŠZ n	VOŠZ %
Rom	29	16, 8 %	52	46, 4 %
Vietnamec	19	11 %	34	30, 4%
Ukrajinec	5	26 %	10	8, 9 %
Muslim	1	0, 6 %	9	8 %

Kladně odpovědělo 69 % studentů VOŠZ a 64, 7 % žáků SZŠ. Pokud odpověděli kladně měli respondenti možnost napsat více možností o jakou kulturu/etnikum pacienta se jednalo. U studentů VOŠZ je více kladných odpovědí. Lze předpokládat, že studenti VOŠZ, kteří pokračují ve studiu z oboru Zdravotnický asistent se setkali častěji s klientem jiné kultury, protože již mají za sebou více praktických zkušeností ze zdravotnického zařízení. Je zde tedy možnost, že zahrnuli i zkušenost z praxe z předešlého studia.

Nejčastěji zvolené odpovědi na etnikum/kulturu pacienta dle tabulky č. 28 byli Rom (16, 8 % žáků SZŠ a 46, 6 % studentů VOŠZ), Vietnamec (11 % žáků SZŠ a 30, 4 % studentů VOŠZ), Ukrajinec (26 % žáků SZŠ a 8, 9 % studentů VOŠZ) a muslim (0, 6 % žáků SZŠ a 8 % studentů VOŠZ). Dále se objevila 5 x odpověď Arab, 4 x odpověď Bulhar, 3 x odpověď – islamista, Rumun, 2 x odpověď – chorvatská menšina, řecká menšina, německá menšina, Mongolec, Ital, Slovák, Maďar. Dále byly odpovědi, které měli jen jednoho zástupce, a to: Mulatka, Žid, Svědek Jehovův, Litevčan, Arménie, Rus, Sýrie, Černoch, Skot, Australan, Kanadán, Ind.

Zvolené minoritní skupiny popsané v teoretické části byly zvoleny dle literatury od Ivanové (2005), Kutnohorské (2013), Tóthové (2012 2012). Romská, vietnamská, ukrajinská a muslimská komunita se i ve výzkumu objevila jako nejčastější. Pouze jednou byla zvolena odpověď na židovskou komunitu a Svědek Jehovův.

Otázka číslo 24: Zdrojem informací z multikulturní oblasti je pro mě především:

- a) zdravotnická škola
- b) televize, internet, tiskoviny
- c) odborná literatura
- d) jiné, prosím uveďte

Tabulka 29. Zdroj informací

Zvolená odpověď	SZŠ n	SZŠ %	VOŠZ n	VOŠZ %	Celkem n	Celkem %
a)	60	33, 5 %	65	56 %	125	43, 3 %
b)	103	59, 6 %	29	25 %	132	45, 7 %
c)	9	4, 6 %	9	7, 8 %	18	6, 2 %
d)	4	2, 3 %	13	11, 2 %	17	5, 9 %

Otázka u respondentů zkoumá zdroj k multikulturní výchově. Nejčastější odpovědi se u testovaných skupin liší. Žáci SZŠ (59, 6 %) zvolilo odpověď televize, internet, tiskoviny jako hlavní zdroj informací. Dále 33, 5 % žáků SZŠ

zvolilo jako zdroj informací zdravotnickou školu, pouze 4, 6 % zvolilo odbornou literaturu. Dále byla možnost zvolit jinou odpověď. Mezi jinými odpověďmi se objevily následující poznámky: „*nic*“, 2 x respondenti napsali „*souhlasím se všemi odpověďmi*“, a dalším jiným zdrojem byl podle jednoho respondenta „*život*“.

Pro studenty Vyšší odborné školy zdravotnické je zdrojem informací především zdravotnická škola (56 %). Další nejčastější zvolenou odpovědí byla televize, internet a tiskoviny (25 %). Pro 7, 8 % studentů VOŠZ je zdrojem informací především odborná literatura. Možnost jiné zvolilo 11, 2 % respondentů. Mezi jiné odpovědi dle respondentů z VOŠZ patří: „*kontakt s danou osobou*“, „*základní škola*“, „*jiná vysoká škola*“, 2x se objevila odpověď „*praxe*“, dále „*práce + praxe*“, „*praxe + práce v zahraničí*“. A 6x se objevila odpověď „*souhlasí se všemi*“.

Otázka číslo 25: Ve kterém předmětu jste se o multikulturu dozvěděli především?

- a) ošetřovatelství
- b) psychologie
- c) multikulturní ošetřovatelství/výchova
- d) jiné, prosím uveďte

Tabulka 30. Předmět multikulturní výchovy

Zvolená odpověď	SZŠ	SZŠ	VOŠZ	VOŠZ	Celkem	Celkem
	n	%	n	%	n	%
a)	50	28, 9 %	49	42, 2 %	99	34, 3 %
b)	69	39, 9 %	12	10, 3 %	81	28 %
c)	26	15 %	52	44, 8 %	78	27 %
d)	28	16, 2 %	3	2, 7 %	31	10, 7 %

Otázka zjišťuje výuku multikulturní výchovy/ošetřovatelství na SZŠ a VOŠZ. Nejčastěji zvolená odpověď se u skupin respondentů liší. Žáci SZŠ nejvíce zvolili odpověď psychologie (39, 9 %), dále ošetřovatelství (28, 9 %), multikulturní ošetřovatelství/výchova (15 %) a jiné (16, 2 %). V odpovědi jiné

respondenti uvedli tyto možnosti: 24x „občanská nauka“, 2x „společenskovední základ“, 2x „souhlasím se všemi“. Studenti VOŠZ nejčastěji zvolili odpověď multikulturní výchova/ošetrovatelství (44, 8 %), ošetrovatelství (42, 2 %), psychologie (10, 3 %) a jiné (2, 7 %). Mezi odpověďmi jiné byly napsány tyto odpovědi: „odborné předměty na jiné VŠ“, „sociologie“, „dějepis“.

Otázka číslo 26: Uvažujete o práci v zahraničí?

- a) ano
- b) ne

Tabulka 31. Práce v zahraničí

Zvolená odpověď	SZŠ n	SZŠ %	VOŠZ n	VOŠZ %	Celkem n	Celkem %
a)	101	58,4 %	54	46,6 %	155	53,6 %
b)	72	41,6 %	62	53,4 %	134	46,4 %

Otázka zkoumá zájem žáků a studentů zdravotnických škol o práci v zahraničí. V zahraničí by se žáci a studenti setkávali s klienty jiných kultur. Již z otázky číslo 22 žáci a studenti uvedli, že poznatky v praxi spíše či rozhodně využijí. Tyto poznatky využijí jak v českém, tak v zahraničním zdravotnictví. Zájem o práci v zahraničí je u žáků SZŠ je vyšší (58,4 %) než u studentů VOŠZ (46,6 %).

Názory, připomínky, zkušenosti z praxe na konci dotazníku:

Na konci dotazníku měli respondenti možnost sami doplnit nějakou poznámku. Oceňují poznámku respondenta, který si přeje přednášky o této tématice zavést do zdravotnických škol.

Poznámky k dotazníku: „bariéry v komunikaci u Vietnamců a jiných etnik“, poznámka u dotazníku, kde byla vyplněna kladně odpověď na otázku č. 23 Rom a Ukrajinka: *klient byl velmi hlučný a měl nářky na to, že jsem žena. Klientka byla naopak velmi tichá a skromná*. Dále, „přeji hodně štěstí s diplomkou“, „Měli by se přizpůsobit nám“, „Děkuji za pozornost“, „Čau“, „Nemám zkušenosti“, „Vietnamci berou bílou barvu jako smutek, smrt, uctívají své předky“, „Jak to máme asi tak všechno vědět?“, → přednášky o této tematicke do středních zdravotnických škol“.

9. DISKUZE

Diplomová práce je zaměřena na vědomosti z multikulturní výchovy u žáků SZŠ (obor zdravotnický asistent) a studentů VOŠZ (obor diplomovaná všeobecná sestra). Pro výzkum byly vybráni respondenti z posledního a předposledního ročníku studia z důvodu zkušeností z praxe. Dále je diplomová práce zaměřena na výuku multikulturní výchovy, důležitost vědomostí pro praxi a osobní zkušenost respondentů s pacientem jiné kultury. Kapitola Diskuze je zaměřena na zjištěné výsledky a porovnání s výzkumy předešlými.

Otázka číslo 1 testovala význam úsměvu u Vietnamce. Celkem tak odpovědělo správně 36, 3 % respondentů (16, 2 % žáků SZŠ a 33, 6 % studentů VOŠZ). P hodnota otázky číslo 1 je 0, 0006, zamítáme nulovou hypotézu. Pro porovnání, uvádíme další výzkumy. Jelínková (2012) prováděla výzkum ve své diplomové práci, kde zkoumá znalosti o multikulturním ošetřovatelství u studentů VOŠZ a žáků SZŠ. V jejím výzkumu byl počet správných odpovědí vyšší u studentů Vyšších odborných škol (63 %) než u žáků SZŠ (29 %). Tuto otázku položila v diplomové práci i Zemanová (2016) všeobecným sestrám. V dotazníku vybíraly ze dvou možností. Správnou odpověď zvolilo 81, 7 % respondentů. Všeobecné sestry byly úspěšnější v porovnání s naším výzkumem u budoucích zdravotníků. Možná je i důvodem nepozornost a spojení si souvislosti o významech úsměvu. Více si význam úsměvu respondenti dávali do souvislosti s nepochopením pokynů. Možná měli žáci a studenti takovou zkušenost přímo v praktické výuce. V našem výzkumu byli respondenti méně úspěšnější v porovnání s minulými výzkumy.

Otázka č. 2 zjišťovala vědomosti ohledně stravovacích zvyklostí u Vietnamců. Ve druhé otázce odpovědělo správně celkem 48, 8 % respondentů. Středoškoláků odpovědělo celkem správně 40, 5 % a studentů VOŠZ 61, 2 %. P hodnota je 0, 0005, nulovou hypotézu zamítáme. Pro srovnání, Jelínková (2012) též zkoumala otázku stravování vietnamské minority, 26 % žáků SZŠ uvedlo odpověď mléko a mléčné výrobky a tuto odpověď zvolilo i 75 % studentů VOŠZ. V porovnání více správných odpovědi zvolilo nyní 40, 5 % středoškoláků, ale studentů VOŠZ odpovědělo správně méně - 61, 2 %. Kupilíková (2012) se ve své

bakalářské práci dotazuje sester, co nejčastěji konzumují lidé vietnamské národnosti. Odpověď mléčné výrobky ne zvolil nikdo.

Otázka č. 3 se týká půstu u pravoslavných. Správnou odpověď celkem zvolilo 90,3 % respondentů. Žáků SZŠ odpovědělo správně 85 % a studentů VOŠZ 98,3 %. P hodnota se rovná 0,0002 (méně než 0,01), zamítáme nulovou hypotézu. O něco více správných odpovědí zvolili studenti VOŠZ. Ohledně problematiky půstu je informováno celkem 90,3 % respondentů. Pro srovnání Hromová (2008) se zaměřuje ve své diplomové práci na specifika péče o ukrajinskou a ruskou minoritu. Výzkum prováděla u všeobecných sester, které z 81,7 % odpověděly, že během půstu věřící klienti odmítají maso. Je patrné, že při výzkumu u žáků a studentů je míra správných odpovědí o necelých 10 % vyšší.

Otázka č. 4 se týká půstu v období ramadán u muslimů. Správnou odpověď zvolilo celkem 34,3 % respondentů. Žáků SZŠ odpovědělo správně celkem 32,4 % a správnou odpověď u studentů VOŠZ zvolilo celkem 37,1 %. P hodnota otázky je 0,4092, nulovou hypotézu se nezamítáme. Není zde významný statistický rozdíl mezi vědomostmi u testovaných skupin respondentů. Jelínková (2012) zkoumala otázku ramadán. Zaměřila se na to, co je během postního měsíce zakázané. Správnou odpověď zvolilo 51 % žáků SZŠ a 84 % studentů VOŠZ. My jsme soustředili otázku na to, kdo naopak nemusí dodržovat postní povinnosti. Je patrné, že respondenti jsou více informováni o tom, co je během ramadánu nepovolené, než kdo je těchto příkazů zproštěn. Kousalová (2011) se ve výzkumu své diplomové práce dotazuje co ramadán pro muslimy znamená. Úspěšnost v správných odpovědi byla 70 %.

Otázka č. 5 se testuje znalosti o pilířích islámu. Celkem odpovědělo správně 37 % respondentů. U žáků SZŠ bylo správných odpovědí 36,4 % a u studentů VOŠZ 37,9 %. P hodnota se rovná 0,9105, nulovou hypotézu nezamítáme. Není zde statisticky významný rozdíl mezi testovanými skupinami. Nejvíce zvolenou odpovědí byla možnost d – daně chudým. Domnívá se tak celkem za obě testované skupiny žáků 53,3 % respondentů.

Otázka číslo 6 zjišťuje znalost pojmu mikve. Správně odpovědělo celkem 63, 3 % respondentů. U respondentů ze středních zdravotnických škol odpovědělo správně 56, 6 % a správnou odpověď zvolilo 73, 3 % studentů VOŠZ. P hodnota se rovná 0, 004, zamítáme nulovou hypotézu. Opět byli studenti VOŠZ úspěšnější. Pro porovnání uvádíme výzkum diplomové práce Jelínkové (2012), v jejím výzkumu odpovědělo správně 45 % žáků SZŠ a 60 % studentů VOŠZ, což je méně než v mém zkoumání. A dá se tvrdit, že jsou budoucí zdravotničtí pracovníci více informováni. Sellnerová (2011) si dala za úkol zjistit znalosti o židovství u studentů teologické, pedagogické a zdravotně sociální fakulty. V jejím výzkumu zvolilo správnou odpověď 49 % respondentů. Což je opět méně než v našem zkoumání.

Otázka číslo 7 zjišťuje znalost pojmu mohel. Správnou odpověď zvolilo celkem ze všech respondentů 51, 2 % respondentů. Žáků SZŠ odpovědělo správně 46, 2 % a studentů VOŠZ 59, 5 %. P hodnota je 0, 0273, nulovou hypotézu nezamítáme Pro porovnání uvádím výzkum Sellnerové (2011). Ta se vysokoškolských studentů (z pedagogické, zdravotně sociální a teologické fakulty) dotazuje na mužskou obřízku. Ve výzkumu 91 % respondentů uvedlo, že se provádí u muže 8. den po narození. Dále položila otázku ohledně ženské obřízky, kde 84 % respondentů zvolilo správnou odpověď, že se neprovádí. Ve srovnání výzkumů je vidět, že respondenti měli větší znalosti o tom, kdy a u koho se obřízka provádí, nežli o tom, kdo ji provádí.

Otázka číslo 8 zjišťuje vědomosti ohledně romské menšiny – původní zemi Romů. Z celkového počtu respondentů odpovědělo správně 39, 4 %. Žáků SZŠ odpovědělo správně 40, 5 % a studentů VOŠZ 46, 6 %. P hodnota = 0, 3048, nezamítáme nulovou hypotézu pro tuto otázku. Více respondentů (47, 4 %) se domnívá, že zemí původu Romů je Rumunsko. Celkem se tak domnívá 54, 3 % žáků SZŠ a 39, 4 % studentů VOŠZ. Stejnou otázku položila v dotazníkovém šetření ohledně postojů k romské menšině u žáků a studentů zdravotnických škol Kovářová (2011). Úspěšnost respondentů ve správné odpovědi byla 29, 6 %. Úspěšnost v našem testování byla vyšší (39, 4 %). Stejnou otázku si položila v bakalářské práci Benešová (2013). Ta se tázala všeobecných sester, z jaké země se kterou mají mnoho společného pocházejí Romové. Celkem 40 % respondentů

odpovědělo správně. Pro porovnání byla úspěšnost podobná jako v našem testování.

Otázka číslo 9 se týká kulturních zvyků u Vietnamců – uctívání zemřelých. V této otázce nebyli respondenti příliš úspěšní. Celkově za obě skupiny počet správných odpovědí – 16, 3 %. Je opět vidět vyšší úspěšnost studentů VOŠZ – 17, 2 %. Žáci SZŠ – 15, 6 %. P hodnota se rovná 0, 7152. Nulovou hypotézu nezamítáme v této otázce. Otázka je zaměřená na kulturní zvyky u Vietnamců. Ovšem nejčastější odpovědi u obou skupin byla volba a – muslim.

Otázka číslo 10 zjišťuje znalost o stravovacích zvyklostech vyznavačů islámu. Celkem za obě testované skupiny odpovědělo správně 60, 6 %. Úspěšnost žáků SZŠ je 52 % a studentů VOŠZ je 73, 3 %. P hodnota je 0, 0003, zamítáme tedy nulovou hypotézu. Pro srovnání Norková (2008) provedla pro svou diplomovou práci výzkum o ošetrovatelské péči vyznavačů islámu u všeobecných sester v Jihočeském a Jihomoravském kraji. Položila otázku o zákazu druhu masa. A 68 % respondentů z Jihočeského kraje a 64 % z Jihomoravského kraje odpovědělo, že se jedná o vepřové maso. Všeobecné sestry byly úspěšnější. Otázkou stravování se zabývala i Kousalová (2011). V jejím zkoumání 52 % všeobecných sester uvedlo, že muslimové nesmí pozřít vepřové maso. Stejně se tak domnívají žáci SZŠ v našem testování (52 %). Starková (2012) zadala v dotazníku otázku o odmítání druhu masa u muslimů. Správnou odpověď zvolilo 89 % všeobecných sester. V tomto testování byli respondenti nejúspěšnější.

Otázka číslo 11 zkoumá vědomosti o přijímání transfúzí u svědku Jehovových. Pouze 24, 2 % respondentů odpovědělo správně. Žáků SZŠ zvolilo správnou odpověď 20, 8 % a studentů VOŠZ 29, 3 %. P hodnota je 0, 0774, nulovou hypotézu nezamítáme. Respondenti volili především možnost a – odmítají transfúzi plné krve (64 %). V detailnějším zaměření na přijímání krve byla úspěšnost nižší. Kořínková (2007) se v bakalářské práci dotazuje všeobecných sester na problematiku transfúzí Svědků Jehovových. Také se detailněji ptá i na možnost přijetí krevních derivátů. Ve výzkumu zvolilo správnou odpověď 11, 3 % respondentů. Žáci a studenti byli nyní ve výzkumu úspěšnější. Jelínková (2012) položila žákům a studentům zdravotnických škol

otázku, kdo by měl problém s přijetím transfúze. Ve výzkumu odpovědělo správně 64 % žáků SZŠ a 94 % studentů VOŠZ. Žáci a studenti dokáží identifikovat, která menšina má specifika ohledně přijetí transfúze, při detailnějším zaměření na tuto problematiku je úroveň vědomostí nižší.

Otázka číslo 12 zjišťuje znalosti o židovské komunitě. Z celkového počtu respondentů odpovědělo správně 56, 4 % účastníků výzkumu (63, 8 % studentů VOŠZ a 51, 4 % žáků SZŠ). P hodnota je 0, 0388, nulovou hypotézu nezamítáme, statisticky zde není rozdíl mezi testovanými skupinami. Kousalová (2011) zjišťovala u všeobecných sester znalost obsahu židovského zákona. Celkem 65 % respondentů uvedlo, že amputované končetiny a orgány se odevzdávají rodinám k pohřbení. Respondenti byli v našem testování méně úspěšnější respondenti z výzkumu než před šesti lety.

Otázka pod číslem 13 se týká stravovacích zvyklostí u Svědků Jehovových. Celková úspěšnost v otázce byla 52, 6 %. Opět byli úspěšnější studenti VOŠZ (66, 4 %) jich odpovědělo správně. Studenti SZŠ byli méně úspěšní (43, 4 %). P hodnota je 0, 0002, nulová hypotézu zamítáme. Kořínková (2007) prováděla v bakalářské práci výzkum u všeobecných sester. Jejich úspěšnost byla 51, 3 %. Je patrné, že úspěšnost je nyní takřka stejná (rozdíl u celkové úspěšnosti je pouze 0, 13 %).

Otázka číslo 14 zjišťuje vědomosti o vietnamské minoritě – projev bolesti. Celková úspěšnost u obou testovaných skupin je 66, 4 %. Žáci SZŠ dosáhli nižších výsledků (59 %) než studenti VOŠZ (77, 6 %). P hodnota je 0, 015, nulovou hypotézu nezamítáme pro tuto otázku. Jelínková (2012) položila otázku týkající se projevů bolesti u Vietnamců žákům SZŠ a studentům VOŠZ. Žáci a studenti byli úspěšnější v jejím testování úspěšnější. 78 % žáků SZŠ a 92 % studentů VOŠZ zvolilo odpověď, že Vietnavec nepožádá o léky proti bolesti. V našem testování více než polovina respondentů zvolila správnou odpověď, což lze pokládat za uspokojivý výsledek. O této skutečnosti jsou více informováno studenti VOŠZ (77, 6 %).

Otázka číslo 15 se týká zásad, které by mohly být vyžádány od pacientky muslimky. Celkově zvolilo správnou odpověď 42, 9 % respondentů z obou skupin. V porovnání je skupina žáků SZŠ méně úspěšná (34, 1 %) než studenti VOŠZ (56 %). P hodnota se rovná 0, 0002, zamítáme nulovou hypotézu. Kořínková (2007) položila tuto otázku všeobecným sestřím. Správně odpovědělo 16, 2 % respondentů a částečně správně odpovědělo 84, 6 % respondentů (byla možnost více odpovědí). Pro porovnání výzkumů respondenti v našem výzkumu než všeobecné sestry. V otázce je použito slovo zpravidla. V praxi jsem se setkala a setkávám s několika muslimkami. Některé přichází s doprovodem, některé ne. Preferují lékařku před lékařem.

Otázka číslo 16 se týká vietnamské minority – rovnováhy sil dle filosofie jing a jang. Celkem odpovědělo správně 79, 6 %. Úspěšnější byli studenti VOŠZ - 81, 6 % v porovnání se žáky SZŠ - 78 %. P hodnota je 0, 5379, nezamítáme nulovou hypotézu. O rovnováze sil jing a jang mají budoucí zdravotníci povědomí. Kousalová (2007) zjišťovala znalost sil jing a jang, 84 % všeobecných sester zvolilo správnou odpověď. V porovnání byli žáci a studenti zdravotnických škol méně úspěšnější než všeobecné sestry před deseti lety.

V otázce číslo 17 (košer dieta) celkově uspělo 53, 6 % respondentů. Celkem 41, 6 % žáků SZŠ a 71, 6 % studentů VOŠZ. Studenti VOŠZ jsou opět úspěšnější. P hodnota je 0, zamítáme nulovou hypotézu. Je zde statisticky významný rozdíl mezi testovanými skupinami. Pro srovnání uvádíme další výzkumy. Sellnerová (2011) se tázala studentů pedagogické, zdravotně sociální a teologické fakulty. Jejich úspěšnost ohledně požadavku oddělení masité a mléčné stravy byla 72 %. Podobně jako v našem testování u studentů VOŠZ (71, 6 %). Jelínková (2012) položila podobnou otázku žákům SZŠ a studentům VOŠZ. Žáků SZŠ odpovědělo správně 31 % a studentů VOŠZ 44 %. Je patrné, že úspěšnost v našem testování byla vyšší. Zemanová (2016) v diplomové práci se dotazuje všeobecných sester na stravování u židů. 85, 9 % respondentů uvedlo, že nemíchají masitou a mléčnou stravu. Zde byli respondenti nejúspěšnější.

Otázka číslo 18 se týká rituální očisty u muslimů. Správně odpovědělo celkem 67, 8 % respondentů. Žáků SZŠ odpovědělo správně celkem 68, 2 %

a studentů VOŠZ 67, 2 %. P hodnota je 0, 8726, nulovou hypotézu nezamítáme pro tuto otázku. Není zde statisticky významný rozdíl. Pro srovnání uvádíme výsledky výzkumu Jelínkové (2012). Ta testovala znalost rituální očisty muslimů u žáků SZŠ a VOŠZ. Úspěšnost u žáků SZŠ byla 45 % a studentů VOŠZ 66 %. Je patrné, že nynější testování na zdravotnických školách bylo úspěšnější. Žáci a studenti připravenější ohledně požadavku rituální očisty muslimského pacienta.

Otázka č. 19 zjišťuje kulturní specifika u vietnamské menšiny, konkrétně co je nepřipustné. Celková úspěšnost za obě skupiny je 47, 4 %. Úspěšnost studentů VOŠZ je 53, 4 % a žáků SZŠ 43, 4 %. P hodnota je pro tuto otázku 0, 0918, nezamítáme nulovou hypotézu. Statisticky významný rozdíl zde není. Lze říci, že přibližně polovina dotázaných žáků a studentů má vědomosti ohledně toho, co je nepřipustné při péči o pacienty vietnamské minority.

Otázka č. 20 zjišťovala znalosti o romské minoritě – rodina Roma. Respondenti vybírali ze dvou možností. Celkově 84, 1 % respondentů zvolilo správnou odpověď. A to 94 % studentů VOŠZ a 77, 5 % žáků SZŠ. P hodnota je 0, 0003. Zamítáme nulovou hypotézu. Je zde statisticky významný rozdíl. Valná většina respondentů zvolila správnou odpověď. Otázce se věnovala také Kořínková (2007). Ta se tázala všeobecných sester – jejich úspěšnost v otázce byla 80, 8 %. V porovnání s celkovým testováním (SZŠ a VOŠZ) byli úspěšnější respondenti v našem výzkumu (84, 1 %). S Romy se (co se týká menšin) se setkávají zdravotníci nejčastěji (potvrzeno i v otázce číslo 23). Pokládáme za podstatné v multikulturním ošetřovatelství znát specifika péče a kulturní znalosti o životě Romů.

Otázka číslo 21 zjišťuje nejrozšířenější náboženství na Ukrajině. Ukrajinci tvoří národnostní menšinu, také oni mohou vyžadovat specifickou kulturní péči. Odpověď pravoslavná církev celkem zvolilo 68, 5 % respondentů. Celkem odpovědělo správně 60, 1 % středoškoláků a 81 % studentů VOŠZ. Opět je tu patrná vyšší úspěšnost u studentů VOŠZ. P hodnota je 0, 002, zamítáme nulovou hypotézu. Pro srovnání uvádíme další výsledky výzkumu. Hromová (2008) prováděla v diplomové práci výzkum ohledně ošetřovatelské péče o Ukrajince. Tázala se všeobecných sester na četnost zastoupení víry na Ukrajině.

Celkem 58,3 % respondentů odpovědělo pravoslavná církev. Kupilíková (2012) též v diplomové práci položila otázku ohledně nejrozšířenějšího náboženství na Ukrajině. Respondenty byly všeobecné sestry. 43,75 % respondentů zvolilo správnou odpověď – pravoslavná církev. Žáci SZŠ a studenti VOŠZ byli v našem výzkumu úspěšnější.

Otázka číslo 22 se týkala využití vědomostí z multikulturní výchovy v praxi zdravotnického asistenta a diplomované všeobecné sestry. Otázka testovala, zda respondenti považují vědomosti z multikulturního výchovy za přínosné do praxe pro budoucí profesní život. Celkově za obě skupiny respondentů zvolilo možnost spíše užitečné 50,5 % (52 % žáků SZŠ se domnívá, že poznatky spíše využije a 48,3 % studentů VOŠZ se také domnívá, že poznatky spíše v budoucí profesi). Celkem 28,7 % respondentů se domnívá, že poznatky rozhodně využije (21,4 % žáků SZŠ a 39,6 % studentů VOŠZ). Bylo zvoleno více kladných odpovědí. Uvědomují si důležitost znalostí z multikulturní výchovy do praxe. Zvolení kladné odpovědi (spíše užitečné a rozhodně užitečné) může souviset s dosavadní zkušeností ošetrovatelské péče o klienta z jiné kultury. Odpověď spíše neužitečné zvolilo celkem 13,5 % respondentů (15 % žáků SZŠ a 11,2 % studentů VOŠZ). A odpověď rozhodně neužitečné zvolilo celkem pouze 7,3 % respondentů (11,6 % žáků SZŠ a 0,9 % studentů VOŠZ). Pro porovnání Jelínková (2012) se žáků SZŠ a studentů VOŠZ dotazovala, zda multikulturní vědomosti využijí v praxi. Možnost využijí zvolilo 23 % žáků SZŠ a 24 % studentů VOŠZ. Lze to srovnat s odpovědí rozhodně užitečné, kterou uvedlo 21,4 % žáků SZŠ a 39,6 % studentů VOŠZ. V našem výzkumu je více studentů VOŠZ přesvědčeno o využití poznatků z multikulturní výchovy. Možnost spíše využijí uvedlo 30 % žáků SZŠ a 46 % studentů VOŠZ. V našem výzkumu zvolilo celkově odpověď spíše užitečné 50,5 % respondentů. Za spíše užitečné považuje znalosti 52 % žáků SZŠ a 48,3 % studentů VOŠZ. V porovnání je to více než při výzkumu v roce 2012. Budoucí zdravotničtí pracovníci si uvědomují důležitost multikulturního ošetrovatelství.

Otázka číslo 23 zkoumala, zda se dotazovaní žáci a studenti setkali s pacientem jiné kultury v praxi. Zde vybírali z možnosti ano nebo ne a pokud zvolili odpověď ano, dále vyplňovali původ pacienta. Zde měli respondenti

možnost napsat více možností. U studentů VOŠZ je více kladných odpovědí (69 %) než u žáků SZŠ (35, 3 %). Lze předpokládat, že studenti VOŠZ, kteří pokračují ve studiu z oboru Zdravotnický asistent se setkali častěji s klientem jiné kultury, protože již mají za sebou více praktických zkušeností ze zdravotnického zařízení. Je zde tedy možnost, že zahrnuli i zkušenost z praxe z předešlého studia. Byla vytvořena tabulka číslo 24 s nejčastějšími odpověďmi (Rom, Ukrajinec, muslim, Vietnamec). Dále se objevili v dotaznících následující odpovědi: 5 x odpověď Arab, 4 x odpověď Bulhar, 3 x odpověď – islamista, Rumun, 2 x odpověď – chorvatská menšina, řecká menšina, německá menšina, Mongolec, Ital, Slovák, Maďar. Dále byly odpovědi, které měli jen jednoho zástupce, a to: Mulatka, Žid, Svědek Jehovův, Litevčan, Arménie, Rus, Sýrie, Černoch, Skot, Australan, Kanad'an, Ind. V praxi se s pacientem jiné kultury setkalo celkem za obě testované skupiny 48, 8 % respondentů. Česká společnost je multikulturní, téměř polovina dotazovaných respondentů měla na starosti ošetrovatelskou péči o pacienta jiné kultury.

Otázka číslo 24 zkoumá u žáků SZŠ a studentů VOŠZ, který zdroj informací využívají nejčastěji k multikulturní výchově. Nejčastější odpovědi se u testovaných skupin liší. Žáci SZŠ (59, 6 %) zvolili odpověď televize, internet, tiskoviny jako hlavní zdroj informací. Dále 33, 5 % žáků SZŠ zvolilo jako zdroj informací zdravotnickou školu, pouze 4, 6 % zvolilo odbornou literaturu. Dále byla možnost zvolit jinou odpověď. Mezi jinými odpověďmi u respondentů ze středních zdravotnických škol se objevily následující vlastní odpovědi: „*nic*“, 2 x respondenti napsali „*souhlasím se všemi odpověďmi*“, a dalším jiným zdrojem byl podle jednoho respondenta „*život*“. Pro studenty Vyšší odborné školy zdravotnické je zdrojem informací především zdravotnická škola (56 %). Další nejčastější zvolenou odpovědí byla televize, internet a tiskoviny (25 %). Pro 7, 8 % studentů VOŠZ je zdrojem informací především odborná literatura. Možnost jiné zvolilo 11, 2 % respondentů. Mezi jiné odpovědi u studentů VOŠZ patří: „*kontakt s danou osobou*“, „*základní škola*“, „*jiná vysoká škola*“, 2x se objevila odpověď „*praxe*“, dále „*práce + praxe*“, „*praxe + práce v zahraničí*“. A 6x se objevila odpověď „*souhlasí se všemi*“. Pro porovnání, otázku ohledně zdroje informací položila žákům SZŠ a studentům VOŠZ také Jelínková (2012). Odpověď zdravotnická škola zvolilo 70 % středoškoláků a 62 % studentů Vyšší

odborné školy zdravotnické. V minulém výzkumu považuje více respondentů za hlavní zdroj multikulturní výchovy zdravotnickou školu. Zato nyní se zvýšil počet respondentů ze SZŠ, kteří považují za hlavní zdroj televizi, internet a tiskoviny – 59, 6 % a ve výzkumu Jelínkové (2012) tuto možnost zvolilo 22 % žáků SZŠ.

Otázka číslo 25 zjišťuje zařazení výuky multikulturní výchovy/ošetřovatelství na středních zdravotnických školách a vyšších odborných školách zdravotnických. Nejčastěji zvolená odpověď se u testovaných skupin liší. Žáci SZŠ nejčastěji zvolili odpověď psychologie (39, 9 %), dále ošetřovatelství (28, 9 %), multikulturní ošetřovatelství/výchova a jiné (16, 2 %). V odpovědi jiné respondenti uvedli tyto možnosti: 24x „občanská nauka“, 2x „společenskovední základ“, 2x „souhlasím se všemi“. Nejčastěji zvolenou odpovědí u studentů VOŠZ je multikulturní výchova/ošetřovatelství (44, 8 %), dále ošetřovatelství 42, 2 %, psychologie (10, 3 %) a odpověď jiné („odborné předměty na jiné VŠ“, „sociologie“, „dějepis“) zvolilo 2, 7 % studentů VOŠZ. Dle RVP oboru zdravotnický asistent je multikulturní výchova obsažena v několika vzdělávacích oblastech – ošetřovatelství a ošetřovatelská péče, společenskovední vzdělávání, sociální vztahy a dovednosti). SZŠ mají i možnost zařazení samostatného předmět. Možnost zařazení samostatného předmětu mají i VOŠZ.

Poslední otázka číslo 26 zkoumá zájem žáků a studentů zdravotnických škol o práci v zahraničí. V zahraničí by se žáci a studenti setkávali s klienty jiné kultury (jiných kultur). Již z otázky číslo 22 žáci a studenti uvedli, že poznatky v praxi spíše či rozhodně využijí. Tyto poznatky využijí jak v českém, tak v zahraničním zdravotnictví. Zájem žáků SZŠ je vyšší (58, 4 %) než zájem studentů VOŠZ (46, 6 %). Pro porovnání, tuto otázku ve výzkumu položila také Jelínková (2012). Kladně odpovědělo 41 % žáků SZŠ a 46 % studentů VOŠZ. Zájem studentů VOŠZ je srovnatelný a zájem žáků SZŠ je v našem zkoumání vyšší.

10. Strukturovaný rozhovor s pedagogem VOŠZ

„ Interview je metoda shromažďování dat o pedagogické realitě, která spočívá v bezprostřední verbální komunikaci výzkumného pracovníka a respondenta. “

(Chráska, 2016 s. 176)

Výhodou rozhovoru je osobní kontakt. Úspěšnost záleží na navázání přátelského kontaktu a otevření atmosféře. Strukturovaný rozhovor je charakteristický tím, že výzkumník má předem připravené otázky a jejich pořadí. Výhodou jsou stejné podmínky pro všechny respondenty a nevýhodou je obtížnější navázání kontaktu a pocit, že rozhovor působí strojeně. (Chráska, 2016)

Pro diplomovou práci byl umožněn rozhovor na vyšší odborné škole zdravotnické. Byl přislíben i rozhovor s pedagogem na střední zdravotnické škole, bohužel pro časovou vytíženost nedodán.

1. Jak zařazujete Multikulturní výchovu/ošetřovatelství do výuky? Máte samostatný předmět?

Je zařazena jako samostatný předmět ve 2. ročníku. Celkem je výuce věnována 12 hodin.

2. Z jakých zdrojů čerpáte pro výuku Multikulturní výchovy/ošetřovatelství?

Na internetových stránkách školy je zveřejněn seznam doporučené literatury k nastudování. Dále studenti samostatně zpracovávají vlastní prezentace na zvolené téma a tím sami vyhledávají zdroje informací.

Základní literatura:

IVANOVÁ, I; *Multikulturní ošetřovatelství I.*, Praha, Grada, 2005, ISBN 80-247-1212-1.

KUTNOHORSKÁ, J. *Multikulturní ošetřovatelství pro praxi*, Praha: Grada, 2012, ISBN 978-80-247-4413-1

ŠPIRUDOVÁ, L. a kol. *Multikulturní ošetřovatelství II.*, Praha: Grada Avicenum, 2006, ISBN 80-247-1213-X

Doporučená literatura:

PLEVOVÁ, I. a kol. *Ošetřovatelství II.* Praha: Grada 2011, ISBN 978-80-247-3557-

RYŠLINKOVÁ, M.; *Česká sestra v arabském světě*, Praha: Grada, 2009

3. Pořádáte exkurze v rámci Multikulturální výchovy/ošetřovatelství?

Ano. Muzeum romské kultury v Brně. Dále mešita, synagoga v rámci předmětu komunitní ošetřovatelství.

4. Spolupracujete s neziskovými organizacemi?

Ano. Dříve spolupráce s organizací Nesehnutí – workshopy. Nyní s organizací Člověk v tísni.

5. Mohou se studenti zúčastnit výměnných pobytů, stáží v zahraničí?

Ano. Německo – výměnné praxe. Skotsko – exkurze. Belgie – stáž. Dále probíhá přednáška z oblasti psychiatrie s odborníkem z Velké Británie.

Škola je velice otevřená Multikulturální výchově. Dle rozhovoru s pedagogem je vedení školy otevřené i k zahraniční spolupráci. Byla poskytnuta i struktura předmětu Multikulturální ošetřovatelství, který je součástí Přílohy č. 5.

11. ZÁVĚR

Diplomová práce se zaměřuje na oblast multikulturního vzdělávání na středních zdravotnických školách (obor zdravotnický asistent) a vyšších odborných školách zdravotnických (obor diplomovaná všeobecná sestra). Pro výzkum jsou vybráni respondenti z posledního a předposledního ročníku studia. Obor zdravotnický asistent a diplomovaná všeobecná sestra jsou obory, které se denně setkávají s lidmi a jelikož je česká společnost multikulturní, dochází a bude docházet i k setkání s lidmi z jiné kultury. Proto práce zkoumá vědomosti z multikulturní výchovy, zařazení multikulturní výchovy, důležitost vědomostí do praxe a zkušenosti z praxe u respondentů.

Pro výzkumnou část práce byly stanoveny cíle a hypotézy (viz. také podkapitola 6.1). Výzkum probíhal pomocí dotazníkového šetření (kvantitativní výzkum). Výzkumu se zúčastnilo celkem 289 respondentů (173 žáků SZŠ a 116 studentů VOŠZ) z celkem 8 škol z 16 oslovených. Hlavním cílem bylo zjistit úroveň vědomostí z multikulturní výchovy a zjistit zda, je mezi testovanými skupinami statisticky významný rozdíl. Ve výzkumu byl zjištěn pomocí P hodnoty statistický rozdíl v bodovém zisku mezi žáky SZŠ a studenty VOŠZ. Studenti VOŠZ byli v bodovém zisku úspěšnější v porovnání se žáky SZŠ. I relativní četnost ukazuje na lepší znalosti u studentů VOŠZ. Stanovená nulová hypotéza byla zamítnuta. Mezi žáky SZŠ a studenty VOŠZ je statisticky významný rozdíl v úrovni vědomostí v multikulturní výchově.

Dílčím cílem výzkumu bylo zjistit informace o výuce multikulturní výchovy. Tím se zabývala otázka číslo 24 a 25. Respondenti měli za úkol zvolit, ve kterém předmětu se o multikulturní výchově dozvěděli především. Studenti VOŠZ považují za hlavní zdroj informací vyšší odbornou školu zdravotnickou a žáci SZŠ považují za hlavní zdroj média – internet, televize, tiskoviny. Studenti VOŠZ získali poznatky z multikulturní výchovy především v předmětu multikulturní ošetrovatelství a žáci SZŠ v předmětu psychologie.

Dalším dílčím cílem bylo zjistit, zda se žáci SZŠ a studenti VOŠZ setkali na praxi s pacientem jiné kultury. To se potvrdilo v otázce č. 23. Téměř polovina respondentů má za sebou zkušenost s péčí o pacienta z jiné kultury.

Posledním dílčím cílem této práce bylo zjistit, zda pokládají respondenti poznatky z multikulturní výchovy za užitečné či neužitečné pro budoucí profesní život. Pozitivním zjištěním je, že převládá více kladných odpovědí. Respondenti si uvědomují důležitost vědomostí pro praxi.

Práce neměla význam jen pro mě k prohloubení znalostí o multikulturalismu, multikulturním ošetrovatelství a výchově, ale také pro školy, které se výzkumu zúčastnily a byly jim poskytnuty výsledky jako zpětná vazba. Výzkum může poukazovat na nedostatky ve vědomostech multikulturního ošetrovatelství. Stupeň vzdělání ovlivňuje znalosti o multikulturním ošetrovatelství. V praxi jsou přitom v přímém kontaktu s pacienty při zajišťování ošetrovatelské péče zdravotničtí asistenti stejně jako diplomované všeobecné sestry.

Pedagogové by měli svým žákům a studentům poskytnout aktuální informace ohledně specifik péče o jedince z jiné kultury a uvést žákům a studentům spolehlivé zdroje poznání (odborná literatura, internet, výzkumy nejen v rámci závěrečných kvalifikačních prací), motivovat vhodnou formou a metodou výuky.

Zajímavým zjištěním byly lepší výsledky v otázkách na židovskou komunitu v porovnání s minulými výzkumy (otázka 6 – mikve a 17 – košer). Ovšem v praxi se zdravotníci se zmíněnou komunitou setkávají zřídka (potvrzeno i v otázce č. 23). Pouze jeden respondent z 289 prováděl ošetrovatelskou péči o pacienta, hlásícího se k judaismu.

Vláda navrhla novelu zákona o nelékařských zdravotnických povoláních (zákon č.96/2004 Sb.), kde je navržen model vzdělávání 4+1. Zájemci o obor by nastoupili na střední zdravotnickou školu a poté pokračovali v jednoletém oboru na Vyšší odborné škole a studium ukončili absolutoriem. Ke schválení novely už chybí jen podpis prezidenta. (www.osetrovatelstvi.info). Dalo by se usuzovat, že by u zdravotnických pracovníků klesla znalost ohledně multikulturního přístupu k pacientům. S ročním nastavbovým studiem by měli absolventi pravděpodobně menší šanci získat práci v zahraničí, ale s pacienty ze zahraničí se setkávají

i v České republice. Dále je na Vyšší odborné škole vyučován i cizí jazyk (je i součástí absolutoria) a zkrácením studia by došlo také ke snížení úrovně znalostí z cizího jazyka.

SOUHRN

Diplomová práce nese název Multikulturní přístup k pacientům ve zdravotnictví. Hlavním cílem je zjistit úroveň vědomostí u žáků středních zdravotnických škol (zdravotnický asistent) a studentů Vyšších odborných škol zdravotnických (diplomovaná všeobecná sestra) v multikulturní výchově/ošetřovatelství. Cílovou skupinou byli žáci a studenti ve 3. a 4. ročníků z důvodu již jejich praktických zkušeností. Vedle úrovně vědomostí je práce také zaměřená na zjištění, zda respondenti ošetřovali pacienta jiného etnika, zda pokládají znalosti z multikulturní výchovy za užitečné do praxe a kde čerpají informace.

Teoretická část práce popisuje multikulturalismus, multikulturní ošetřovatelství (konceptuální modely multikulturního ošetřovatelství), specifika ošetřovatelské péče vybraných minorit (dle doporučených a dostupných publikací v České republice). Teoretická část dále pojednává o multikulturní výchově, osobnosti pedagoga multikulturní výchovy. Dále je popsána multikulturní výchova z pohledu Rámcového vzdělávacího programu u oboru Zdravotnický asistent a popis oboru Diplomovaná všeobecná sestra.

Další částí práce je praktická část, která se věnuje výzkumu. Výzkum probíhal pomocí dotazníkového šetření. V praktické části je také popsána organizace výzkumu. Výzkum probíhal celkem na osmi zdravotnických školách (Jihomoravský kraj, Olomoucký kraj a kraj Vysočina). Celkový počet účastníků výzkumu je 289. Pro výzkum byla hypotéza, která byla následně statisticky ověřována pomocí p hodnoty, t testu. Ve výzkumu byla pro celkový bodový zisk nulová hypotéza zamítnuta, tudíž je mezi vědomostmi u testovaných skupin statisticky významný rozdíl. P hodnota byla pro detailnější zaměření vypočtena i pro jednotlivé otázky zvlášť (1-21). Získané výsledky byly v kapitole diskuze porovnávány s minulými výzkumy. Pro diplomovou práci byl také poskytnut jeden rozhovor na téma multikulturní výchovy a popis výuky předmětu. Dále byl také poskytnut časově tematický plán na další škole, která se účastnila výzkumu.

Klíčová slova:

Multikulturalismus, multikulturní ošetřovatelství, multikulturní výchova,
Zdravotnický asistent, Diplomovaná všeobecná sestra, zdravotnická škola

SUMMARY

This thesis is named Multicultural attitude to patients in health care. The main aim is to get to know knowledge of students of secondary nursing schools (Healthcare assistant) and Higher vocational schools of nursing (Diploma general nurse) in multicultural education/nursing. The tested students were from the third and fourth grade, because they already have practical experiences. The thesis is also aimed on finding whether respondents have taken care of patient of different culture, whether respondents consider the knowledge from multicultural education useful and what is their source of information.

Theoretical part of thesis describes multiculturalism, multicultural nursing (conceptual models of multicultural nursing), specific nursing care of selected minorities (according to recommended books about multicultural nursing in the Czech republic). Theoretical part describes multicultural education, the personality of teacher of multicultural education. Then there is described multicultural education according to framework educational programme of Health assistant and there is described studying programme Diploma general nurse.

The next part of thesis is practical part that is aimed on research. Research was done by questionnaire. In practical part is described organization of the research. Research was done together in eight nursing schools (south Moravian region, Vysočina region, Olomouc region). The amount of respondents is 289 together. For the research was made hypothesis that was proved by statistic methods (p value, t test). In the research was for the all score gain zero hypothesis rejected, so between tested groups is statistically significant difference. P value was counted for more detail information in questions 1-21. The results of research are shown and compared with other researches in chapter results and discussion. For thesis was provided one interview about multicultural education at school. And for thesis was provided time plan of subject multicultural education in one school that took part of the research

Key words:

Multiculturalism, multicultural nursing, multicultural education, Healthcare assistant, Diploma general nurse, nursing school

REFERENČNÍ SEZNAM

1. ANDREWS, M. M., J. S. BOYLE. 2012: *Transcultural concepts in nursing care*. 6th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins. ISBN 1608310752.
2. BANKS, J. A., 2010: *Multicultural education: issues and perspectives*. 7th ed. Hoboken, N.J.: Wiley. ISBN 04-704-8328-8.
3. BENEŠOVÁ, M. 2013. *Znalosti zdravotníků v rámci multikulturního ošetrovatelství v péči o romskou komunitu: bakalářská práce*. Jihlava: Vysoká škola Polytechnická Jihlava, Katedra zdravotnických studií. 84 s. Vedoucí bakalářské práce Lucie Linhartová.
4. BURDA, F. 2016. *Za hranice kultur: transkulturní perspektiva*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury. 312 s. ISBN 978-80-7325-402-5.
5. BRAUNOVÁ, A. 2009. *Ošetrovatelský přístup k Jehovovým svědkům na ošetrovacích jednotkách: diplomová práce*. Č. Bud.: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. 173 s. Vedoucí diplomové práce Gabriela Sedláková.
6. BURYÁNEK, J. 2006. *Multikulturní výchova v RVP*, dostupné na internetu www.rvp.cz/clanek/276/450, 18.1.2006.
7. ČENĚK, J.a kol. 2016 *Interkulturní psychologie: vybrané kapitoly*. Praha: Grada. 312 s. Psych. ISBN 978-80-247-5414-7.
8. ČERNÝ, K. 2015 *Nad Evropou půlměsíc. I., Muslimové v Česku a západních společnostech*. V Praze: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. 280 s. ISBN 978-80-246-3066-3.
9. DOLINSKÁ, V. 2010. *(Multi)kulturní perspektíva edukácie*. Brno: Tribun EU,Librix.eu. 87 s. ISBN 978-80-7399-914-8.
10. GULOVÁ, L. 2008. *Sociální pedagogika a multikulturní výchova v otázkách*. Brno: Masarykova univerzita. 212 s. ISBN 978-80-210-4724-2.
11. HÁJEK, M., a Ch. BAHBOUH. 2016 *Muslimský pacient: principy diagnostiky, terapie a komunikace: manuál o zásadách medicínského přístupu pro české či slovenské lékaře a zdravotníky praktikující v zemích islámu*. Praha: Grada Publishing. 199 s. ISBN 978-80-247-5631-8.
12. HLADÍK, J.2006 *Multikulturní výchova (socializace a integrace menšin)*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. 73 s. ISBN 80-7318-424-9.

13. HOLLAND, K., C. HOGG. 2010 *Cultural awareness in nursing and health care: an introductory text*. 2nd ed. London: Hodder Arnold. ISBN 0340972904.
14. HRABINOVÁ, M. 2014 *Výuka multikulturního ošetrovatelství ve vysokoškolském vzdělávání porodních asistentek: diplomová práce*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta. 95 s. Vedoucí práce Jana Majerová.
15. HROMOVÁ, M. 2008 *Specifika ošetřování Ukrajinských a Ruských klientů: diplomová práce*. Č. Bud., Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. 127 s. Vedoucí diplomové práce Gabriela Sedláková.
16. CHRÁSKA, M. 2016. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada. 256 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-5326-3.
17. IVANOVÁ, K. a kol.. 2005. *Multikulturní ošetrovatelství I*. Praha: Grada Publishing. 248 s. ISBN 80-247-1212-1.
18. Jehovisté a krevní deriváty 2009. *Zdravotnické noviny – Sestra* [online] 10.11. 2009 Mladá fronta, [cit. 2016-10-02]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/jehoviste-a-krevni-derivaty-448153>
19. JELÍNKOVÁ, D. 2012 *Multikulturní výchova na zdravotnických školách: diplomová práce*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta. 128 s. Vedoucí diplomové práce Jana Majerová.
20. JÍLKOVÁ, V. 2009 *Specifika ošetrovatelské péče u klientů židovského vyznání: diplomová práce*. Č. Bud.: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. 140 s. Vedoucí diplomové práce Dita Nováková.
21. JOYCE N. 2016 *Transcultural Nursing: Assessment and Intervention*. 7th ed. St. Louis, Mo.: Elsevier/Mosby. ISBN 978-0-323-39992-0.
22. KOBER L. 2008. *Specifika ošetrovatelské péče o cizince*. Sestra [online]. Praha: Mladá fronta, [cit. 2016-10-02]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/specifika-osetrovatelske-pece-o-cizince-397827>.
23. Konec registrace a kreditů: 4+1 ano, kredity už ne. *Ošetrovatelství 2017* [online]. [cit. 2017-06-09]. Dostupné z: <http://www.osetrovatelstvi.info/41-ano-kredity-uz-ne/>

24. KOŘÍNKOVÁ J. 2007 *Cizinec v našem lůžkovém zařízení – teorie kulturně rozdílné a shodné péče: bakalářská práce*. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. 89 s. Vedoucí bakalářské práce Miroslava Kyasová.
25. KOUSALOVÁ, R. 2011 *Role sestry při poskytování péče pacientům – cizincům: diplomová práce*. Č. Bud.: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. 153 s. Vedoucí diplomové práce Dita Nováková.
26. KOVÁŘOVÁ, E. 2011 *Komunikace s romským pacientem z pohledu studentů zdravotnických oborů: diplomová práce*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta. 132 s. Vedoucí diplomové práce Jana Kutnohorská.
27. KUKLA, L. 2016 *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada Publishing. 432 s. ISBN 978-80-247-3874-1.
28. KUPILÍKOVÁ, J. 2012. *Připravenost sester na péči o pacienta cizince: bakalářská práce*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. 111 s., Vedoucí bakalářské práce Alena Pistulková.
29. KUTNOHORSKÁ, J. 2013. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Praha: Grada Publishing. 160 s. ISBN 978-80-247-4413-1.
30. MASTILIAKOVÁ, D. 2007. *Implementace multikulturní variability do kulturní identity české společnosti a její odraz ve zdravotnické praxi: podpora multikulturního ošetrovatelského přístupu v celoživotním zdravotnickém vzdělávání u nelékařských oborů*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Filozoficko-přírodovědecká fakulta, Ústav ošetrovatelství. 163 s. ISBN 978-80-7248-406-5.
31. MOREE, D., I. JANSKÁ. 2008. *Než začneme s multikulturní výchovou: od skupinových konceptů k osobnostnímu přístupu*. Praha: Člověk v tísni. 110 s. ISBN 978-80-86961-61-3.
32. MOREE, D. 2015. *Základy interkulturního soužití*. Praha: Portál. 204 s. ISBN 978-80-262-0915-7.
33. Národnostní menšiny. *Multikulturazlin. Multikultura 2015* [online]. Zlínský kraj: Sedukon, [cit. 2016-10-09]. Dostupné z: <http://www.multikulturazlin.cz/l.php?id=2>

34. Národnostní menšiny [online]. *Vláda ČR*, 2009-2017 [cit. 2017-02-12]. Dostupné z: <https://www.vlada.cz/cz/pracovni-a-poradni-organy-vlady/rnm/mensiny/narodnostni-mensiny-15935/>
35. NEŠPOR, Z. R., Z. VOJTÍŠEK. 2015. *Encyklopedie menších křesťanských církví v České republice*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. 655 s. ISBN 978-80-246-3315-2.
36. NORKOVÁ, J. 2008. *Co je povolené a co je zakázané při ošetřování vyznavače islámu: diplomová práce*. Č. Bud.: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. s.106. Vedoucí diplomové práce Gabriela Sedláková.
37. Obřizce z jiných, než zdravotních důvodů v ČR zákon nebrání. *Zdravi.euro* [online]. 2.8. 2012 [cit. 2017-05-31]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/denni-zpravy/z-domova/obrizce-z-jinych-nez-zdravotnich-duvodu-v-cr-zakon-nebrani-465772>
38. PLEVOVÁ, I. 2011. *Ošetřovatelství I.*: Praha: Grada Publishing. 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3.
39. PODLAHOVÁ, L. 2007. *Učitel sekundární školy: studijní opora*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. Texty k distančnímu vzdělávání v rámci kombinovaného studia. 136 s. ISBN 978-80-244-1828-5.
40. PODRAZILOVÁ, P. a kol. 2016. *Teorie ošetřovatelství: (skripta pro bakalářské studijní obory)*. Liberec: Technická univerzita v Liberci. 136 s. ISBN 8-80-7494-297- 6.
41. Pojetí multikulturní a interkulturní výchovy. *Osobnostní rozvoj pedagoga: zvyšování pedagogických kompetencí* [online]. Praha [cit. 2017-01-15]. Dostupné z: <http://osobnostnirozvojpedagoga.cz/moduly/m1/1-3-pojeti-multikulturni-a-interkulturni-vychovy.html>
42. PTÁČEK, R., P. BARTŮNĚK. 2014. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada Publishing. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. 519 s. ISBN 978-80-247-5471-0.
43. PREISSOVÁ, A. a kol. 2012. *Jinakost, předsudky, multikulturalismus: možnosti a limity multikulturní výchovy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 234 s. . ISBN 978-80-244-3287-8.
44. PREISSOVÁ, A. 2016 *Za hranice multikulturalismu*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 164 s. ISBN 978-80-244-4966-1.

45. POŠVAŘOVI J. a J.: *Židovská rituální lázeň – mikve v budově hotelu Joseph1699* [online]. Accomo s.r.o [cit. 2017-04-05]. Dostupné z:
http://www.joseph1699.cz/prilohy/%C5%BDidovsk%C3%A1%20ritu%C3%A1ln%C3%AD%20%C3%A1ze%C5%88_%C4%8Desky.pdf
46. Příručka pro jednání s romskou komunitou v oblasti zdravotních služeb. *Evropská komise* [online]. 2007 [cit. 2017-02-09]. Dostupné z:
http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2004/action3/docs/2004_3_01_manuals_cs.pdf
47. Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělávání 53-14-M/01 Zdravotnický asistent, Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 29.5.2008 čj. 6907/2008-3 [online] [cit. 2017-02-12]. Dostupný z www.nuov.cz
48. SELLNEROVÁ, T. 2011. *Židovství, židovské přístupy k vybraným kapitolám bioetiky a jejich reflexe českými studenty: diplomová práce*. Č. Bud.: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. 87 s. Vedoucí diplomové práce Jiří Šimek.
49. Semináře pro učitele. *Židovská obec Brno* [online]. 2017 [cit. 2017-04-05]. Dostupné z: <https://www.zob.cz/vzdelavani/seminare-pro-ucitele/>
50. SHEIKH A., A.R.GATRAD. 2004. *Caring for muslim patients*. Radcliffe Medical Press: Abingdon. 144 s. ISBN 1857753720.
51. SPIEGEL, P. 2007. *Kdo jsou Židé?* Brno: Společnost pro odbornou literaturu – Barrister & Principal. 254 s. ISBN 978-80-87029-07-7.
52. STARKOVÁ, N. 2012. *Specifika ošetrovatelské péče u muslimů: bakalářská práce* Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. 62 s. Vedoucí bakalářské práce Zuzana Jandíková.
53. ŠLECHTOVÁ D., O.BÜRGEROVÁ 2009. Specifika romského etnika ve vztahu k poskytování zdravotní a ošetrovatelské péče. *Kontakt*. Č. 1, s.187-192. ISSN 1212-4117. [online] [cit. 2017-02-12] Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120330100015158247.pdf>
54. ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. 2003. *Přehled vývojové psychologie*. 2. nezm. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého. 175 s. ISBN 80-244-0629-2.
55. ŠIŠKOVÁ T. 2008. *Výchova k toleranci a proti rasismu*. Portál, 280 s. ISBN 978-80-7367-182-2

56. ŠPIRUDOVÁ, L. 2004. *Pečujeme o klienty odlišných kultur a etnik: Transkulturní péče v praxi aneb jak překonávat komunikační a kulturní bariéry při péči o pacienty odlišných etnik a kultur*. Olomouc Dostupné z: http://www.meta-ops.cz/sites/default/files/pecujeme_o_klienty_odlisnych_etnik_a_kultur.pdf
57. ŠPIRUDOVÁ, L. 2006. *Multikulturní ošetrovatelství II*. Praha: Grada Publishing. 248 s. ISBN 80-247-1213-X.
58. TOLLAROVÁ B.2013. *Jsme lidé jedné země*. Portál 259s. ISBN 978-80-262-0376-6.
59. TÓTHOVÁ V. a kol., 2010. *Zabezpečení efektivní ošetrovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu*. České Budějovice: Triton. 195 s. ISBN 978-80-7387-414-8.
60. TÓTHOVÁ, V. a kol.2012. *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin: vybrané kapitoly*. Praha: Triton. 277 s. ISBN 978-80-7387-645-6.
61. Učební plán oboru vzdělání Diplomovaná všeobecná sestra 53-41-N/11 Infoabsolvent.cz. Informační systém o uplatnění absolventů škol na trhu práce | Infoabsolvent.cz [online].Dostupnéz: <http://www.infoabsolvent.cz/Obory/UcebniiPlan/5341N11/Diplomovana-vseobecna-sestra>
62. Ukrajina: základní charakteristika teritoria, ekonomický přehled. *Ministerstvo zahraničních věcí Česká republika* [online]. [cit. 2017-01-15]. Dostupné z: http://www.mzv.cz/jnp/cz/encyklopedie_statu/evropa/ukrajina/index.html
63. VELKOBORSKÁ, J. 2009. *Základy ošetrování pacientů islámské komunity*. [online]. Sestra Mladá fronta, [cit. 2017-02-26]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/zaklady-osetrovani-pacientu-islamske-komunity-415921>.
64. Výživa a multikulturní ošetrovatelství 2005. *Zdravotnické noviny - Sestra* [online]. 7.3. 2005 [cit. 2017-02-26]. Mladá fronta Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/vyziva-a-multikulturni-osetrovatelstvi-302955>
65. ZELENÍKOVÁ, R. 2014. *Transkulturní ošetrovatelství: studijní opora*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. 73 s. ISBN 978-80-7464-549-5.
66. ZEMANOVÁ, L. 2016 *Aspekty poskytování kulturně specifické ošetrovatelské péče.: diplomová práce*. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí diplomové práce Magdalena Lavičková.

SEZNAM ZKRATEK

atd.	a tak dále
č.	číslo
ČR	Česká republika
EU	Evropská unie
NCO NZO	Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
RVP	Rámcový vzdělávací program
SZŠ	Střední zdravotnická škola
tzv.	takzvané
VOZŠ	Vyšší odborná škola zdravotnická
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
WHO	World health organization (překlad Světová zdravotnická organizace)

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1.	Popisná statistika
Tabulka 2.	Frekvenční rozdělení proměnné skóre
Tabulka 3.	Popisná statistika před testováním hypotéz
Tabulka 4.	Výpočet t-testu
Tabulka 5.	Úsměv Vietnamce
Tabulka 6.	Stravování Vietnamců
Tabulka 7.	Půst pravoslavných
Tabulka 8.	Ramadan
Tabulka 9.	Pilíře islámu
Tabulka 10.	Mikve
Tabulka 11.	Mohel
Tabulka 12.	Původ Romů
Tabulka 13.	Uctívání předků
Tabulka 14.	Stravování muslimů
Tabulka 15.	Transfúze svědků Jehovových
Tabulka 16.	Amputace
Tabulka 17.	Stravování svědků Jehovových
Tabulka 18.	Vietnamci – bolest
Tabulka 19.	Ošetřování muslimky
Tabulka 20.	Jing Jang
Tabulka 21.	Košer
Tabulka 22.	Rituální očista muslima
Tabulka 23.	Vietnamci – dotek
Tabulka 24.	Rodina Roma
Tabulka 25.	Ukrajina
Tabulka 26.	Využití multikulturních vědomostí v praxi
Tabulka 27.	Péče o pacienta jiné kultury
Tabulka 28.	Pacient
Tabulka 29.	Zdroj informací
Tabulka 30.	Předmět multikulturní výchovy
Tabulka 31.	Práce v zahraničí
Tabulka 32	Přehled správných a špatných odpovědí v absolutní četnosti

Tabulka 33

Přehled správných a špatných odpovědí v relativní četnosti

SEZNAM GRAFŮ

- Graf 1** **Frekvenční rozdělení proměnné skóre u obou testovaných skupin (SZŠ + VOŠZ)**
- Graf 2** **Frekvenční rozdělení proměnné skóre u studentů VOŠZ**
- Graf 3** **Frekvenční rozdělení proměnné skóre u žáků SZŠ**
- Graf 4** **Krabicový graf**

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha 1** **Počet vybraných menšin na území ČR se zaevidovaným pobytem (přechodný a trvalý) k 31.12. 2016 dle MVČR**
- Příloha 2** **Model vycházejícího slunce M.Leininger**
- Příloha 3** **Model kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče Giger Davidhizar**
- Příloha 4** **Ukázka Časově tematického plánu výuky multikulturního ošetřovatelství na SZŠ Znojmo**
- Příloha 5** **Ukázka struktury výuky na VOŠZ Brno**
- Příloha 6** **Dotazník**
- Příloha 7** **Rozhovor s učitelem/učitelkou – struktura**
- Příloha 8** **Přehled správných a špatných odpovědí v absolutní četnosti**
- Příloha 9** **Přehled správných a špatných odpovědí v relativní četnosti**

PŘÍLOHY

Příloha 1

Počet vybraných menšin na území ČR se zaevidovaným pobytem (přechodný a trvalý) k 31.12. 2016 dle MVČR

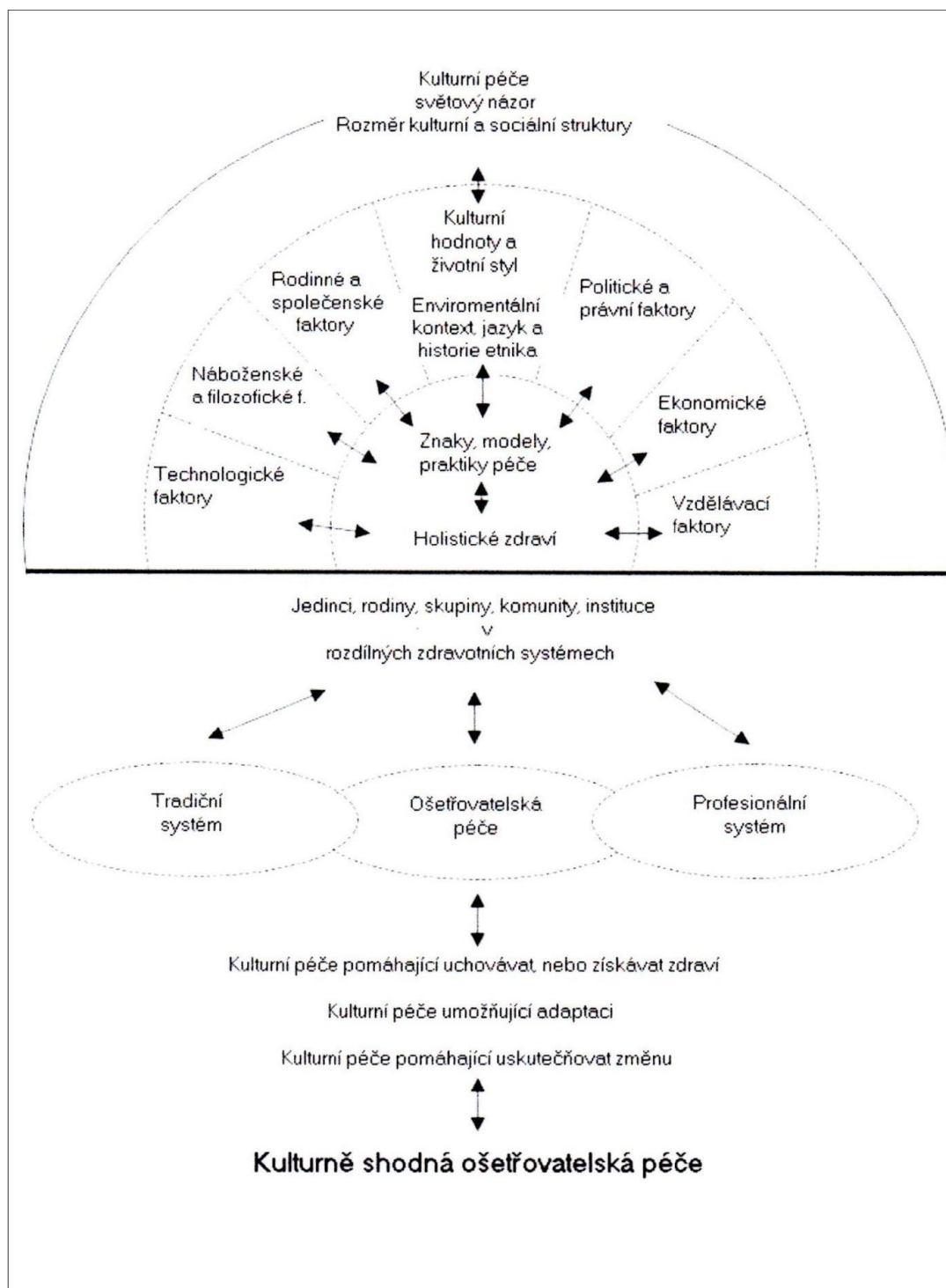
Zdroj: <http://www.mvcr.cz/clanek/cizinci-s-povolenym-pobytem.aspx>

Stát	Přechodný pobyt	Trvalý pobyt
Bělorusko	1 908	3 146
Bulharsko	7 734	4 516
Chorvatsko	697	2 013
Maďarsko	3 444	658
Německo	16 756	4 460
Polsko	9 552	10 753
Rusko	15 224	20 763
Řecko	746	604
Srbsko	859	2 029
Ukrajina	29 036	81 209
Vietnam	9 509	48 571

Příloha 2

Model vycházejícího slunce M. Leininger

Převzato z: Špirudová L. *Multikulturní ošetřovatelství II.*, Praha, Grada 2006. ISBN 80-247-1213-X.



Příloha 3

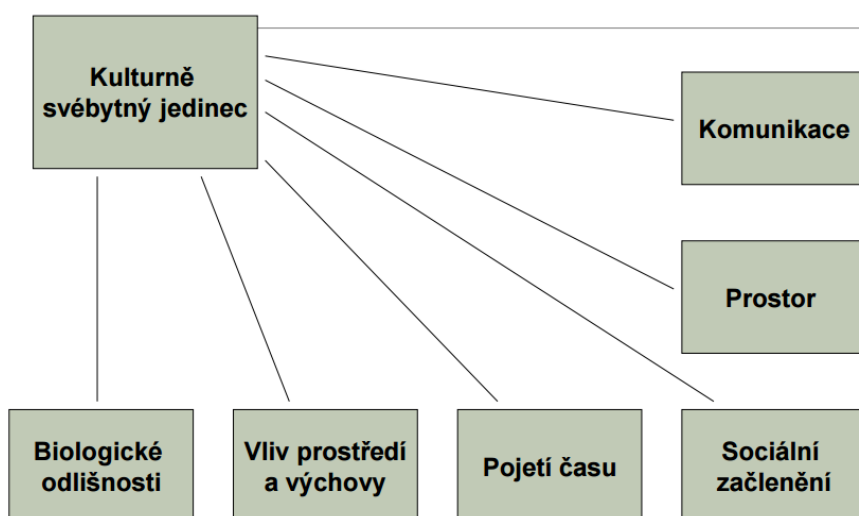
Model kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče Giger Davidhizar

Převzato z:

[https://is.muni.cz/el/1411/podzim2015/MIKTO031p/um/Giger_a_Davidhizar.pdf?lang=](https://is.muni.cz/el/1411/podzim2015/MIKTO031p/um/Giger_a_Davidhizar.pdf?lang=cs)

cs

Model ošetřovatelského posuzování



Příloha 4

Ukázka Časově tematického plánu výuky multikulturního ošetřovatelství na SZŠ

Znojmo. Použito s laskavým svolením Mgr. Jelínkové

TÉMATICKÝ PLÁN
Multikulturní ošetřovatelství

Studijní obor: 53 – 41 - M/01
ZDRAVOTNICKÝ ASISTENT

Školní rok: 2016/2017

Ročník: 3.

Vyučující: Mgr. Jaroslava Jelínková

UČEBNÍ OSNOVA

Název vyučovacího předmětu: Multikulturní ošetřovatelství

Obor vzdělání: 53-41-M/01 Zdravotnický asistent

Celkový počet vyučovacích hodin: 31 (hodina týdně)

Platnost učební osnovy: od 1. 9. 2010

POJETÍ VYUČOVACÍHO PŘEDMĚTU

Obecné cíle předmětu

Obecným cílem multikulturního ošetřovatelství je připravit žáky na aktivní a odpovědný život v demokratické společnosti. Směřuje k pozitivnímu ovlivňování hodnotové orientace žáků, aby byli slušnými lidmi a odpovědnými občany svého demokratického státu, aby jednali uvážlivě nejen pro vlastní prospěch, ale též pro veřejný zájem. Učí je uvědomovat si vlastní identitu, kriticky myslet, nenechat se manipulovat a co nejvíce porozumět světu, v němž žijí.

Charakteristika učiva

Předmět seznamuje žáky se základní multikulturní terminologií. Učí žáky znát základní charakteristiky etnických, kulturních a náboženských skupin. Poskytuje prioritní poznatky k realizaci ošetřovatelské péče u klientů s ohledem na jejich etnické, kulturní a duchovní specifika.

Vyučovací předmět Multikulturní ošetřovatelství prolíná celým vzděláváním a již svou podstatou zásadně:

- Rozvíjí teoretický základ pro multikulturní ošetřovatelské postupy
- Učí znát žáky základní charakteristiky jednotlivých národností, kulturních a náboženských skupin, které jsou v našem okrese nejvíce zastoupeny
- Seznamuje s typickými znaky kultur hlavních národností na našem území
- Na modelových situacích učí žáky základům komunikace s cizinci a informuje je s možnostmi projevů intolerance a rasismu
- Směřuje k získání přehledu o kulturním dění
- Utváří náhled na vliv prostředků masové komunikace na utváření kultury
- Směřuje žáky k oproštění se od stereotypů, předsudků a předsudečného jednání ve vztahu k lidem jiné víry, etnického původu nebo sociálního zařazení

Strategie výuky

Vyučování má teoreticko-praktický charakter, výklad učitele je propojován s praktickým nácvikem komunikace, žáci budou průběžně spolupracovat na projektovém vyučování.

K výuce je používáno frontální, skupinové vyučování, individuální přístup. Nejčastější z metod, použitých ve výuce jsou: výklad, samostatná práce, rozhovor, brainstorming, diskuze v plénu, myšlenkové mapy, pětilístek, metoda INZERT, volné psaní, přemýšlení ve dvojicích a veškeré metody sloužící ke kreativnímu myšlení. Vyučující vede žáky k samostatné práci a samostatnému vyhledávání informací o příslušnících jiných etnik. Využívá vhodným způsobem mezipředmětové vztahy a aktivně tyto poznatky uplatňuje ve výuce.

Mezipředmětové vztahy

Základy společenských věd, Informační a komunikační technologie, Výchova ke zdraví, Edukace, Ošetřovatelství ošetřování nemocných, Psychologie

Předpokládané výsledky vzdělávání	Vzdělávací obsah (31)
Žák <ul style="list-style-type: none">• Objasní podstatu multikulturního ošetřovatelství• Analyzují rady pro péči o klienty a jednoduchou formou je umí prezentovat.• Jsou schopni nastínit problémy při poskytování oš. péče cizincům	Úvod do předmětu multikulturní ošetřovatelství <ul style="list-style-type: none">• Multikulturní ošetřovatelství• Multikulturní výchova, problémy v multikulturní výchově, faktory ovlivňující transkultur. ošetřovatelství• Rady pro péči o pacienta pocházejícího z jiné kultury 2 hod. (září)
<ul style="list-style-type: none">• Volně interpretuje základní pojmy multikulturní terminologie• Jmenuje fáze kulturního šoku, uvede příklady• Zhodnotí specifika lidového léčitelství a západní medicíny, verbalizuje svůj postoj k pojetí léčby	Multikulturní terminologie <ul style="list-style-type: none">• Etnikum, etnicita, etnické vědomí• Národ, národnost, rasa, národnostní menšina• Xenofobie, diskriminace, rasy, rasismus• Kultura, akulturace, asimilace• Předsudky, stereotypy 2 hod. (září) <ul style="list-style-type: none">• Systém zdravotní péče jako subkultura, kulturní šok• Lidové léčitelství a západní medicína 1hod. (září)
<ul style="list-style-type: none">• Formulují rozdíly mezi majoritní a odlišnou kulturou minorit• Vymezí základní charakteristiky vybraných etnických, kulturních a náboženských skupin• Při modelových situacích umí přizpůsobit plán ošetřovatelské péče s ohledem na etnické, kulturní a duchovní specifika klientů	Multikulturní společnost v ČR - specifika menšin <ul style="list-style-type: none">• Romové- Původ, současnost, dělení- Hodnotový systém, víra a specifika životního způsobu- Rituály- Komunikace- Stravování- Zdraví a nemoc 5 hod. (říjen-listopad)
	<ul style="list-style-type: none">• Vietnamci- Charakteristika etnika- Tradiční rodinná a příbuzenská struktura- Rituály

	<ul style="list-style-type: none"> - Specifika komunikace - Stravování - Zdraví a nemoc <p style="text-align: right;">4 hod. (listopad-prosinec)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Mongolové - Charakteristika etnika - Náboženství a víra, rituály - Specifika komunikace - Stravování - Zdraví a nemoc <p style="text-align: right;">4 hod. (prosinec-leden)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Ukrajinci - Charakteristika etnika, specifika péče <p style="text-align: right;">1 hod. (únor)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Rusové - Charakteristika etnika, specifika péče <p style="text-align: right;">1 hod. (únor)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Vymezí oblasti na získávání informací duchovní anamnézy jako součást celkového posouzení stavu potřeb klienta 	<ul style="list-style-type: none"> • Čiňané - Charakteristika etnika - Náboženství a víra - Specifika komunikace - Stravování - Tradiční rodinná a příbuzenská struktura - Zdraví a nemoc <p style="text-align: right;">2 hod. (únor)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Zaujmou stanovisko k odlišnostem v přístupu při ošetrovatelské péči ke klientům vybraných kultur a etnik 	<ul style="list-style-type: none"> • Ošetrovatelská péče u pacientů vyznávající islám - Charakteristika náboženského směru - Specifika péče o pacienty v kontextu víry vyznání <p style="text-align: right;">3 hod. (únor-březen)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Vyjádří vlastními slovy pojmy víry, náboženství a sekty • Orientuje se v podstatných atributech víry - vyznání, interpretuje základní rozdíly v rituálech s ohledem na vyznání 	<ul style="list-style-type: none"> • Ošetrovatelská péče u pacientů vyznávající judaismus - Charakteristika náboženského směru - Specifika péče o pacienty v kontextu víry vyznání <p style="text-align: right;">2 hod. (březen- duben)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Ošetrovatelská péče u pacientů vyznávající křesťanství (římskokatolická, pravoslavná, protestantská církev) <ul style="list-style-type: none"> - Charakteristika náboženského směru - Specifika péče o pacienty v kontextu víry vyznání - Svědkové Jehovovi – aspekty projevování náboženského přesvědčení a důsledky v péči o pacienta <p style="text-align: right;">3 hod. (duben-květen)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Vyjadřuje nutnost respektovat rozdílné společenské a kulturní znaky v komunikaci 	<p>Komunikace v multikulturním ošetrovatelském přístupu</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etické aspekty a komunikační etika <ul style="list-style-type: none"> - Komunikativní a jazykové bariéry <p style="text-align: right;">2 hod. (květen)</p>

Hodnocení výsledků žáků

Při hodnocení vědomostí a dovedností žáků vycházíme z klasifikačního řádu, žáci jsou cíleně vedeni k sebehodnocení a sebekontrolé. Využíváme různé formy ústního a písemného projevu. Celkové hodnocení za pololetí je výsledkem nejen získaných známek, ale i celkové aktivity a přístupu ke vzdělávání.

Doporučená literatura:

IVANOVÁ, K., ŠPIRUDOVÁ, L., KUTNOHORSKÁ, J. Multikulturní ošetrovatelství I. Praha: Grada Publishing, a. s., 2005, ISBN 80-247-1212-1
ŠPIRUDOVÁ, L., TOMANOVÁ, D., KUDLOVÁ, P., HALMO, R. Multikulturní ošetrovatelství II. Praha: Grada Publishing, a. s., 2006, ISBN 80-247-1213-X

Příloha 5 Ukázka struktury výuky na VOŠZ Brno, použito s laskavým svolením Mgr. Jelínkové

Název školy	Vyšší odborná škola zdravotnická Brno, příspěvková organizace		
Název vzdělávacího programu	Diplomovaná všeobecná sestra		
Kód oboru vzdělání	53 – 41 – N /1.		
Forma vzdělávání	Denní		
Název a kód modulu	Multikulturní ošetřovatelství	P - MUO	
Název modulu anglicky	Multicultural nursing		
Typ modulu	Povinný	Platnost od:	1. 9. 2015
Rozsah modulu (p/c)	12/0 celkem 12 hodin	ECTS	1
Forma hodnocení	Z		
Cíle modulu Předmět se zabývá kulturou minoritních skupin. Zdůrazňuje transkulturní přístup sestry v ošetřovatelském procesu.			
Metody výuky Přednáška, diskuse, referáty, exkurze			
Anotace modulu <ol style="list-style-type: none"> 1. Transkulturní ošetřovatelství a globalizace zdravotní péče, historické souvislosti 2. Multikulturní výchova, vymezení pojmů 3. Ošetřovatelský proces v multikulturním/transkulturním ošetřovatelství 4. Spiritualita a religiozita v ošetřovatelství (oficiální církve, náboženské sekty) 5. Komunikace s cizinci ve zdravotnickém zařízení, komunikační bariéry 6. Etické aspekty a komunikační etiketa v multikulturním ošetřovatelském přístupu 7. Kulturní a etnické dimenze zdraví, choroby a smrti 8. Postavení cizinců a národnostních menšin v ČR, problémy soužití majority a minority 9. Současná multikulturní společnost u nás a ve světě, důsledky pro oš. péči 10. Globalizace zdravotní péče 			
Hodnocení výsledků studentů: Podmínka: 80 % účast ve výuce předmětu, zpracování PowerPointové prezentace na multikulturní téma Hodnocení: Z – započteno, obsah a způsob hodnocení studentů jsou definovány v klasifikačním řádu vyšší odborné školy a respektují požadavky platných právních dokumentů o vyšším odborném vzdělávání.			
Studijní literatura a pomůcky Základní: IVANOVÁ, I.; <i>Multikulturní ošetřovatelství I.</i> , Praha: Grada, 2005, ISBN 80-247-1212-1. KUTNOHORSKÁ, J. <i>Multikulturní ošetřovatelství pro praxi</i> , Praha: Grada, 2013, ISBN 978-80-247-4413-1 ŠPIRUDOVÁ, L. a kol. <i>Multikulturní ošetřovatelství II.</i> , Praha: Grada Avicenum, 2006, ISBN 80-247-1213-X. Doporučená: PLEVOVÁ, I. A kol. <i>Ošetřovatelství II.</i> Praha: Grada, 2011, ISBN 978-80-247-3557-3 RYŠLÍNKOVÁ, M.; <i>Česká sestra v arabském světě</i> , Praha: Grada, 2009			

Příloha 6 Dotazník k výzkumu

Vážený respondente, vážená respondentko,

jsem studentkou 2. ročníku Univerzity Palackého v Olomouci, oboru Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy.

Tímto Vás žádám o vyplnění dotazníku k mé diplomové práci, která nese název **Multikulturní přístup k pacientům ve zdravotnictví**. Dotazník je anonymní a získaná data poslouží pouze k výzkumu diplomové práce. Cílem diplomové práce je zmapovat úroveň znalostí z oblasti multikulturní péče u studentů zdravotnických škol.

Označte, prosím **jen jednu odpověď**. Na závěr dotazníku můžete přidat vlastní názor, připomínku či osobní zkušenost z péče o klienta jiného etnika.

Velice děkuji za Váš čas a ochotu k vyplnění dotazníku, Bc. Michaela Dolíhalová

Prosím, označte, jakou studujete školu.

- a) Studuji střední zdravotnickou školu
- b) Studuji vyšší odbornou školu zdravotnickou

Který studujete ročník? (prosím zakroužkujte) 2. 3. 4.

1. Co může znamenat úsměv u Vietnamce?

- a) zmírnění nepříjemné situace
- b) nepochopení pokynům zdravotníka
- c) nejistotu
- d) všechny odpovědi jsou správné

2. Co by mohl ve stravě odmítnout příslušník vietnamské minority?

- a) vepřové maso
- b) ryby a mořské plody
- c) drůbeží maso
- d) mléko a mléčné výrobky

3. Co během postních dní odmítají ve stravě pravoslavní?

- a) zelenina ovoce
- b) maso
- c) chléb
- d) voda

4. Kdo nemusí dodržovat půst v průběhu Ramadánu

- a) nemocní
- b) těhotné a kojící či menstruuující ženy
- c) cestující
- d) všechny odpovědi jsou správné

5. Mezi 5 pilířů islámu nepatří

- a) pout' do Mekky
- b) uzavřít sňatek
- c) půst během Ramadánu
- d) daně chudým, ve prospěch chudých a potřebných

6. Co je to Mikve?

- a) očistná koupel k nabytí rituální očisty
- b) židovský státní svátek
- c) součást židovského tradičního oděvu
- d) název pro židovskou svatbu

7. Kdo je to Mohel?

- a) židovský duchovní
- b) židovský lékař provádějící obřizku
- c) židovský kuchař
- d) žádná z uvedených odpovědí není správná

8. Odkud původně pocházejí Romové?

- a) Egypt
- b) Indie
- c) Rumunsko
- d) Arábie

9. Uctívání zemřelých předků – tzv. kult předků provádí?

- a) Muslim
- b) Rom
- c) Ukrajinec
- d) Vietnamec

10. Jaké stravovací zvyklosti je třeba respektovat u Muslimů?

- a) odmítají hovězí maso
- b) odmítají skopové maso
- c) odmítají vepřové maso
- d) odmítají ryby a mořské plody

11. Svědkové Jehovovi

- a) odmítají transfúzi plné krve
- b) odmítají autotransfúzi
- c) souhlasí (dle svého svědomí) s přijetím frakcí hlavních složek krve (př. albumin, imunoglobulin, fibrinogen)
- d) Všechny odpovědi jsou správné

12. Pokud musí být provedena amputace, kdo bude vyžadovat pohřeb amputované části těla?

- a) Rom
- b) Ukrajinec
- c) Muslim
- d) Žid

13. Stravovací zvyklosti u Svědků Jehovových

- a) Odmítají konzumaci jakéhokoliv masa
- b) Odmítají konzumaci vepřového
- c) Konzumují maso, které bylo rychle zbaveno krve
- d) Odmítají konzumaci hovězího masa

14. Vietnamci se vyznačují tím, že:

- a) tiše snášejí bolest a obávají se nežádoucích účinků u léků
- b) velmi emocionálně projevují bolest
- c) mají problém se přizpůsobit nemocničnímu režimu
- d) dávají přednost farmakoterapii před alternativní léčbou

15. Při plánované péči o muslimskou ženu zpravidla platí, že:

- a) by měla být vyšetřena lékařkou
- b) při vyšetření je přítomen manžel
- c) při vyšetření je přítomna další žena z rodiny
- d) všechny odpovědi jsou správné

16. Ve filozofii harmonie a rovnováhy sil Jing a Jang věří:

- a) Rom
- b) Muslim
- c) Žid
- d) Vietnamec

17. Co je důležité respektovat u košer diety u Židů?

- a) maso a mléčné výrobky se nesmí konzumovat společně
- b) maso a mléčné výrobky se mohou konzumovat společně
- c) nesmí konzumovat mléčné výrobky
- d) nesmí konzumovat maso

18. Rituální očista u muslima:

- a) lze ji nahradit hygienou (omýváním) na lůžku
- b) je nutná tekoucí voda a daný postup očisty těla
- c) nezáleží na postupu rituálního mytí těla
- d) lze nahradit koupelí ve vaně

19. U Vietnamců je nepřípustné

- a) podání ruky
- b) dotknout se hlavy a vlasů
- c) podat předmět oběma rukama
- d) mlaskání, říhání při jídle

20. Je největším trestem pro Roma vyhnání z rodiny?

- a) ano
- b) ne

21. Nejrozšířenějším náboženstvím na Ukrajině je:

- a) římskokatolická církev
- b) pravoslavná církev
- c) Islám
- d) Judaismus

22. Znalosti z multikulturní oblasti jsou pro mou budoucí profesi:

- a) Spíše užitečné
- b) Spíše neúžitečné
- c) Rozhodně užitečné
- d) Rozhodně neúžitečné

23. Na praxi jsem měl (a) na starosti ošetrovatelskou péči o pacienta jiného etnika/kultury

- a) ano
- b) ne

**Pokud ano, uveďte prosím etnikum
(čitelně!)** _____

24. Zdrojem informací z multikulturní oblasti je pro mě:

- a) zdravotnická škola
- b) televize, internet, tiskoviny
- c) odborná literatura
- d) jiné, prosím uveďte

(čitelně!) _____

25. Ve kterém předmětu jste se o multikultuře dozvěděli především?

- a) ošetrovatelství
- b) psychologie
- c) multikulturní ošetrovatelství/výchova
- d) jiné, prosím uveďte **(čitelně!)** _____

26. Uvažujete o práci v zahraničí?

- a) ano
- b) ne

Případné připomínky, názory, zkušenosti z praxe:

Příloha 7

Rozhovor s učitelem/učitelkou - struktura

STRUKTURA ROZHOVORU S UČITELEM/ UČITELKOU

1. Jak zařazujete Multikulturní výchovu/ošetřovatelství do výuky? Máte samostatný předmět?
2. Z jakých čerpáte zdrojů pro výuku Multikulturní výchovy/ošetřovatelství?
3. Pořádáte exkurze v rámci Multikulturní výchovy/ošetřovatelství? (např. Muzeum romské kultury, mešita, synagoga, Dům národnostních menšin v Praze atd.)
4. Spolupracujete s nevládními, neziskovými organizacemi?
5. Mohou se žáci/studenti zúčastnit výměnných pobytů, stáží v zahraničí?

Příloha 8

Přehled správných a špatných odpovědí v absolutní četnosti

Pro snadnější přehled je vytvořena tabulka, která znázorňuje absolutní počty správných (SP) a špatných odpovědí (ŠP) celkově, u žáků středních škol a u studentů vyšších odborných škol. Jedná se o otázky 1–21, které testovaly znalosti z multikulturní výchovy/ošetřovatelství. Otázky jsou v tabulce jsou označené pod zkratkou OT.

Tabulka 32: Přehled správných a špatných odpovědí v absolutní četnosti

Položka	celek		SZŠ		VOŠZ	
	SP	ŠP	SP	ŠP	SP	ŠP
OT1	67	221	28	145	39	76
OT2	141	148	70	103	71	45
OT3	261	28	147	26	114	2
OT4	99	190	56	117	43	73
OT5	107	182	63	110	44	72
OT6	183	106	98	75	85	31
OT7	149	140	80	93	69	47
OT8	124	165	70	103	54	62
OT9	47	242	27	146	20	96
OT10	175	114	90	83	85	31
OT11	70	219	36	137	34	82
OT12	163	126	89	84	74	42
OT13	152	137	75	98	77	39
OT14	192	97	102	71	90	26
OT15	124	165	59	114	65	51
OT16	230	59	135	38	95	21
OT17	155	134	72	101	83	33
OT18	196	93	118	55	78	38
OT19	137	152	75	98	62	54
OT20	243	46	134	39	109	7
OT21	198	91	104	69	94	22

Příloha 9

Přehled správných a špatných odpovědí v relativní četnosti

Pro snadnější a ucelenější přehled relativních četnosti je vytvořena tabulka, která znázorňuje počty správných (SP) a špatných odpovědí (ŠP) celkově, u žáků na středních školách a u studentů vyšších odborných škol. Jedná se o otázky 1 – 21, které testovaly znalosti z multikulturní výchovy/ ošetřovatelství. Otázky tabulce jsou označeny pod zkratkou OT.

Tabulka 33: Přehled správných a špatných odpovědí v relativní četnosti

Položka	celek		SZŠ		VOŠZ	
	SP	ŠP	SP	ŠP	SP	ŠP
OT1	23,3	76,7	16,2	83,8	33,6	66,3
OT2	48,8	51,2	40,5	59,5	61,2	38,8
OT3	90,3	9,7	85,0	15,0	98,3	1,7
OT4	34,3	65,7	32,4	67,6	37,1	62,9
OT5	37,0	63,0	36,4	63,6	37,9	62,1
OT6	63,3	36,7	56,6	43,4	73,3	26,7
OT7	51,2	48,4	46,2	53,8	59,5	40,5
OT8	39,4	60,6	40,5	59,5	46,6	53,4
OT9	16,3	83,7	15,6	84,4	17,2	82,8
OT10	60,6	39,4	52,0	48,0	73,3	26,7
OT11	24,2	75,8	20,8	79,2	29,3	70,7
OT12	56,4	43,6	51,4	48,6	63,8	36,2
OT13	52,6	47,4	43,4	56,6	66,4	33,6
OT14	66,4	33,6	59,0	41,0	77,6	22,4
OT15	42,9	57,1	34,1	65,9	56,0	44,0
OT16	79,6	20,4	78,0	22,0	81,9	18,1
OT17	53,6	46,4	41,6	58,4	71,6	28,4
OT18	67,8	32,2	68,2	31,8	67,2	32,8
OT19	47,4	52,6	43,4	56,6	53,4	46,6
OT20	84,1	15,9	77,5	22,5	94,0	6,0
OT21	68,5	31,5	60,1	39,9	81,0	19,0

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Michaela Dolíhalová
Katedra	Katedra antropologie a zdravotní vědy
Vedoucí práce:	Mgr. Andrea Preissová Krejčí, Ph.D.
Rok obhajoby:	2017

Název práce:	Multikulturní přístup k pacientům ve zdravotnictví
Název v angličtině:	Multicultural attitude to patients in health care
Anotace práce:	<p>Diplomová práce je rozdělena do dvou částí: teoretická a praktická. V teoretické části je popsán pojem multikulturalismus, charakteristika multikulturního ošetrovatelství, specifika péče o vybrané menšiny. Dále je popsána multikulturní výchova, osobnost pedagoga multikulturní výchovy a multikulturní výchova na zdravotnických školách.</p> <p>Praktická část se věnuje samotnému výzkumu. Popisuje metodologii, organizaci výzkumu. Hlavním cílem práce bylo zjistit, jaká je úroveň znalostí z multikulturní výchovy u žáků a studentů zdravotnických škol. Výsledky jsou znázorněny pro přehled v tabulkách a pod výsledky jednotlivých otázek je diskuze s jinými výzkumy. Celek je uzavřen v kapitole Závěr.</p>
Klíčová slova:	Multikulturalismus, multikulturní ošetrovatelství, multikulturní výchova, Zdravotnický asistent, Diplomovaná všeobecná sestra, zdravotnická škola

Anotace v angličtině	Thesis is divided into two parts: theoretical
-----------------------------	---

	<p>and practical part. In theoretical part is described word multiculturalism, characteristic of multicultural nursing, specific nursing care of selected minorities. Then there is described multicultural education, personality of teacher of multicultural education and multicultural education in nursing schools. Practical part is about research. It describes methodology and organization of research. The main aim of thesis was to get to know knowledge of students in nursing school in multicultural education. The results are written in charts and under results is discussion with with other research. The results are summarized in chapter conclusion.</p>
Klíčová slova v angličtině:	Multiculturalism, multicultural nursing, multicultural education, Healthcare assistant, Diploma general nurse, nursing school
Přílohy vázané v práci:	<p>Příloha 1 Počet menšin v ČR k 31.12.2016 Příloha 2 Model Leininger Příloha 3 Model Giger Davidhizar Příloha 4 Časově tématický plán Příloha 5 Výuka na VOŠZ Brno Příloha 6 Dotazník Příloha 7 Rozhovor Příloha 8 Tabulka odpovědí – absolutní četnost Příloha 9 Tabulka odpovědí – relativní četnost</p>
Rozsah stran:	114 stran
Jazyk práce:	Český jazyk