



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Komparace znalostí o transkulturním ošetřovatelství
u vybraných nelékařských zdravotnických oborů**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:

SPECIALIZACE V OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Jiřina Hůlová

Vedoucí práce: Mgr. Věra Hellerová, Ph.D.

České Budějovice 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „*Komparace znalostí o transkulturním ošetrovatelství u vybraných nelékařských zdravotnických oborů*“ jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 6. 5. 2024

.....

Bc. Hůlová Jiřina

Poděkování

Toto poděkování bych chtěla v první řadě věnovat své školitelce Mgr. Věře Hellerové, Ph.D. za cenné rady, motivaci a inspiraci při zpracování diplomové práce. Velké díky patří také všem zdravotníkům zapojeným do výzkumného šetření. V neposlední řadě děkuji své rodině, přátelům a kolegům za podporu, kterou mi během mého úsilí poskytovali.

Komparace znalostí o transkulturním ošetřovatelství u vybraných nelékařských zdravotnických oborů

Abstrakt

Globalizace a migrace vedou k vyššímu zastoupení příslušníků jiných kultur, náboženství či etnik i v české populaci. Aby byla pacientům z odlišných kulturních podmínek zajištěna optimální péče, je zapotřebí rozumět problematice transkulturního ošetřovatelství. Cílem práce je přiblížit současný stav transkulturního ošetřovatelství v českém zdravotnictví pohledem vybraných skupin zdravotníků a zmapovat znalosti, které o dané problematice tyto skupiny zdravotníků mají. Metodou sběru dat byl dotazník vlastní konstrukce. Výzkumný soubor tvořilo 167 zdravotníků z Plzeňského a Jihočeského kraje. Výzkum byl proveden v březnu a dubnu roku 2024. K ověření hypotéz byl užit chí-kvadrát pro čtyřpolní tabulku. Z výzkumu vyplynulo, že respondenti znají problematiku transkulturního ošetřovatelství. Nejčastěji ošetřují slovenské, ukrajinské a romské pacienty, vůči nimž někteří zaujímají až rasistické předsudky. Náboženské vyznání u pacientů nezjišťují. Nebyl prokázán statisticky významný vliv délky praxe, ani příslušnosti ke konkrétní profesi, na znalosti respondentů v oblasti transkulturního ošetřovatelství. Pro transkulturní péči v českém prostředí je dle respondentů charakteristická zejména kulturní citlivost, empatie, holistický přístup, ale též přístup zohledňující jedinečnost každého člověka. Součástí práce je doporučení pro praxi.

Klíčová slova

náboženské vyznání; menšina; předsudky; radiologický asistent; všeobecná sestra; transkulturní ošetřovatelství; zdravotnický záchranář

Comparison of knowledge about transcultural nursing in selected non-medical health fields

Abstract

The world globalization and migration are leading to a higher representation of other cultures, religions and ethnic groups in the Czech population. To ensure optimal care for patients from different cultural backgrounds, it is necessary to understand the issue of transcultural nursing. The aim of this thesis is to present the current status of transcultural nursing in the Czech health care system from the perspective of selected groups of health care professionals and to map the knowledge these groups of health care professionals have about this topic. The method of data collecting was a self-constructed questionnaire. The sample consisted of 167 health professionals from the Pilsen and South Bohemia regions. The research was conducted in March and April 2024. Chi-square for four-field table was used to test the hypotheses. The research showed that the respondents are familiar with the issue of transcultural nursing. They most frequently treat Slovak, Ukrainian and Romani patients, against whom some of them have racist prejudices. They do not investigate patients' religious beliefs. There was no statistically significant influence of the length of experience or the affiliation to a particular profession on the respondents' knowledge of transcultural nursing. According to the respondents, transcultural care in the Czech environment is characterized by cultural sensitivity, empathy, a holistic approach, but also an approach that takes into account the uniqueness of each person. The thesis includes recommendations for practice.

Key words

Minority; nurse; paramedic; prejudice; radiology assistant; religion; transcultural nursing

Obsah

Úvod	7
1 Současný stav	8
1.1 Charakteristika transkulturního ošetrovatelství.....	8
1.2 Ošetrovatelské modely v transkulturním ošetrovatelství.....	11
1.3 Transkulturní ošetrovatelství u vybraných národnostních a náboženských skupin.....	15
1.3.1 Charakteristika ukrajinské minority.....	16
1.3.2 Charakteristika slovenské minority	18
1.3.3 Charakteristika vietnamské minority.....	19
1.3.4 Charakteristika polské minority.....	21
1.3.5 Charakteristika německé minority.....	21
1.3.6 Charakteristika romské minority.....	22
1.3.7 Charakteristika muslimské minority.....	24
1.3.8 Další vybraná náboženství.....	28
1.4 Problematika transkulturního ošetrovatelství ve vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků	30
1.4.1 Všeobecná sestra.....	32
1.4.2 Radiologický asistent	33
1.4.3 Zdravotnický záchranář	34
2 Cíle práce a hypotézy.....	36
3 Operacionalizace pojmů.....	37
4 Metodika.....	40
4.1 Metoda sběru dat.....	40
4.2 Organizace výzkumu.....	42
4.3 Zpracování dat.....	43
4.4 Charakteristika výzkumného souboru	44
5 Výsledky.....	45
5.1 Výsledky dotazníkového šetření.....	45
5.2 Ověření hypotéz	66
6 Diskuse.....	68
7 Závěr	76
7.1 Doporučení pro praxi	79
8 Seznam použitých zdrojů	82
9 Seznam příloh a obrázků	93
10 Seznam zkratk.....	95

Úvod

Svět je globální a procesy globalizace zasahují všechny obory lidské činnosti, včetně ošetrovatelství. Česká republika, která byla dosud relativně uzavřená vůči migrantům, čelila v posledních dvou letech silné migraci Ukrajinců. Vzhledem k měnícím se životním i politickým podmínkám lze očekávat, že bude česká společnost z hlediska národností, kultur, etnik a náboženství více pluralitní.

To představuje značnou výzvu nejen pro politiky, ale též pro různé pracovníky, včetně nelékařských zdravotnických pracovníků. Při poskytování ošetrovatelské péče je nutné znát specifika různých skupin pacientů a dostatečně zohledňovat při jednání s nimi jejich potřeby a zvyky.

Diplomová práce se zabývá tématem transkulturního ošetrovatelství. Jedná se o téma velmi důležité a v českém prostředí dosud málo probádané. Motivací k volbě tématu byla nejen jeho společenská významnost, ale zájem autorky práce více se obeznámit s tématem, které nepatří k oblíbeným mezi studenty, přesto je v praxi velmi důležité.

Cílem práce je přiblížit současný stav transkulturního ošetrovatelství v českém zdravotnictví pohledem vybraných skupin zdravotníků. Práce je koncipována jako teoreticko-praktická. V teoretické části jsou definovány hlavní pojmy, představeny jsou hlavní ošetrovatelské modely v transkulturním ošetrovatelství a detailněji jsou také popsány vybrané skupiny pacientů z různých minorit dle národnosti a náboženství. Podán je také stručný pohled na tři profese, jejíž zástupci se zúčastnili výzkumného šetření popsaného v praktické části práce. Jednalo se o všeobecné sestry, radiologické asistenty a zdravotnické záchranáře. Cílem výzkumu bylo porovnání znalostí vybraných zdravotnických oborů v oblasti transkulturního ošetrovatelství a ošetrování pacientů vybraných národnostních menšin a náboženských skupin. Zvolen byl kvantitativní výzkum. Metodou sběru dat byl dotazník vlastní konstrukce.

V diskusi jsou hlavní zjištění reflektována ve vztahu k teoretickým východiskům a výzkumům na toto téma. Shrnutí výsledků je podáno v závěru práce, který obsahuje také limity práce a možnosti dalšího výzkumného šetření v této oblasti.

1 Současný stav

V rámci ošetřovatelství je věnována pozornost pacientům různých národností, etnik, kultur. To klade na sestry značné nároky z hlediska komunikace, zohlednění specifických potřeb pacienta, získání pacienta ke spolupráci (Kutnohorská, 2013). Reflexí potřeby poskytovat pacientům z odlišných kultur kvalitní a profesionální péči je vznik transkulturního (multikulturního) ošetřovatelství (Tóthová, 2012).

Kapitola přibližuje specifika péče o pacienty z různých kultur. Nejprve je podána základní charakteristika transkulturního ošetřovatelství. Objasněny jsou hlavní pojmy, principy a modely transkulturního ošetřovatelství. Detailněji je také popsána péče o pacienty vybraných skupin, dle jejich etnicity, náboženství či národnosti. V závěru kapitoly je podán stručný přehled tří skupin nelékařských zdravotnických profesí, jimiž jsou sestra, radiologický asistent a zdravotnický záchranář, neboť zástupci těchto profesí tvořili výzkumný soubor, prostřednictvím něžž byla zkoumána zkušenost českých nelékařských zdravotnických pracovníků s transkulturním ošetřovatelstvím.

1.1 Charakteristika transkulturního ošetřovatelství

„Transkulturní ošetřovatelství (transcultural nursing) je komparativní (srovnávací) teoretický a praktický obor zaměřený holisticky na kulturu, péči, vzorce zdraví a nemoci lidí s ohledem na rozdíly a podobnosti v jejich kulturních hodnotách, přesvědčeních a životních zvyklostech s cílem poskytovat kulturně shodnou, citlivou a kompetentní péči a podporu ve zdraví a nemoci“ (Zeleníková, 2019, s. 132).

Termín transkulturní ošetřovatelství se překrývá s pojmem multikulturní ošetřovatelství, přičemž v českém prostředí je preferován multikulturní ošetřovatelství (Zeleníková, 2019). Výraz multikulturní odkazuje k mnohočetnosti kultur a potřebě respektování kulturních tradic a způsobů života. Výraz transkulturní lze přeložit jako přesahující hranice kultury. Kultury se vzájemně střetávají, ovlivňují, mají určité společné prvky. Dochází tedy k interakci mezi minoritní a majoritní skupinou. V kontextu ošetřovatelství je v zahraničí preferován pojem transkulturní ošetřovatelství (Tóthová, 2012).

Za zakladatelku tohoto přístupu je považována Madeleine Leiningerová. Její model představuje základ transkulturního ošetřovatelství. Na její práci navázali další

výzkumníci a v současné době tak existuje více různých modelů a konceptů transkulturního ošetrovatelství. S ohledem na proces globalizace nabývá transkulturní ošetrovatelství na stále větším významu. Vznikají další koncepty, obor se soustavně rozvíjí (Špirudová et al., 2006).

Transkulturní ošetrovatelství je založeno na holistickém přístupu k pacientovi, též obecně ke zdraví a nemoci (Kutnohorská, 2013). Ideálem je poskytování diferenční a kulturně shodné ošetrovatelské péče uplatňující se pro nemocné i zdravé osoby (Leininger a McFarland, 2002). Důležité je přistupovat ke všem pacientům se stejnou profesionalitou, bez činění rozdílů mezi nimi, bez ohledu na to, zda jsou příslušníky majority (většinové společnosti) nebo minority (Zeleníková, 2019). Minoritou nebo též menšinou se rozumí sociální skupina, která je většinovou společností (majoritou) utlačována nebo stigmatizována na základě rasové, etnické, biologické, kulturní nebo jiné odlišnosti (Bělík et al., 2017).

Důležitým pojmem, který je zapotřebí za účelem porozumění problematice transkulturního ošetrovatelství blíže přiblížit, je termín kultura. V kontextu transkulturního ošetrovatelství odkazuje ke studování, sdílení a přenášení vědomostí o kulturních materiálních a duchovních artefaktech existujících v rámci kultury. Každá kultura se vyznačuje normami, ideály, zjevnými i skrytými pravidly chování, symboly, tradicemi a zvyky, různými rituály. Kultura není homogenním celkem. Vyznačuje se vnitřní a zevní variabilitou, přičemž pro zdravotníky je zásadní rozumět při péči o pacienty individuálním a skupinovým rozdílům, čímž zároveň dochází ke snižování případných předsudků a stereotypů (Špirudová et al., 2006).

Předsudky značí předpojatost nebo názorovou strnulost. Jsou emočně nabitě. Úsudek je tak nekritický (Čeněk et al., 2016). Je vždy odsuzující a negativní. Směřuje vůči jedinci nebo skupině. Často se pojí s etnicitou, která je vymezena společným jazykem, podobností ve fyziologických znacích, zvyky a představami o společném původu (Květoňová et al., 2020). Předsudky mohou být předávány z generace na generaci, ale podílí se na nich i vlastní zkušenost (Helus, 2018). Jejich změna bývá obtížná, často nemožná. Pomáhá skutečný a častý kontakt s příslušníky minority, k níž se předsudek váže, přičemž je důležité, aby se jednalo o pozitivní zkušenost (Výrost et al., 2019).

Oproti tomu stereotypy nemusí být vždy negativní. Jsou založeny na přesvědčení, že je jedinec nositelem určitých vlastností z důvodu příslušnosti k určité sociální skupině. Její hlavní znaky a charakteristiky jsou pak automaticky přisuzovány jejím příslušníkům. Opomíjeny jsou tak stejně jako u předsudků individuální vlastnosti jedince (Weinerová, 2014). Vznikají z předsudků a z hlediska sociální psychologie jsou řazeny k implicitním teoriím osobnosti. Lze na ně také nahlížet jako na kognitivní očekávání a asociace vůči určité skupině (Škobrtal, 2018). Předsudky i stereotypy slouží člověku ke snazší orientaci ve vnějším světě, ovšem jsou zatíženy značným zkreslením, které negativně ovlivňuje postoj, smýšlení, chování vůči jedinci nebo skupině (Výrost et al., 2019).

V rámci transkulturního ošetřovatelství je kladen velký důraz na diverzitu, tedy rozmanitost a různorodost, existující mezi kulturami i jejich příslušníky. I když lze pacienta přiřadit k určité skupině, např. etnické (Romové), zdravotničtí pracovníci musí být obeznámeni se skutečností, že skupina není homogenní. Porozumění problematice diverzity zvyšuje kulturní kompetence zdravotníků. Zároveň je zapotřebí dbát na vyvarování se diskriminaci pacientů nebo jejich stigmatizaci dle jejich příslušnosti k určité minoritě. Diskriminace probíhá v behaviorální rovině, tedy projevuje se nespravedlivým nebo zaujatým chováním vůči jedinci, a to na základě rasy, náboženského vyznání, věku, příslušnosti k určité sociální třídě apod. Diskriminace vychází ze stigmatizace, kdy je jedinec na základě jemu přisuzovaných určitých negativních atributů odsuzován, hanoben, získává negativní nálepkou (Hellerová, 2021).

Rozvoj transkulturního ošetřovatelství je reakcí na multikulturní společnost. Transkulturní ošetřovatelství je zahrnuto do studijních programů zdravotnických pracovníků, též do celoživotního vzdělávání, s cílem zajistit poskytování kulturně kompetentní ošetřovatelské péče. Reaguje na trvalý vzestup populační migrace, kulturní fluktuace a míšení, nárůst kulturního vědomí pacientů, zavádění moderních zdravotnických technik, výskyt různých kulturních střetů. Jedná se o jeden z nejvýznamnějších stupňujících se trendů nejen v ošetřovatelství. Leiningerová jako zakladatelka tohoto oboru byla Americkou akademií sester vyznamenána jako žijící legenda. Leiningerová se zasadila o rozvoj transkulturního ošetřovatelství zejména na území Spojených států amerických. V Evropě plnila obdobnou roli Irena Papadopoulou (Zeleníková, 2019).

Aby bylo možné označit ošetřovatelství za transkulturní, musí naplňovat několik základních atributů a principů. Poskytovaná péče musí být kulturně specifická, tj. musí zohledňovat specifické hodnoty, přesvědčení, zkušenosti a vzorce chování pacientů pocházejících z různých kultur, což také značí absolvování vzdělání v této oblasti a soustavný rozvoj poznatků, akcentující změny a nové trendy. Klíčové je, aby zdravotníci byli dobře obeznámeni se specifiky příslušníků kultur, s nimiž se v rámci poskytování ošetřovatelské péče nejčastěji setkávají. Poskytovaná péče musí být také kulturně univerzální (jedná se o systém sdílených hodnot, přesvědčení, zkušeností, norem a vzorců chování a též atributů životního stylu), kulturně citlivá (tj. musí být založena na základních znalostech a konstruktivních postojích, pokud jde o zdravotní tradice různých kulturních skupin, které žijí v prostředí, v němž je péče poskytována), kulturně adekvátní (tedy poskytována v souladu se základními znalostmi zdravotnického pracovníka) a kulturně kompetentní, tj. realizována zdravotníky, kteří nahlíží na pacienta holisticky, v kontextu jeho situace a života, včetně příslušnosti k určité minoritě (Hellerová, 2021).

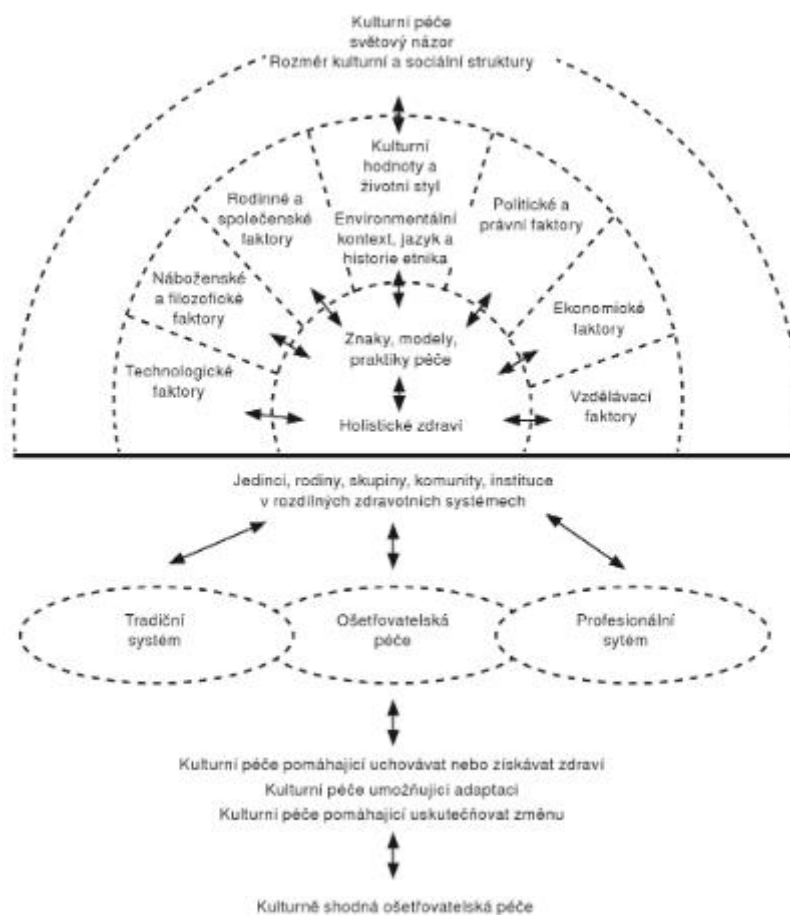
1.2 Ošetřovatelské modely v transkulturním ošetřovatelství

Modely transkulturního ošetřovatelství slouží jako teoretický základ, který pomáhá zdravotníkům lépe porozumět rozdílům v rámci kultur a integrovat kulturní kompetence do praxe. Poskytují také strukturu a směrnice pro poskytování individualizované a kulturně citlivé péče, což je zásadní pro zdraví a spokojenost pacientů (Valdéz Fernández, 2023).

Základním modelem v rámci transkulturního ošetřovatelství, je model vycházejícího slunce, jehož autorkou je Madeleine Leiningerová. Leiningerová se začala naplno věnovat pozorování vlivu kultury na chování člověka v nemoci i ve zdraví ve druhé polovině 50. let minulého století. Reagovala zejména na tehdejší migraci v USA. Zaměřila se na odlišné chování cizinců a příslušníků různých národnostních menšin (Pavlíková, 2006). Dospěla k názoru, že má kultura značný dopad nejen na životní styl jedince, ale také na poskytování zdravotní (ošetřovatelské) péče. Počátkem 60. let minulého století tak formulovala základy transkulturního ošetřovatelství, které zahrnuje do roviny teoretické a praktické (Špirudová et al., 2006). Jejím cílem bylo poskytovat pacientům odlišných národnostních menšin všestrannou péči, která odpovídá konkrétní

kultuře. Jedná se zejména o zvolení vhodného způsobu pro podporu zdraví, kvalitní léčbu, prevenci onemocnění a zajištění důstojného a klidného umírání. Pacient je vnímán holisticky, v kontextu určité kultury, společnosti (Pavlíková, 2006). Podoba modelu je zachycena na obrázku 1.

Obr. 1 Model transkulturního ošetrovatelství dle Leiningerové



Zdroj: Špirudová et al. (2006, s. 37)

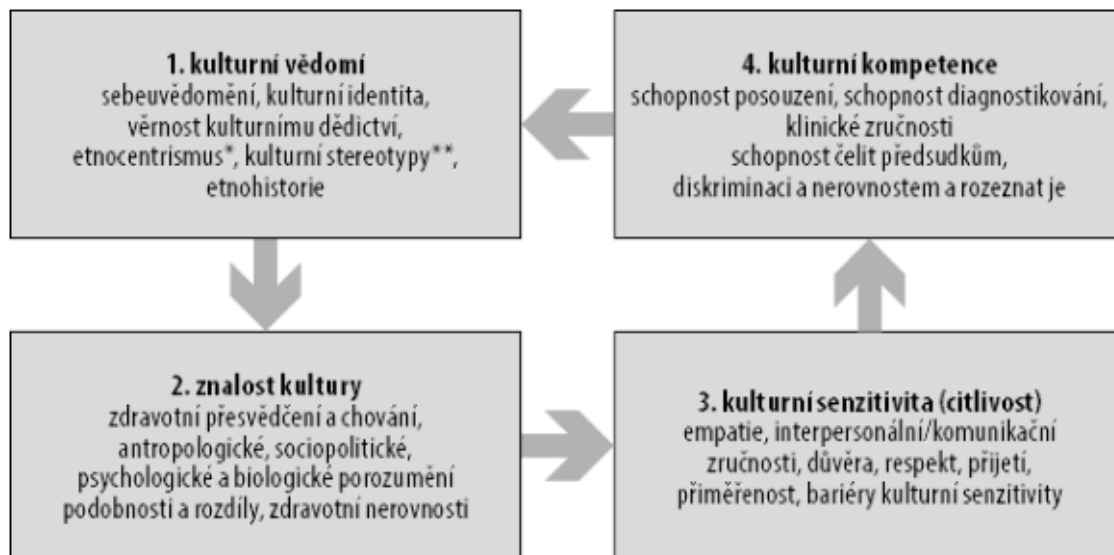
Jak je z obrázku 1 patrné, má-li být ošetrovatelská péče transkulturní, musí nahlížet na zdraví pacienta holisticky, se zohledněním významných aspektů kultury, z níž pochází. Zdravotník zároveň zohledňuje tradiční systém péče a usiluje o poskytování ošetrovatelské péče na nejvyšší profesionální úrovni (Špirudová et al., 2006).

Úkolem sestry a zdravotnického personálu je seznámení se s příslušnou kulturou a poskytovat patřičnou péči, která je vyhovující pro daného pacienta. Hodnoty a smýšlení v ošetrovatelské péči vycházejí u všech kultur především z rodinných, společenských, náboženských, ekonomických, politických a kulturních spojitostí. Nezbytné pro blaho

a zdraví jednotlivců jsou univerzální postupy péče, které se považují za kulturně shodné (Zeleníková, 2019). Model tvoří čtyři úrovně, které svým schématem představuje právě vycházející slunce (Leininger, 1991).

Papadopoulos, Tilki a Taylor vyvinuly model rozvoje kulturních kompetencí, který je zachycen na obrázku 2.

Obr. 2 Model rozvoje kulturních kompetencí Papadopoulos, Tilki a Taylor



Zdroj: Špirudová et al. (2006, s. 39)

Cílem modelu je poskytnout ošetrovatelskému personálu a dalším zdravotnickým pracovníkům strukturovaný rámec a nástroje pro zdokonalení jejich schopností pracovat s pacienty z různých kulturních prostředí (Papadopoulos, 2006). Model Papadopoulos, Tilki a Taylor se od té doby stal významným nástrojem pro vzdělávání a trénink v oblasti kulturní kompetence v různých zdravotnických profesích a je aplikován ve vzdělávacích institucích i v klinické praxi po celém světě. Jde o komplexní a systematický přístup k posilování schopností zdravotníků pracovat s pacienty z různých kultur (Špirudová et al., 2006).

Model se skládá ze čtyř úrovní. První úrovní je povědomí o vlastních předsudcích a stereotypních myšlenkách. Zdravotníci by měli zkoumat své vlastní přístupy, předsudky a stereotypy vůči různým kulturám a způsobům života. Tím se snaží odstranit překážky v porozumění a přijetí pacientů. Druhou úrovní je povědomí o kulturních faktorech a perspektivě pacientů. Poznání těchto faktorů a perspektivy pomáhá ošetrovatelům

identifikovat a respektovat kulturně podmíněné hodnoty, tradice a zvyky pacientů. Následně tyto znalosti mohou využívat při poskytování péče, která je v souladu s jejich potřebami a preferencemi. Učí se respektovat odlišnosti jednotlivých kultur či náboženských vyznání a rozpoznávat způsoby chování v souvislosti s péčí o zdraví. Významné jsou v této úrovni také poznatky z oblasti antropologické, sociálně politické, psychologické a biologické faktory, které jsou pro jednotlivé kultury typické. Třetí úroveň je vývoj dovedností a postojů potřebných pro kulturně senzitivní péči (Tóthová, 2012). Zdravotníci se učí komunikačním dovednostem, empatii, adaptabilitě a kulturní flexibilitě, aby byli schopni poskytnout individuálně přizpůsobenou a kompetentní péči pacientům z různých kultur. Poznávají také limity a omezení mezikulturního porozumění. Poslední úroveň jsou praktické dovednosti, včetně schopnosti rozpoznat a zpochybnit vlastní předsudky a sklony k diskriminaci, pokud se objeví. Všechny úrovně se vzájemně ovlivňují (Papadopoulos et al., 1998). Papadopoulos a Pezzela (2015) uplatňují model například v současném výzkumu zaměřeném na způsob transkulturního vzdělávání studentů v oboru psychiatrická sestra, v návaznosti na odhalení nepřipustného zacházení sester s pacienty s duševním onemocněním.

Oba modely, Leiningerové i Papadopoulos, Tilky a Taylor, poskytují cenný rámec pro zlepšení kvality péče v multikulturních prostředích. Model Leiningerové se zaměřuje především na teoretické porozumění kulturním rozdílům a na význam kulturně specifické péče. Oproti tomu model Papadopoulos, Tilky a Taylor klade větší důraz na praktický vývoj kulturní kompetence a její aplikaci v každodenní praxi. Klíčovým rozdílem mezi modely je přístup k rozvoji kulturní kompetence. Zatímco Leiningerová vychází z teoretického porozumění a hluboké analýzy kulturních potřeb, Papadopoulos, Tilky a Taylor se zaměřují na praktické strategie a vzdělávání zdravotnického personálu pro zlepšení kulturní citlivosti a kompetence. Oba modely jsou fundamentální pro poskytování efektivní péče v transkulturním prostředí a doplňují se v posilování kulturní citlivosti v ošetrovatelství (Valdéz Fernández, 2023).

Kromě těchto dvou základních a patrně nejznámějších modelů užívaných v rámci transkulturního ošetrovatelství existují i mnohé další modely. Jedním z nich je model ACCESS od Aru Narayanasamy. ACCESS je akronym, jednotlivá písmena odkazují k hlavním principům transkulturního ošetrovatelství. Jedná se o hodnocení (Assessment),

kdy by se měl zdravotník zaměřit na pacientův životní styl, přesvědčení a praktiky spojené s oblastí zdraví, dále o komunikaci (Communication), tj. zdravotník by si měl být vědom různých variací ve verbální a neverbální komunikaci, kulturní vyjednávání a kompromis (Cultural Negation and Compromise), kdy je zdůrazněno, že by měl zdravotník nahlížet na existující problém z hlediska kulturní příslušnosti pacienta, měl by se snažit jej vidět pohledem pacienta. Dalším principem je respekt (Respect), což odkazuje k navázání terapeutického vztahu, zohledňujícího hodnoty a víru pacienta, dále citlivost (Sensitivity), tj. citlivý přístup ke kulturně odlišným skupinám, poslední je bezpečí (Safety), kdy by měl zdravotník usilovat o to, aby se pacient cítil bezpečně, i když vyznává jiné hodnoty (Deger, 2017).

Dalšími modely jsou např. model hodnocení autorek Joyce Newman Giger a Ruth Davidhizar, v němž je poukázáno na důležité oblasti, na které by se měl zdravotník v péči o pacienta z odlišné kultury zaměřit. Jedná se o prostředí a podmínky, v nichž žije, biologické odlišnosti, vnímání času a prostoru, komunikaci a oblast vztahovou. Larry Purnell vytvořil model akcentující kulturní kompetence zdravotníků. Zdravotník by se měl v rámci transkulturního ošetřovatelství zaměřit na sociální oblast pacienta a podmínky a okolnosti života pacienta v kontextu zdraví (např. praktiky ve vztahu k péči o vlastní zdraví, tj. např. zda pacient navštíví lékaře, nebo preferuje vlastní léčbu, přístup k lékařům, neverbální komunikace, význam rodiny při léčbě a ošetřování pacienta, rizikové chování, rituály, víra). Důležité je, aby byli zdravotníci s těmito a dalšími modely seznamováni již během profesní přípravy (Deger, 2017).

1.3 Transkulturní ošetřovatelství u vybraných národnostních a náboženských skupin

I v českém prostředí se lze ve zdravotnictví setkat s příslušníky jiných kultur, než je kultura majoritní, a to nejen v roli pacienta, tak i v roli zdravotníka. Tito zdravotníci by měli být dobře obeznámeni s tím, jaký přístup očekávají běžní pacienti, ale též by měli stejně jako ostatní zdravotníci znát specifika jednotlivých skupin pacientů (Šerek et al., 2012). Všichni zdravotníci by si také měli uvědomit, že znalost specifik pacientů jako příslušníků určité skupiny (náboženské, etnické, z cizí země) neznamena, že bude pacient odpovídat určité stereotypní představě o dané skupině. Navíc kromě příslušnosti k dané skupině má každý pacient své vlastní, specifické vlastnosti (Giger, Haddad, 2020).

Znalost problematiky zdravotníky, jejich vybavení potřebnými dovednostmi vede k vyšší spokojenosti pacientů, jejich lepší spolupráci se zdravotníky, tedy i k lepším výsledkům v rámci poskytované zdravotní (ošetřovatelské) péče (Kaledio et al., 2024).

V České republice vzrostl význam transkulturního ošetřovatelství v souvislosti s migrací Ukrajinců v důsledku válečného konfliktu na Ukrajině. Tím značně narostl počet cizinců v ČR, a to dvojnásobně oproti době před rokem 2022. Přibližně každý desátý člověk pobývajících na území ČR je jiné národnosti (ČSÚ, 2022b).

Co se týče nejvíce zastoupených národnostních skupin na území ČR, z dat z posledního Sčítání lidu, domů a bytů z roku 2021 vyplývá, že je nejvíce zastoupena národnost slovenská (162,4 tis. osob), dále ukrajinská (92,9 tis.) a vietnamská (38,7 tis.). Z dalších národností se jedná o národnost polskou, ruskou, německou, romskou, maďarskou, bulharskou a běloruskou (ČSÚ, 2022a).

Národnostní menšinou se rozumí „*společenství občanů České republiky žijících na území současné České republiky, kteří se odlišují od ostatních občanů zpravidla společným etnickým původem, jazykem, kulturou a tradicemi*“ (zákon č. 273/2001 Sb., § 2). Dle Wagnerové (2023) je navíc zapotřebí, aby daná skupina byla v početní menšině vůči majoritě. Národnostní menšiny usilují o zachování a rozvíjení vlastní svébytnosti, jazyka a kultury. K svému společenství jsou vázány historicky a usilují o ochranu jeho zájmů.

Za cizince je považována osoba, která nemá české státní občanství (zákon č. 326/1999 Sb.). Cizinci mohou pobývat na území České republiky dočasně nebo trvale, s výjimkou cizinců, kteří mají mezinárodní ochranu. Cizinec může na území ČR pobývat bez víza, pokud získal povolení pro dlouhodobý pobyt (Kukla et al., 2016).

Dále v textu jsou popsány skupiny pacientů, s nimiž se lze nejčastěji setkat v českém zdravotnictví. Jedná se o ukrajinské, slovenské, vietnamské, polské, německé a romské skupiny pacientů. Stručně jsou představeny menšiny dle vybraných náboženství.

1.3.1 Charakteristika ukrajinské minority

Ukrajinci začali přicházet na dnešní území ČR ve větší míře ve 20. letech minulého století. Ukrajinci byli Čechy dobře přijati. Vznikaly ukrajinské školy, kulturní spolky, vydávala se ukrajinská literatura a tisk (Horký, 2022). Později ale byly projevy ukrajinské

kultury potlačovány. V 90. letech minulého století převládaly u ukrajinské migrace ekonomické důvody (Rychlík et al., 2022).

Kulturní hodnoty ukrajinské menšiny jsou velmi podobné s hodnotami české kultury. Určitým rozdílem je vyšší religiozita a menší individualismus. Lidé jsou výrazně zaměřeni na rodinu, jejíž potřeby upřednostňují před svými (například i vykonáváním těžké manuální práce v zahraničí). Převažuje pravoslavné náboženství, poměrně zastoupené je i řecké a římské katolictví (Satzewich, 2022).

Ukrajinci jsou méně tolerantní vůči nejistotě. Jejich jednání je více založeno na pravidlech a tradicích. Typická je u Ukrajinců historicky podmíněná nedůvěra ke státu a jeho institucím a také určitá národní hrdost, která se vztahuje zejména ke kulturním rysům, víře a etniku. Ukrajinská kultura je považována za patriarchálnější a maskulinnější než česká, ale v praxi jsou sociální role mužů a žen blízké českým. Muži mohou nelibě nést, pokud jsou v podřízené pozici vůči ženě. U žen není zvykem, aby si podávaly ruce. Při některých příležitostech lze zdravít líbáním na tvář, což činí jak ženy, tak i muži (Rychlík et al., 2022). V ukrajinské kultuře existuje velká úcta ke stáří a povinnost postarat se o starší rodinné příslušníky (Hofstede, Hofstede, 2007).

Zdravotní péče na Ukrajině je historicky dlouhodobě na nízké úrovni, což se projevuje např. nedostatkem vybavení a pomůcek pro pacienty. Před hospitalizací je pacientovi předán seznam věcí, které si musí sám pořídit, včetně zdravotnického materiálu. Ukrajínští pacienti však vyjadřují spokojenost s péčí poskytovanou v České republice (Horký, 2022). Věří především klasické medicíně, méně se orientují na tradiční nebo alternativní postupy a málokdy odmítají léčbu. Nemívají speciální požadavky, jsou poslušní a dobře se přizpůsobují požadavkům oddělení. Dbají na zdvořilý pozdrav a rozloučení, respektují tradice a obecně komunikují velmi zdvořile (Kutnohorská, 2013). Z hlediska stravování nemívají Ukrajinci zvláštní požadavky. Preferují zdravé potraviny převážně rostlinného původu, v období půstu nesmějí coby pravoslavní věřící jíst žádné živočišné potraviny. Dodržování půstu je obecně přísnější u pravoslavných věřících než u římskokatolických. Nikdy nesmějí jíst potraviny vyrobené z krve. Někteří pacienti vyžadují návštěvy duchovních a zdravotníci by měli tuto žádost respektovat a umožnit (Michálková, 2013). Narození dítěte je velkou událostí. Při umírání bývá rodina nablízku (Knapová, 2019).

Hlavním problémem v komunikaci s Ukrajinci je jazyková bariéra. Vyšetřovací a léčebné procedury lze vždy provádět až po svolení pacienta, proto je důležité srozumitelně informovat pacienty o postupech a léčbě, ideálně využít tlumočnicka (Hudáčková, 2012). Často je také vyžadován duchovní (Knapová, 2019).

1.3.2 Charakteristika slovenské minority

V míře individualismu je Slovensko velmi podobné Česku, důraz na individuální prosazení versus příslušnost ke skupině je u Slováků mírně nižší. Překvapivě vysokého skóre dosahují Slováci v úrovni maskulinity (Palovic, Beregházyová, 2023). V kontextu péčování lze očekávat vysokou míru hrdosti zejména u mužů, kteří mohou trpět velkým ponížením při nutnosti ukazovat slabost. Zejména se to může projevovat v komunikaci žena-profesionálka/muž-pacient. Může být také menší ochota plnit pokyny a doporučení žen (lékařek, sester).

Slováci jsou méně zaměřeni na pravidla, jsou také otevření jiným názorům (Hofstede, Hofstede, 2007). Je tedy možná diskuse, příslušníci slovenské národnostní menšiny se nemusí příliš bránit novým postupům a změnám (Kosatík, 2021). Míra požitkářství je naopak na Slovensku velmi nízká, kultura je orientovaná na práci, odříkání a odkládání svých osobních potřeb. Pracovitost je hodnotou, které si Slováci velmi cení. Slováci jsou také výrazně více religiózní. Ke křesťanství se hlásí 84,1 % obyvatel, zatímco v Česku je to kolem 30 % (Mizia, 2008).

S ohledem na značné zastoupení víry jsou pro Slováky významné různé svátky (Velikonoce, Vánoce), jejichž oslava je spojena s tradicemi, folklorem. K nejdůležitějším hodnotám patří rodina, láska k bližnímu. S příslušníky této menšiny se čeští zdravotníci velmi dobře domluví. Vzhledem k dlouhodobému soužití Čechů a Slováků nepanují mezi oběma národy výraznější rozdíly, což se týká také oblasti zdravotnictví. Nebrání se preventivním prohlídkám, lékaře respektují, ovšem očekávají od zdravotníků, že budou vůči nim empatictí, citliví (Knapová, 2019).

1.3.3 Charakteristika vietnamské minority

Pro vietnamskou kulturu je charakteristické akceptování hierarchie, autority jsou respektovány, což se projevuje i ve vztahu vůči zdravotníkům (Jamieson, 2020). Jedním z projevů úcty vůči autoritám je tak např. i značná dochvilnost (Minkov, 2013).

Podobně jako u jiných asijských zemí jsou kolektivní zájmy nadřazeny zájmům jedince. Rodina je pro Vietnamce velmi důležitá, přičemž rodina je rozsáhlá, podporovány jsou širší příbuzenské vztahy. Ve veřejném styku se projevuje snaha o udržení harmonie a klade se důraz na zdvořilost a zachování tváře (svoji nebo rodiny). To se projevuje i v rámci čerpání zdravotní péče, kdy je zapotřebí důkladně se ujistit, že pacient porozuměl všem bodům sdělení. Někdy může raději vše odsouhlasit, než by ztratil tvář vyptáváním. Vietnamci neradi odpovídají negativně – váhavé odpovědi jako „asi ano“ mohou znamenat spíše nesouhlas, odpověď „možná“ lze někdy vyložit jako ne (Hoang, 2011).

Vietnamská kultura je mírně femininní. Vietnamci se příliš nebrání nejistotě, preferují minimální počet pravidel, a pokud jsou nejasná nebo neefektivní, změni je nebo zruší. Jsou ochotni přijímat riziko a nebojí se nového. Vietnamci jsou tolerantní k změnám v dohodách a smlouvách a umí plánovat flexibilně (Hofstede, Hofstede, 2007). Sociální status odvozují Vietnamci převážně od své rodiny a příslušnosti ke skupině (získaný, závislý na okolnostech), méně pak od individuálního úspěchu (Šroněk, 2001). Silně věří ve štěstí a osud, tedy externí vlivy na svůj život. Nesnaží se ovládat své okolí nebo přírodu. Důležité z hlediska zdravotní péče může být to, že zásadní životní události potřebují plánovat podle specifických šťastných dnů (lunární kalendář apod.), aby si zajistili přízeň osudu, na něž nemají dle svého přesvědčení velký vliv. Jsou období roku, kdy jsou pozitivně naladěni pro mnohá rozhodnutí, a jiná období, kdy téměř nemá smysl snažit se je přesvědčit (Asefeso, 2012).

Běžný způsob při zdravení ve Vietnamu je podání rukou za udržování přímého očního kontaktu. Při dalším rozhovoru však přímý kontakt již neudržují, normální je sklopený pohled s mírně skloněnou hlavou. Při tradičním vietnamském potřesení rukou (druhá ruka kolem zápěstí partnera, přiměřený stisk je důležitý) je vhodné pozdrav opětvovat. Podání jen jedné ruky se považuje za neuctivé. Dary také podávají oběma rukama. Při odchodu se opakuje stejný způsob zdravení. Ženy obvykle zdraví mírným pokynutím hlavy, muž

měl tedy nejprve počkat, zda mu žena nabídne ruku k pozdravu. V osobním setkání se ve Vietnamu obvykle nejprve představí a debatují o rodině, kultuře nebo sportu. Skrz tyto debaty chtějí lépe poznat svého partnera, protože jim záleží na dobrých osobních vztazích (Asefeso, 2012).

Při péči o pacienty z Vietnamu je důležité pečlivě zohlednit kulturní aspekty a respektovat jejich zvyky a normy. Dotyky jsou často považovány za nevhodné, doporučuje se vyhýbat se nadměrným dotekům a objetím, pokud se nejedná o blízké příbuzné. Je také důležité vědět, že Vietnamci mají tendenci vyhýbat se sdílení detailních informací o intimních záležitostech, a proto je nutné klást relevantní otázky, které souvisí s jejich zdravotním stavem, a přitom postupovat citlivým způsobem a respektovat jejich intimní zónu. Komunikace je klíčová, protože Vietnamci často neprosazují své potřeby sami. Je tedy zapotřebí aktivně zjišťovat informace, hodně se dotazovat (Freidingerová, 2014). V případě jazykové bariéry je vhodné zajistit kvalifikovaného tlumočníka. Důležité je také sdělování vážnosti stavu pacienta až po konzultaci s rodinou, která se často snaží minimalizovat zátěž pro nemocného a preferuje, aby informace byly poskytnuty postupně a citlivě (Kutnohorská, 2013). V nemocniční péči je zapotřebí respektovat stravovací preference vietnamské minority, která má tendenci stravovat se pravidelně a zdravě, s důrazem na konzumaci ovoce a zeleniny. V interakci se zdravotnickými pracovníky se chovají s respektem, projevují skromnost a zřídka si stěžují (Tóthová a kol., 2010).

Při komunikaci s vietnamským pacientem je vhodné omezit přímý oční kontakt, který může být těmito pacienty chápán jako povýšenost. Úsměv může mít význam omluvy, nepochopení. Projevem neúcty je pro Vietnamce neverbální projev, např. pohlazení druhého člověka na hlavě za účelem útěchy nebo lásky, což je přijímáno pouze od nejbližších. Nemoc je nezřídka vnímána jako porucha rovnováhy jin a jang. V počátku onemocnění preferují domácí léčbu. K lékaři se dostaví až po konzultaci s rodinou, mnohdy již ve vážném stavu. U žen je nutné respektovat intimitu, vhodná je péče lékařem stejného pohlaví. Z hygienických návyků je vhodné respektovat ranní hygienu, lze také vyjít pacientům vstříc a využít pomoc blízké osoby. Pro ženy je typická stydlivost a ostych i při sběru anamnézy. Vietnamská minorita je specifická vysokým prahem bolesti, z obavy před nežádoucími účinky a možnosti návyku při bolestech odmítají léky tišící bolest. Pokud je možnost nadstandardních služeb (pokoj, volba jídla apod.), často ji

využijí. Ve stravování preferují tři jídla denně, večeře je podávána v rodinném kruhu, stolování je specifické hlučností (mlaskání, říhání znamená spokojenost). V případě závažného onemocnění je rodina zvyklá být s nemocným pohromadě, Vietnamci dávají přednost umírání doma (Knapová, 2019).

1.3.4 Charakteristika polské minority

Poláci jsou silně religiozni. Až 95 % z nich se identifikuje jako věřící a 75 % jsou praktikující křesťané, převážně římskí katolíci (Warchoń, 2017). Nebrání se nestabilitě, změně, dokážou se rychle adaptovat na nové podmínky (Skórczewski, Polakowska, 2020). Poláci jsou na rozdíl od Čechů neutrálnější ve vyjadřování emocí v komunikaci, dále jsou na rozdíl od Čechů více orientovaní na status získaný (narozením do určité rodiny, dosaženým vzděláním apod.) než na status získaný vlastními činy (Trompenaars, 1993). Charakteristický je patriotismus, víra, ale i pocit sounáležitosti (Knapová, 2019).

Významnou roli má rodina, rodinné oslavy. K umírajícímu býval povolán kněz s posledním pomazáním, ale i sousedé měli možnost se rozloučit. V komunikaci jsou srdeční. Při setkání se známými se zdraví podáním ruky a jemným polibkem nebo dotekem na obě tváře, úsměv značí spokojenost, dobrou náladu. V neverbálním projevu se dívají druhé osobě přímo do očí, dodržují osobní zónu. Výrazně gestikulují. Neradi sdílejí soukromé informace s cizími lidmi. Mohou být tedy více uzavření i vůči zdravotníkům. Jsou dochvilní a totéž očekávají od ostatních, včetně zdravotníků (Warchoń, 2017). V rámci léčby se nebrání tradicím (bylinky, obklady, koupele, hojně užívání česneku, cibule). Roli nemocného nechtějí přijmout snadno, co nejdéle se snaží být aktivní a spíše skrývají příznaky nemoci před okolím. Až pokud nejsou schopni vlastní léčbou dosáhnout výsledku, vyhledají odbornou pomoc. Podobně jako Vietnamci pak často přicházejí ve vážném stavu a to jsou většinou již příznaky závažné. Potrat není přijímán, je nelegální. Proto také polské ženy často za tímto účelem navštěvují okolní země, včetně České republiky (Knapová, 2019).

1.3.5 Charakteristika německé minority

Německá menšina je nejvíce zastoupena v Ústeckém kraji, následuje Praha a Karlovarsko. Pro Němce je charakteristická přesnost, dodržování pravidel a termínů,

důsledná příprava. Mohou působit odměřeně, emoce nedávají příliš najevo. Striktně oddělují práci a osobní vztahy. Důvěru si vybudují až za delší dobu. Nevyhýbají se konfliktům, včetně tvrdého vyjednávání. Vůči Čechům mohou vystupovat nadřazeně (Hotařová, 2017).

Tato specifika se odrážejí i v přístupu a očekávání vůči zdravotníkům. Němečtí pacienti potřebují vše řádně vysvětlit, vyžadují plán péče, s nímž chtějí být seznámeni. Jestliže nelze vše naplánovat, je zapotřebí pacienta ujistit, že se mu dostane zdravotní péče vysoké kvality, na což kladou důraz (StudiCorgi, 2022).

Za pozornost stojí, že existují značné rozdíly mezi Němci z bývalého západního a východního Německa. Pacienti z východu Německa, v němž též panoval komunistický režim, mnohem méně než pacienti z bývalého západního Německa vyžadují aktivní účast na poskytované péči. Snáze přijímají zdravotníky jako autority, nebrání se paternalistickému přístupu, jsou tak v roli pacienta více pasivní (Hamann et al., 2012).

1.3.6 Charakteristika romské minority

Romové jsou etnickou menšinou s vlastní identitou a jazykem, ale jsou také spojováni s etnickou, rasovou a sociální diskriminací ze strany většinové společnosti. Uvádí se, že pocházejí z Indie, odkud emigrovali zhruba před tisíci lety. Žijí v mnoha státech světa, kde přežili i přes dlouholeté pronásledování (Weyrauch, 2001). Fungování v majoritních společnostech různých států způsobilo obrovskou diverzifikaci romského lidu v oblastech, jako jsou jazyk, způsob života, zvyky, povolání, náboženství atd. Tato rozmanitost je důvodem, proč nelze na romské etnikum nahlížet jako na homogenní skupinu (McGarry, 2017).

V komunikaci s tradičně žijícími Romy se lze setkat s nesdílností a nerespektováním neromských autorit a s extrémně rozvinutou orientací na rodinu (Talewicz-Kwiatkowska, 2014). Důležitou roli hrají příbuzenské vztahy (rodiče, děti – včetně z předchozích manželství – a prarodiče, ostatní jsou širší rodina). Výchova dívek a chlapců probíhá odlišně. Dívky se učí být dobrými manželkami a matkami, učí se jemnému a skromnému vystupování, zatímco chlapci se učí hájit tradiční hodnoty a rozdělení žen a mužů. Rodina je pro Romy neocenitelnou hodnotou utvářející jejich sociální život (Donert, Rosenhaft, 2021). Jedná se o silně kolektivistickou a hierarchicky orientovanou kulturu, kde není

sociálně přípustné činit rozhodnutí bez schválení příslušné autority v dané sociální skupině (často starší ženy) (Weyrauch, 2001). Moudrost a sociální status odvozují Romové zejména od věku, nikoli od formálního vzdělávání. Staří ústně předávají vědomosti mladým, protože v tradiční romské společnosti nebylo využíváno písemných pramenů. Respekt k starším členům rodiny a dodržování přijatých norem jsou také významnými prvky romské kultury (Talewicz-Kwiatkowska, 2014). V romské kultuře je kladen důraz na genderové rozdíly. Muži mají dominantní roli. Jsou hlavami rodin a rozšířených rodin a jsou zodpovědní za důležitá rozhodnutí. Navíc většinu svého života jsou ženy považovány za nečisté a podřízené mužům. Rozdělení pohlaví je vyjádřeno během oslav nebo rodinných setkání, kdy ženy sedí na jedné straně stolu a muži na druhé (Talewicz-Kwiatkowska, 2014).

Romská menšina má průměrně horší zdravotní stav než většinová populace. Z chronických onemocnění jsou nejčastější choroby srdce a oběhové nemoci. To je z velké části způsobeno nezdravým životním stylem, který zahrnuje špatnou kvalitu a nedostatek potravin, nízkou úroveň bydlení, častější kouření a pití alkoholu a nedostatek fyzické aktivity. Doporučuje se v tomto ohledu pacienty edukovat (Tóthová et al, 2012). V ošetrovatelském kontextu je důležité mít na paměti, že Romové mohou působit netrpělivě, mohou projevovat nižší vytrvalost a slabší vůli. Bez rodiny se cítí nejistí, což se může projevit i zvýšenou agresivitou nebo odporem k spolupráci. Během hospitalizace je někdy potřeba ujasnit si důležitost respektování klidu ostatních pacientů a dodržování návštěvních hodin, protože návštěvy, které chodí pacienta podpořit, mohou být početné a působit hluk (Horáková et al., 2011).

Romové vnímají zdravotní stav jako celistvou jednotu. Intimita je pro ně velmi důležitá a nedodržování tohoto principu má negativní vliv na jejich fyzický a psychický stav a ochotu spolupracovat. Romové obvykle neodmítají diagnostické a léčebné procedury a v případě potřeby dodržují dietní opatření. Mohou mít problémy s dodržováním hygienických návyků a denního režimu, který se v této kultuře řídí více podle tělesných potřeb než podle vnější pravidelnosti (McGarry, 2017).

Komunikace a péče o Romy může být pro personál náročná, protože mohou být nedůvěřiví nebo neznalí v oblasti zdravotnictví, což může způsobovat nedorozumění. Velmi citlivě reagují na nespravedlnost nebo náznaky rasismu (Donert, Rosenhaft, 2021).

Romové často mají strach z bolesti a úmrtí, jsou emotivní a emoce a bolest je pro ně běžné neskrývat. Mnohdy také berou léky jen do doby, než příznaky ustoupí, což může mít negativní dopady. Důležitá je v tomto ohledu edukace a poučení o rizicích. Komunikace je důležitá i v oblastech, které pacient majoritní kultury může vnímat jako samozřejmost. Ke každému pacientovi je potřeba přistupovat individuálně a získat si jeho důvěru. To vyžaduje trpělivost, empatii, stručné a jednoznačné vyjadřování, ale i akceptaci projevů silných emocí (Ivanová a kol., 2005).

Ošetřování romského pacienta bývá pro zdravotnický personál velmi náročné. Silně emočně prožívají i méně závažné zhoršení zdraví, ovšem prevenci podceňují. Problematické je dodržování hygienických standardů, léčebného režimu a užívání léků, mohou se cítit dotčeně. Důvěra ve zdravotnický personál není velká a nespokojenost projevují agresivitou. Získat důvěru rodiny lze přes autoritu rodiny a důležitá rozhodnutí je taktéž vhodné konzultovat s patriarchou. Důležité je, aby pochopili příčinu a průběh onemocnění, k tomu je vhodné používat výrazy, kterým rozumějí a zpětnou vazbou ověřit, zda je informace pochopená (Knapová, 2019).

Při rozhovoru upřednostňují oční kontakt a vyhovění přání na oslovení. Je dobré dbát na krátké věty a opakování sdělených informací. Během rozhovoru by zdravotnický personál neměl přesahovat osobní a intimní zónu pacienta (Toumová, 2017). Při poskytování péče je zapotřebí dodržovat nejen zásady transkulturního ošetřovatelství, ale také zohlednit skutečnost, že se Romové setkávají v kontaktu s majoritou s diskriminací, stigmatizací, předsudky, na což jsou citliví (Ramos-Morcillo et al., 2019). Tato skutečnost může významně (negativně) ovlivnit úspěšnost léčby (Toumová, 2017).

Jednou z hlavních výzev je jazyková a kulturní bariéra v komunikaci. Romština může být primárním jazykem mnoha romských pacientů, což může vytvářet komunikační problémy v klinickém prostředí. Kromě toho mohou kulturní rozdíly ovlivnit porozumění a respekt k lékařským postupům a doporučením (Toumová, 2017).

1.3.7 Charakteristika muslimské minority

V transkulturní péči hrají víra a náboženské přesvědčení důležitou roli, a to jak u pacientů, tak u zdravotnických pracovníků. Náboženská přesvědčení mají hluboký vliv na život člověka, formují jeho pohled na svět, život, narození, smrt, nemoc, osobní identitu,

mezilidské vztahy, rodinu, lásku, pojem hříchu, pocit viny, odpuštění a morální hodnoty. Často se liší například potraviny, které věřící mohou konzumovat (vegetariánství, půst, zákaz konkrétního druhu masa apod.). Různá náboženství nabízejí rozličné interpretace etiky a životních situací, což vede k různorodým názorům a postojům a také odlišným omezením a povinnostem, které věřící dodržují (Muchová, 2015).

Islám se řadí do rychle se rozvíjejícího náboženství, které je založeno na učení proroka Mohameda, žijícího v 7. století v Arábii. Jeho následovníci vyznávají úplné odevzdání se Bohu (Alláhovi). Islámská etika a právo, známé jako šaría, vycházejí z života a skutků dokonalého člověka – proroka Muhammada. Šaría zahrnuje i detailní předpisy pro rodinný a intimní život, modlitby, rituály a mnoho aspektů každodenního života (Janoušek, 2019).

Muslimové si vysoce cení rodiny a manželství. Tráví s rodinou hodně času a velkou hodnotu má pro ně mír, harmonie a vzájemná péče. Rozvod je povolen pouze v případě, že rodina učinila vše pro překonání potíží, a existují přísná pravidla pro materiální zajištění ženy a společných dětí. Muži mají v manželství dominantní postavení (patriarchát). Dalším kritériem hierarchických vztahů v rodině je věk. Úcta, které se těší starší členové rodiny, je darem od Alláha. Umístění starších členů rodiny do domovů pro seniory je u ortodoxních muslimů nemyslitelné (Hájek, Bahbouh, 2016).

Islám zakazuje konzumaci alkoholu (včetně toho, který je obsažen v lécích), drog a návykových látek, které by mohly ovlivnit rozum. Zdraví a integritu těla považuje za posvátné, proto neumožňuje tetování, plastickou chirurgii apod. (Hájek, Bahbouh, 2016). V islámu je považováno za povinnost rodiny pečovat o své členy až do jejich smrti, přičemž narození a smrt jsou obklopeny specifickými rituály a tradicemi. Smrt není vnímána jako konec, ale jako přechod do věčného života. Muslimové věří, že narození i smrt jsou v Božích rukou a každý má svůj určený čas. V období umírání je velmi důležitá přítomnost rodiny a duchovního, která přináší umírajícímu duchovní smíření. Nemoc člověka je vnímána jako zkouška víry (Hájek, Bahbouh, 2016). Jakmile někdo zemře, s tělem se zachází podle striktních náboženských předpisů. Příprava těla k pohřbu zahrnuje rituální omytí osobou stejného pohlaví, přičemž tělo není úplně odhaleno a myje se po částech, několikrát a vždy lichý počet omytí. Voda pro poslední oplach bývá obohacena o vonnou esenci, zesnulému se zavřou oči a zakryje hlava a pohřeb se

uskuteční co nejdříve. Pitva a kremace jsou v islámu obecně zakázány. Problematika dárcovství orgánů a transplantací vyžaduje souhlas rodiny či samotného dárce. Ačkoli islám neschvaluje eutanazii, v terminálních stavech je akceptována praxe nezavádění nebo ukončení léčby. Proces umírání by měl být klidný a bezbolestný, na rozdíl od judaismu tedy islám více akcentuje podávání tišících prostředků (Kutnohorská, 2013).

Neverbální komunikace a zvyky muslimů se mohou od českých výrazně lišit. Existují určitá tabuizovaná a neslušná témata, o nichž je i se zdravotníkem problematické hovořit. Určitým omezením podléhá také komunikace mezi muži a ženami a provádění vyšetření, vyžadující odhalení částí těla (břicho, hýždě, hrud' apod.) (Hájek, Bahbouh, 2016).

V arabské kultuře bývá komunikace často plná emocí, s hlasitou a vášnivou intonací a bohatou gestikulací, která nemusí znamenat konflikt. Přímý pohled do očí se považuje za nezdvořilé narušování osobního prostoru, a proto je lepší se mu vyhýbat. Pokud pacient neudrží oční kontakt, nejedná se o nezdvořilost. Není také běžné podávat si ruce. Zejména mezi osobami opačného pohlaví může být tělesný kontakt společensky nevhodný. Muslimské ženy se mohou vyhnout přímému kontaktu přetažením látky přes ruku. Někteří muslimové mohou odmítnout podání ruky a místo toho dát ruku na srdce jako znamení pozdravu, nebo nechat ruce založené za zády. V péči o tyto pacienty je doporučeno omezit tělesný kontakt na minimum. Nepřípustné je hlazení nebo i položení ruky na rameno (Tóthová et al., 2012). Také je vhodné rozlišovat mezi pravou a levou rukou, přičemž pravá ruka se používá pro čisté věci a levá pro nečisté. Nabídnutí předmětu levou rukou může být považováno za urážku (Kutnohorská, 2013).

Je důležité také respektovat také určitá komunikační tabu při slovní komunikaci. Témata jako rodinný život nebo intimní záležitosti mohou být vnímána nepříjemně. Diskuse o těhotenství, fyziologických procesech nebo osobních otázkách, jako je například počet dětí, může být pacientem vnímána jako nevhodná či urážlivá, proto je potřeba nutné informace zjišťovat taktně. Dotazy na děti u svobodných žen mohou být nepřijatelné z důvodu náboženských a kulturních zákazů týkajících se sexuálního chování mimo manželství, naopak u vdaných žen bez dětí může být tato otázka vnímána jako kritika (Kutnohorská, 2013). Pokud je přítomen mužský doprovod, mohou ortodoxní muslimky úplně odmítat komunikovat – v takovém případě je vhodné umožnit komunikaci přes přítomného muže, pokud to daná pacientka preferuje (Attum a kol., 2020). V oblasti

sexuality má islám velmi přísná pravidla. Netoleruje se mimomanželský sex, masturbace ani homosexuální aktivity. Velmi nevhodné jsou dotazy na sexuální život, jak mužů, tak žen. Mohou být i v nemocničním prostředí vnímány jako sexuální obtěžování (Hájek, Bahbouh, 2016).

Odhalování částí těla může být velkým tabu, zejména pokud jde o svlékání žen před muži. To může být při mnoha zdravotních úkonech a vyšetřeních zdrojem problémů. Některá vyšetření mohou ortodoxní muslimové vyžadovat provést přes tenkou vrstvu látky (Hájek, Bahbouh, 2016). V případě hospitalizace někoho z rodiny je požadavkem, aby se všichni členové rodiny zapojili do péče a poskytli nemocnému podporu na všech úrovních (emocionální, duchovní i finanční.) Návštěvy v nemocnici jsou v islámské kultuře považovány za důležitý sociální akt, povinnost a formu uctění pacienta. Nemocní jsou vnímáni jako osobnosti blízké Bohu. Dochází k častým a početným návštěvám, přičemž někteří příbuzní mohou chtít být u pacienta po celou dobu jeho pobytu v nemocnici. Tyto návštěvy nemusí vždy respektovat stanovené návštěvní hodiny a mohou být početné, což vyžaduje od zdravotnického personálu pochopení a flexibilitu, ale také schopnost vyjasnění hranic a pravidel, aby nedošlo k narušení bezpečnosti a potřeby odpočinku ostatních pacientů (Grindrod, Alsabbagh, 2017).

V islámu se klade velký důraz na stravování, přípravu a konzumaci jídla, vycházející z Koránu a prorockých tradic. Jídlo povolené ke konzumaci se označuje jako halal. Do základních potravin patří skopové maso, velké množství ovoce, luštěniny aj. Maso smí být pouze z rituálně poražených zvířat. Zakázané jídlo (haram) zahrnuje vepřové maso, zvířecí krev či maso ze zvířat uhynulých přirozenou smrtí. V nemocničním prostředí může být potřeba zajistit alternativní stravu, jako je vegetariánská, případně drůbeží a hovězí maso či mořské plody (Attum a kol., 2020). Jedním z hlavních omezení v islámu je dodržování přísného půstu během ramadánu. Islámský lunární kalendář způsobuje, že ramadán, měsíc postu, se každý rok posouvá skrze různá roční období. Během ramadánu od východu do západu slunce věřící nesmějí jíst, pít, kouřit, mít pohlavní styk, šířit pomluvy, konflikty nebo mluvit vulgárně. Po západu slunce jsou tyto činnosti dovoleny, ale neměly by se přehánět. Někteří věřící si vykládají půst přísněji, odmítají přijímat i léky, včetně těch, které se neužívají ústy. Obvykle však infuze, nosní kapky, čípky apod. povoleny jsou. Některé procedury je vhodné odložit na noční hodiny.

Půst je povinný pro každého fyzicky a mentálně zdravého dospělého (Hájek, Bahbouh, 2016). Islám připouští výjimky z půstu pro cestující, děti do puberty, menstrující ženy, ženy v šestinedělí, těhotné, kojící a ty, jejichž zdravotní stav by půstem mohl být ohrožen. I přes tyto výjimky si mnozí muslimové s chronickými onemocněními vybírají se postit, což může bez konzultace s lékařem a přizpůsobení léčby vést k zdravotním komplikacím, jako jsou dehydratace nebo ketoacidóza a hypoglykémie u diabetiků. Zdravotníci by měli muslimským pacientům v době ramadánu věnovat zvýšenou pozornost, zejména těm s diabetem nebo například hypertenzí (Grindrod, Alsabbagh, 2017).

1.3.8 Další vybraná náboženství

U pacientů křesťanského vyznání obvykle nenastávají významnější komplikace v porozumění, protože jejich morální a hodnotový systém je v souladu s hodnotami většinové společnosti v ČR, Evropě a Severní Americe. Lidský život je považován za posvátný. Nicméně i v křesťanské víře se mohou objevit rozpory s medicínskou praxí. Příkladem je otázka antikoncepce. Katolická církev akceptuje jen přirozené metody a vyzdvihuje plánované rodičovství (Ptáček, Bartůněk et al., 2014). Opakem vzniku nového života je smrt člověka, kdy kupříkladu eutanázie je v rozporu s tradičními křesťanskými hodnotami. Stejně tak interrupce, které jsou v rozporu s názorem, že plod je člověkem již od početí (Anzenbacher, 2015).

Judaismus je rozšířený po celém světě a je hluboce spjat s historií mnoha národů. Židovské komunity jsou roztroušené po celém světě s celkovým počtem přibližně 13 milionů věřících (Patridge, Ritter, 2006). V České republice žije přibližně 1600 vyznavačů judaismu. Federace židovských obcí v ČR uvádí počet Židů kolem 15 až 20 tisíc, kteří nejsou registrováni, ale k judaismu se hlásí (Pavlincová, 2003).

Křesťanství a islám sdílejí kořeny s judaismem a mají společné prvky. Židé mají podobně jako křesťané velkou úctu k životu a přirozenosti. V židovském životě mají velký význam domov a rodina. Důraz je kladen na harmonii v domácnosti, vzájemnou úctu mezi rodiči a dětmi a posvátnost domácího stolu jako oltáře. Dodržování košer předpisů reflektuje hloubku víry – ortodoxní Židé například nesmějí jíst v domech jiných vyznání, ani mít doma jídlo a předměty, které nepocházejí z dané komunity. V judaismu není povoleno používat antikoncepci, s výjimkami v případě zdravotních problémů, válečných situací

nebo hladomoru. Podobně jsou interrupce obecně nepřijatelné, kromě situací, kdy je ohrožen život matky (úcta k životu má přednost). K rozvodu se však staví otevřeněji, v případě dohody a splnění podmínek je rozvod přípustný (Pavlincová, 2003).

V judaismu je košer stravování řízeno přísnými pravidly, která zakazují konzumaci vepřového masa, velbloudů, většiny mořských plodů, hmyzu, hadů, výrobků z nekošer zvířat nebo krve. Košer maso musí pocházet od sudokopytníků, kteří jsou zároveň přežvýkavci, jako jsou ovce, krávy, kozy a jeleni a ryby musí mít ploutve a šupiny (tento požadavek u ryb je sdílen i v islámu). Drůbež je také považována za košer. Důležitá je také metoda zabití zvířat, která musí být prováděna rituálně vyškoleným řezníkem. Další pravidla zahrnují oddělení masných a mléčných potravin, včetně používání separátního nádobí pro každý typ jídla. Speciální předpisy platí pro svátky, například během pesachu je zakázáno jíst kvašené potraviny (Newman et al., 1992). Zatímco ortodoxní židé dodržují košer pravidla striktně, ostatní mohou být v jejich dodržování flexibilnější (Patridge, Ritter, 2006). Je důležité sladit náboženské zvyky s medicínou a ošetřovatelstvím, zejména při hospitalizaci. Vysoká hodnota života a zdraví vede věřící k vyhledávání kvalitní lékařské péče a v případě ohrožení života je povoleno i porušit pravidla Tóry (například řídit auto o šabat pro dopravu do nemocnice). Věřící obvykle souhlasí s nutnými lékařskými zákroky, včetně transfuzí či operací, ačkoli někdy vyžadují, aby se nekonaly o svátcích, jako je šabat (Spiegel, 2008). V oblasti stravování mají židé velmi přísná omezení, která v podstatě zakazují stravovat se mimo židovskou domácnost. Kvůli záchraně života a zdraví však jsou obvykle ochotni nařízení částečně porušit (Pavlincová, 2003). Náboženství obecně hraje u věřících velkou roli v situaci, kdy medicína již nedokáže pomoci. Je obzvláště důležité v těchto momentech přistupovat k pacientům a jejich rodinám empaticky. V případě úmrtí pacienta ortodoxní judaismus vyžaduje, aby všechny části těla byly pohřbeny s tělem. To může ovlivnit postoj k dárcovství orgánů nebo pitvě. Během procesu umírání je pro židy velmi důležitá duchovní stránka a dodržování tradic, mělo by být umožněno provedení potřebných rituálů, jako je zpověď. Mnozí pacienti v terminálním stádiu si také vyberou možnost přerušit léčbu a zemřít v rodinném kruhu (Spiegel, 2008).

Ve zdravotnických zařízeních je zapotřebí umožnit židům (muslimům, dalším věřícím) možnost modliteb se zohledněním také určitého času, období (tj. např. neplánovat určité

procedury v době, která je určena modlitbám, je-li to možné). Ortodoxní židé dodržují určitá pravidla styku muže a ženy, což platí pro vyšetřování pacientů lékaři stejného pohlaví (Šedinová, 2009).

Buddhismus klade důraz na střídmost v životě. Člověk by měl minimalizovat touhy a utrpení, hledat duchovní pravdu prostřednictvím sebekázně a meditací. Důraz je kladen na duši, z hlediska částí těla je důležitá hlava. Buddhismus založil Buddha, tj. indický princ jménem Siddhártha Gautama (Bulliet et al., 2023). V rámci ošetřovatelství je zapotřebí respektovat stravovací zvyklosti. Někteří buddhisté nejedí maso. Pro všechny je typická sebekázeň v jídle. Smí se jíst pouze jednou denně, dopoledne. Některým potravinám (např. česnek, cibule, tofu) se vyhýbají. Po jídle následuje krátká modlitba. Důraz kladou na čistotu těla i duše. Nemoc spojují i s duševní očistou (zpověď), odmítají drogy, tedy i některé léky, ale také např. transfuzi krve nebo očkování. Využívají alternativní medicínu. Během některých svátků mohou odmítat zdravotní ošetření. Preferují soběstačnost (Čoudková, Sedláková, 2009).

1.4 Problematika transkulturního ošetřovatelství ve vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků

Vzhledem k zaměření a cílům této diplomové práce je vhodné zahrnout do teoretické části také problematiku vzdělávání vybraných zdravotnických oborů. V kapitole je popsán vzdělávací a kvalifikační systém sloužící k vzdělávání vybraných nelékařských zdravotnických profesí, konkrétně Všeobecná sestra, Radiologický asistent a Zdravotnický záchranář. Zástupci těchto zdravotnických oborů tvořili výzkumný soubor.

Vzdělávání nelékařských profesí se řídí podle zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů. Vzdělávání oboru Všeobecná sestra upravuje § 5, obor Radiologický asistent § 8 a obor Zdravotnický záchranář § 18. Vzdělávání musí být akreditováno MŠMT (MZ ČR, 2023a).

Základní kvalifikační (předregistrační) studium slouží k získání odborné způsobilosti nezbytné pro výkon konkrétního povolání a absolvuje se na vysokých školách, univerzitách nebo na vyšších odborných školách. Tato forma vzdělávání poskytuje pracovníkům teoretické znalosti, praktické dovednosti a etický rámec potřebný k adekvátnímu výkonu dané profesní role (Brůha, Prošková, 2011).

Transkulturní péče ve zdravotnictví vyžaduje komplexní a rozsáhlé znalosti. Hlavním cílem multikulturního vzdělávání je zajistit, aby zdravotnický personál získal dostatečné znalosti a dovednosti potřebné k poskytování kulturně adekvátní péče pacientům z odlišných kultur. Součástí přípravy zdravotníků by měla být i výuka cizích jazyků (Brůha, Prošková, 2011).

Výuka transkulturní ošetrovatelské péče na českých zdravotnických školách se stále teprve vyvíjí. Často je začleněna do jiných předmětů, jako je etika, psychologie nebo teorie ošetrovatelství. Nicméně s narůstající důležitostí této oblasti se stále více škol rozhoduje věnovat multikulturnímu ošetrovatelství samostatný předmět s rozšířenou časovou dotací nebo ho nabízet jako samostatný předmět. Náplň a název tohoto předmětu se liší mezi jednotlivými školami a neexistují jednotné osnovy. Vyučující má náročný úkol poskytnout studentům přehled a zároveň je motivovat k zájmu a aktivní účasti na rozvoji kulturních kompetencí. Každá škola si musí zodpovědně vybrat, zda multikulturní péči zahrne jako samostatný předmět nebo ji začlení do již existujících vyučovacích předmětů, v souladu se svým vzdělávacím plánem a dle toho, jaký význam přikládá přípravě zdravotnických pracovníků (Špirudová, 2006).

Za pozornost stojí, že Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích (ZSF JU) byla jediným zástupcem z České republiky v projektu BENEFITS (Better & Effective Nursing Education for Improving Transcultural Nursing Skills). Jednalo se o tříletý projekt šesti evropských fakult, do kterého byli zapojeni odborníci z Turecka, Belgie, Slovinska, Maďarska, ČR a Španělska. Cílem bylo připravit nové učební osnovy pro výuku transkulturního ošetrovatelství, aby bylo vzdělávání v této oblasti efektivnější (JCU, 2020).

Zaměříme se nyní na vybrané nelékařské zdravotnické profese a vzdělávací předměty, které by mohly rozvíjet transkulturní porozumění.

1.4.1 Všeobecná sestra

Všeobecné sestry jsou zodpovědné za poskytování ošetrovatelské, léčebné a následné péče při různých akutních i chronických onemocněních a úrazech. Jejich role zahrnuje také preventivní péči, poskytování péče v život ohrožujících situacích nebo např. účast na lékařském a ošetrovatelském výzkumu. Sestry mohou poskytovat širokou škálu služeb souvisejících se zdravotnickou péčí a mohou se také podílet na péči při porodech a umírání. Je důležité rozlišovat mezi všeobecnými sestrami a praktickými sestrami, které mají pouze středoškolské vzdělání a omezené kompetence (Brůha, Prošková, 2011).

V České republice je pro výkon povolání všeobecné sestry potřeba absolvovat buď tříletý bakalářský obor Všeobecná sestra, nebo tříleté studium na vyšší zdravotnické škole s titulem DiS. – diplomovaný specialista. Odbornou způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry může získat také zdravotnický pracovník, který už má odbornou způsobilost k výkonu povolání praktické sestry, zdravotnického záchranáře, porodní asistentky nebo dětské sestry. V tomto případě musí absolvovat minimálně roční studium oboru „diplomovaná všeobecná sestra“ na vyšší zdravotnické škole (Brůha, Prošková, 2011).

Všeobecná sestra je společné označení pro většinu typů (specializací) sester a může mít specializovanou způsobilost v různých oblastech, jako je intenzivní péče, péče v pediatrii, chirurgii, psychiatrii atd. Porodní asistentka je sestra specializující se v oblasti porodní asistence a má možnost mít specializovanou způsobilost například pro intenzivní péči v neonatologii nebo komunitní péči. Existují také profese jako zubní instrumentářka, která pracuje pod vedením zubního lékaře (vyhláška č. 39/2005 Sb.).

Na 2. lékařské fakultě UK se studenti v 1. ročníku setkávají se samostatným povinným předmětem Multikulturní ošetrovatelství. Dále se některá specifika ohledně přístupu a komunikace mohou dozvědět v povinných předmětech Obecná a vývojová psychologie a Zdravotnická psychologie. Ve 2. ročníku absolvují předmět Komunikace v ošetrovatelství. Další předměty obsahující podněty k osobnímu a etickému rozvoji jsou zařazeny mezi nepovinné (2. LF Univerzity Karlovy, 2023).

Na VOŠ je vyučován předmět Komunikace (1. ročník), Obecná i Zdravotnická psychologie, Etika (2. a 3. ročník) obvykle i Multikulturní ošetrovatelství (2. ročník) (Zdravotnická škola Havlíčkův Brod, 2023).

Lze doplnit také zastoupení transkulturního ošetrovatelství na ZSF JČU Všeobecná sestra. V 1. ročníku v rámci předmětu Teorie ošetrovatelství je věnována pozornost porozumění základním hodnotám, víře, přesvědčení jako důležitým aspektům, které se promítají do realizované ošetrovatelské péče, zejména etických zásad a koncepčních modelů ošetrovatelské péče. Ve druhém ročníku se sice studenti seznamují s hlavními teoriemi a modely ošetrovatelské péče, ale v rámci sylabu není uveden žádný model nebo teorie transkulturního ošetrovatelství. Ve 3. ročníku je však k dispozici samostatný předmět Multikulturní ošetrovatelství. Student se má seznámit se základními pojmy, měl by získat základní informace o vybraných etnických, kulturních a náboženských skupinách, je veden k tomu, aby jim uzpůsobil poskytovanou péči. Je také veden k základům hodnocení aktuálního stavu pacienta v kontextu multikulturního ošetrovatelství, měl by také získat komplexní pohled na multikulturní ošetrovatelství, včetně základních modelů, etických zásad. Seznamuje se s problematikou migrace a jejích důsledků pro zdravotnictví, včetně zdravotní péče o cizince. V magisterském studiu je k dispozici předmět Problematika menšin a ošetrovatelská péče, v němž je již věnována pozornost praxi realizace transkulturního ošetrovatelství. Student je veden ke kritickému myšlení a osvojení si potřebných znalostí a dovedností (STAG, ZSF JČU, intranet pro studenty).

1.4.2 Radiologický asistent

Radiologický asistent pracuje v oblasti radiodiagnostiky, radioterapie a nukleární medicíny. Patří mezi nejpočetnější obory v České republice, v registru zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu povolání je registrováno téměř 3 700 radiologických asistentů. V radiodiagnostice se stará o diagnostická vyšetření a manipulaci s přístroji, při náročnějších výkonech asistuje radiologovi. V radioterapii je zodpovědný za precizní provedení ozáření a obsluhuje ozařovací přístroje, při intervenčních výkonech zase asistuje radiačnímu onkologovi. Jeho práce zahrnuje provádění radiologických postupů, léčebnou aplikaci ionizujícího záření, specifické ošetrovatelské péče a spolupráci s lékařem (Brůha, Prošková, 2011).

Vzdělání nutné k výkonu této profese je buďto bakalářský obor anebo tříleté studium na VOŠ zakončené titulem DiS., pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději

ve školním roce 2004/2005, nebo střední zdravotnické školy v oboru radiologický laborant, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 1996/1997 (vyhláška č. 39/2005 Sb., § 7). Na Masarykově univerzitě nemají studenti bakalářského studia povinný předmět specializovaný na transkulturní péči, zato absolvují teorii i praktická cvičení v oblasti komunikace a psychologie v prvním a druhém ročníku. Tyto předměty jsou zaměřeny zejména na uplatnění psychologických poznatků v komunikační praxi a na osobní rozvoj schopnosti citlivé komunikace s pacientem. Téma odlišných kultur je uvedeno pouze okrajově (Masarykova univerzita, 2023). Na 2. LF UK je zařazen předmět Multikulturní ošetrovatelství, u tohoto oboru je nepovinný (2. LF Univerzity Karlovy, 2023).

Lze doplnit, že na ZSF JČU nemají radiologičtí asistenti v rámci bakalářského vzdělání zastoupenou problematiku transkulturního ošetrovatelství. Toto téma může být reflektováno v rámci zásad komunikace s pacienty, explicitně však daná problematika není uvedena jako konkrétní předmět.

1.4.3 Zdravotnický záchranář

Odbornou způsobilost k výkonu povolání zdravotnického záchranáře asistenta je možné získat několika způsoby. Prvním způsobem je absolvování studia na střední zdravotnické škole v oboru zdravotnický záchranář, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 1998/1999. Další možností je absolvování nejméně tříletého studia v oboru diplomovaný zdravotnický záchranář na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2018/2019. Třetí možností je absolvování akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu zdravotnických záchranářů (Brůha, Prošková, 2011).

Vysoká škola zdravotnická na Praze 5 začleňuje v prvních 2 letech studia do výuky několik předmětů z oblasti psychologie, komunikace a zvládání krizových situací. Ve třetím ročníku pak mají studenti samostatný předmět Transkulturní ošetrovatelství. Jeho cílem je „*objasnit podstatu kultury, identifikovat univerzální atributy kultury. Identifikovat specifické a zvláštní problémy etnických minorit při poskytování ošetrovatelské péče*“ a doporučená literatura je podobná jako u téhož předmětu v oboru Všeobecná sestra. Zároveň budoucí záchranáři absolvují 4 cvičení zaměřená na etická

dilemata, aplikaci kulturních modelů v praxi nebo řešení problematických situací (Vysoká škola zdravotnická, 2023).

Ani v případě zdravotnických záchranářů nebylo v rámci analýzy studijního programu na ZSF JČU zjištěno zastoupení tématu transkulturního ošetrovatelství. Téma může být obsahem předmětu Vybrané kapitoly ze sociální patologie, a to v souvislosti s problematikou extremismu, sekt či jednání s agresivním pacientem.

2 Cíle práce a hypotézy

Cíl práce:

Cílem výzkumu je porovnání znalostí vybraných zdravotnických oborů v oblasti transkulturního ošetrovatelství a ošetrování pacientů vybraných národnostních menšin a náboženských skupin.

Hypotézy:

V návaznosti na hlavní cíl výzkumu byly také formulovány dvě hypotézy (H), každá jako nulová a alternativní:

H₁₀: Znalosti o transkulturním ošetrovatelství nejsou odlišné v závislosti na délce praxe.

H_{1A}: Znalosti o transkulturním ošetrovatelství jsou odlišné v závislosti na délce praxe.

H₂₀: Znalosti o transkulturním ošetrovatelství nejsou odlišné v závislosti na daném zdravotnickém oboru.

H_{2A}: Znalosti o transkulturním ošetrovatelství jsou odlišné v závislosti na daném zdravotnickém oboru.

Pro přehlednost a systematičnost byly kromě hlavního cíle výzkumu formulovány ještě dílčí cíle výzkumu (DCV). Prostřednictvím těchto cílů bylo možné naplnit hlavní cíl výzkumu. Tyto dílčí cíle výzkumu byly následující:

DCV1: Zjistit, jaké jsou znalosti respondentů v oblasti terminologie užívané v rámci transkulturního ošetrovatelství.

DCV2: Zjistit, jakými zkušenostmi jsou ovlivněny znalosti respondentů v oblasti transkulturního ošetrovatelství.

DCV3: Určit míru správných znalostí respondentů ve vybraných oblastech transkulturního ošetrovatelství.

DCV4: Identifikovat postoj respondentů k transkulturnímu ošetrovatelství.

Ke každému dílčímu cíli výzkumu byly přiřazeny položky v dotazníku. Toto rozdělení je popsáno v kapitole 2.3, v níž je charakterizována užitá metodika výzkumu.

3 Operacionalizace pojmů

Kapitola obsahuje hlavní pojmy, které byly užity v rámci dotazníkového šetření a které jsou pro účely práce operacionalizovány. Mnohé z nich byly detailněji vymezeny v teoretické části práce. V textu je podána operacionalizace pojmů užitých v dotazníku, které je vhodné blíže vysvětlit pro porozumění tomu, jaký obsah byl u těchto pojmů v rámci dotazníku zamýšlen.

Pracovní pozice určuje pozici zaměstnance v hierarchii organizace. Patří k ní pracovní role, která je určitým ideálem z hlediska povinností, dovedností či osobnostních charakteristik, které by měl zaměstnanec na určité pracovní pozici mít. Objektivně ji vymezují normy, subjektivně očekávání pracovníka (Boháček, 2020).

Náboženské vyznání značí sebedeklarovanou církevní příslušnost. Je sledováno např. ve sčítání lidu (Hamplová, 2013).

Transkulturní ošetřovatelství „se zaměřuje na porozumění kulturám a k tomu se vztahujícím specifickým potřebám péče“ (Kutnohorská, 2013, s. 37). Definice transkulturního ošetřovatelství dle M. Leiningerové, která vytvořila jeden z nejrespektovanějších a nejužívanějších modelů transkulturního ošetřovatelství, je následující: „*Humanistický teoreticko-praktický vědní obor, který se zabývá odlišnostmi a podobnostmi mezi kulturami, pokud jde o humánní péči, zdraví a nemoc, přihlíží přitom ke kulturním hodnotám, přesvědčením a zvyklostem daného jednotlivce nebo kulturní skupiny*“ (Kutnohorská, 2013, s. 40–41).

Národnost je „*příslušnost k určitému národu, která spojuje společné území, tradice, jazyk, kultura a vědomí sounáležitosti*“ (Ryneš, 2018, s. 118). Národnost může mít různé sociální, politické a právní důsledky, jako je občanství, přístup k právům a výhodám ve společnosti, a v některých případech také určení státní příslušnosti. Je důležitá pro formování identity jedince a jeho pocitu příslušnosti ke konkrétnímu kolektivu (Ivanová et al., 2005).

Národnostní menšina je dle Stranjik (2022, s. 7) nejčastěji vymezena prostřednictvím definice Organizace spojených národů z roku 1985, kde národnostní menšina je: „*skupina obyvatel státu, tvořící menšinu v nedominantní pozici uvnitř státu, disponujícími etnickými, náboženskými nebo jazykovými charakteristikami, které jsou odlišné od*

charakteristik většiny obyvatel, mající vědomí vzájemné solidarity, motivované, byť jen implicitně, kolektivní vůlí přežít, a jejímž cílem je dosáhnout rovnosti s většinou, jak ve skutečnosti, tak i podle zákona“. Jak bylo uváděno v rámci teoretických východisek, v zákoně č. 273/2001 Sb., je národnostní menšina vymezena zejména odlišností vůči majoritě prostřednictvím etnického původu, jazyka, kultury či tradice. Dle Wagnerové et al. (2023) je důležitým kritériem pro vymezení národnostní menšiny nižší početní zastoupení jejích členů oproti majoritě, přičemž za příslušníka národnostní menšiny je považována osoba, která se k dané národnostní menšině hlásí.

Muslimské vyznání je totéž jako islámské vyznání. Muslim je stoupenec islámského náboženství, tedy člověk, který se podřídí Boží vůli (výraz islám znamená v arabštině „*podříditi se*“). Islám je náboženství, které vyložil prorok Muhammad na základě přijatých božích zjevení, která byla po jeho smrti sepsána v Koránu. Islám vyzývá všechny lidi, aby přijali jako jediného stvořitele Alláha, který odměňuje nebo trestá věřící po smrti dle toho, jaký byl jejich pozemský život. Ten, kdo přijme Muhammada, se stává muslimem (Bulliet et al., 2023).

Romské etnikum je spojením odkazujícím k příslušnosti k Romům jako specifickému etniku nebo národnostní menšině. Etnikum nebo též etnická skupina je „*společenství lidí, kteří mají společný rasový původ, obvykle společný jazyk a sdílejí společnou kulturu... Etnikum se vyznačuje svou vlastní etnicitou. Etnicita je vzájemně provázaný systém kulturních (materiálních a duchovních), rasových, jazykových a teritoriálních faktorů, historických osudů a představ o společném původu působících v interakci a formujících etnické vědomí člověka a jeho etnickou identitu*“ (Průcha, 2004, s. 51).

Kvalifikační vzdělávání je chápáno jako příprava k povolání a zahrnuje všechny edukační aktivity, které se vážou ke zvyšování kvalifikace jedince (Kutnohorská, 2010). Úžeji je chápáno jako osobní rozvoj zaměstnance, prohlubování kvalifikace (Průcha, Veteška, 2012). Nelékařští zdravotničtí pracovníci, k nimž patří o všeobecná sestra, radiologický asistent nebo zdravotnický záchranář, absolvují kvalifikační vzdělávání k získání odborné způsobilosti (MZ ČR, 2023b).

Jazyková bariéra představuje jednu z NANDA ošetrovatelských diagnóz, ve spojení s narušenou verbální komunikací. Jestliže u pacienta panuje jazyková bariéra, pacient nedokáže užívat ke komunikaci se sestrou dominantní jazyk. K této komunikační bariéře

se přidává často také strach, zahanbení, nedostatek soukromí nebo nedostatek podporujícího systému (Špirudová et al., 2006).

Všeobecná zdravotní sestra je kvalifikovaným zdravotnickým pracovníkem, který poskytuje péči a podporu pacientům v různých zdravotnických prostředích. Všeobecná zdravotní sestra poskytuje primární péči, sleduje stav pacientů, podává léky, vykonává různé lékařské procedury, poskytuje informací a edukuje pacienty a jejich rodiny ohledně zdraví a prevence nemocí. Sestra také spolupracuje s dalšími členy zdravotnického týmu a dodržuje profesní standardy a etické zásady (vyhláška č. 158/2022 Sb.)

Zdravotnický záchranář poskytuje naléhavou přednemocniční péči a záchranu v mimořádných situacích, jako jsou nehody, srdeční zástavy, úrazy nebo nemoci. Je vyškolený v akutní péči a má znalosti a dovednosti pro poskytování zdravotnické pomoci při převozu pacientů do nemocnic nebo jiných zdravotnických zařízení. Náplň práce často zahrnuje resuscitaci, stabilizaci pacientů a rychlou reakci na naléhavé situace za účelem zachování života a minimalizace zdravotních následků (vyhláška č. 55/2011 Sb.)

Radiologický asistent je nelékařským zdravotnickým pracovníkem, který pracuje pod dohledem lékaře nebo radiologa a pomáhá při provádění radiologických vyšetření a procedur. Jeho práce zahrnuje přípravu pacientů na vyšetření, umístění na vyšetřovacím stole, správu radiologických přístrojů a zařízení a zajištění kvalitních snímků pro lékařskou diagnózu. Radiologický asistent také může pomáhat při interpretaci a zpracování obrazů a vedení záznamů o pacientech (vyhláška č. 55/2011 Sb.)

Znalost znamená vědění nebo také správné mínění o určitém jevu nebo oblasti poznání (Kučerová, 2017).

Postoj se váže k orientaci chování nebo uvažování, je reakcí na určitý objekt, subjekt, fenomén. Většinou bývá negativní nebo pozitivní, často je konzistentní a stabilní, hůře se ovlivňuje. Má složku kognitivní (co si o určitém jevu jedinec myslí), emotivní (co vůči předmětu postoje jedinec cítí), konativní nebo též behaviorální (jak se jedinec ve vztahu k objektu postoje chová), případně i verbální, která je ovšem součástí složky behaviorální, neboť odkazuje k tomu, co o postoji jedinec sděluje. V rámci výzkumů se často postoje měří pomocí Lickertovy škály sumovaných odhadů, kdy respondent na určitou položku odpovídá výroky vyjadřující naprostý souhlas, souhlas, nerozhodnost, nesouhlas a naprostý nesouhlas (Urban, 2022).

4 Metodika

Výzkum byl koncipován jako kvantitativní. Jak vysvětluje Reichel (2009), v tomto výzkumném designu je pracováno s měřitelnými, kvantifikovanými daty, které jsou analyzovány pomocí statistických metod. Kvantitativní výzkum je volen ke zkoumání předpokládaných vztahů a též v případě záměru ověřit hypotézy. Sběr a analýza dat probíhají poměrně rychle, s využitím statistických metod. Výsledky bývají relativně nezávislé na badateli, často je lze zobecnit. K vyhodnocování dat dochází po skončení sběru dat.

4.1 Metoda sběru dat

Metodou sběru dat byl dotazník vlastní konstrukce. Jeho podoba vycházela z hlavního cíle výzkumu a dílčích cílů výzkumu. Gavora (2008) vysvětluje, že nelze dotazník sestavit náhodně, ale vždy se musí jednotlivé položky v dotazníku vázat k dílčím cílům výzkumu nebo výzkumným otázkám, přičemž pořadí položek může být libovolné. Je však vhodné složitější nebo osobněji zaměřené otázky umístit až do druhé poloviny dotazníku. V úvodu dotazníku je zapotřebí respondentům vysvětlit účel sběru dat, způsob vyplnění dotazníku a též jakým způsobem bude se získanými daty naloženo. Většinou jsou respondenti informováni o tom, že bude zachována jejich anonymita, což souvisí s etikou výzkumu, která by měla být vždy dodržena. V rámci výzkumu by neměla nastat respondentům žádná újma. Na konec dotazníku nebo jeho úvod bývají umístěny identifikační otázky, které slouží k popisu výzkumného souboru a též bývají užity v rámci stanovených hypotéz.

Tyto požadavky byly dodrženy. Podoba dotazníku je uvedena v oddílu příloh (Příloha č. 1). K DCV1 se v dotazníku vázaly položky č. 6–8, k DCV2 byly přiřazeny otázky č. 9–12, 14, 21–22, k DCV3 přináležely položky č. 15–18, 20 a k DCV4 se vázaly otázky č. 13, 19, 23–26. První čtyři položky byly identifikační. Zjišťován byl věk respondentů, pracovní pozice, na které respondenti působí, délka praxe a též měli respondenti uvést, zda jsou určitého náboženského vyznání, přičemž respondenti měli možnost uvést i vlastní odpověď, tedy nemuseli tuto otázku tímto způsobem zodpovědět, neboť se jednalo o otázku osobní, na kterou nemuseli chtít odpovídat.

V úvodu dotazníku byl uveden účel výzkumu, informace k vyplnění dotazníku. Respondenti byli také ujištěni o zachování anonymity, která ovšem byla zajištěna již

samotným sběrem dat, který probíhal online. V úvodu dotazníku bylo také explicitně uvedeno, že respondenti vyplněním dotazníku souhlasí s účastí ve výzkumu, tedy získán byl od respondentů informovaný souhlas.

Otázky byly koncipovány jako uzavřené (otázky č. 1–3, 12, 15–17, 20–21), tj. s výběrem jedné z možných odpovědí, případně mohli respondenti uvést více odpovědí v rámci jedné otázky, na což byli upozorněni. Dále se jednalo o otázky polouzavřené (otázky č. 4–8, 11, 14, 18–19, u kterých mohli respondenti kromě nabídnutých alternativ odpovědí uvést i vlastní odpověď. Zvolena byla také Likertova škála (otázky č. 9–10, 12, 22–25). V rámci otázek č. 9 a 10, v nichž byla Likertova škála užitá, byla vytvořena pro každou otázku tabulka s několika položkami, přičemž na každou z nich volil respondent jako svoji odpověď jednu z možností, tj. nikdy–zřídka–často–téměř denně. U dalších položek s využitím Likertovy škály se jednalo o různou formou souhlasu/nesouhlasu s danou otázkou.

Před vlastní administrací dotazníku byl proveden předvýzkum, který by dle Dismana (2011) neměl být nikdy opomenut, neboť tímto způsobem je možné ověřit vhodnost sestaveného nástroje sběru dat, tj. v tomto případě dotazníku. Předvýzkum slouží ke zjištění, zda jsou respondentům otázky srozumitelné, zda jsou v rámci jednotlivých položek uvedeny všechny možné odpovědi, zda jsou do dotazníku zařazeny všechny důležité otázky k tématu apod.

Předvýzkumu se zúčastnili vždy dva zástupci tří skupin respondentů, které měly být zahrnuty do výzkumného souboru. Záměrem bylo do výzkumného souboru zařadit tři skupiny nelékařských zdravotnických pracovníků, kteří poskytují či mohou poskytovat transkulturní ošetřovatelství, tj. všeobecné sestry, radiologičtí asistenti a zdravotničtí záchranáři. Jednalo se o osoby blízké autorce práce. Na základě jejich zpětné vazby byla k otázce č. 4 přidána možnost „agnosticismus“ i s vysvětlením, že v tomto případě jedinec nepotvrzuje ani nepopírá existenci Boha. K otázce č. 5 byla přidána odpověď „d) nevím, nepamatuji si“, k otázce č. 8 byla přidána možnost „d) holistický přístup“, k otázce č. 18 byla doplněna alternativa odpovědi „b) harmonogram práce na oddělení“ a přidána byla otázka č. 21, v níž měli respondenti uvést, jak by jednali v případě jazykové bariéry u pacienta. Osoby, které se zúčastnily předvýzkumu, nebyly zařazeny do výzkumného souboru, ale byly požádány o šíření odkazu na dotazník.

4.2 Organizace výzkumu

Dotazník byl umístěn na server Survio, na kterém byl zveřejněn od 18. března roku 2024 do 3. dubna roku 2024. Výzkum probíhal ve vybraných zdravotnických zařízeních v Plzeňském a Jihočeském kraji. Autorka práce oslovila vedení vybraných zdravotnických zařízení v obou krajích se žádostí o účast ve výzkumu. Po získání souhlasu odeslala odkaz na elektronický dotazník vybraným pracovištím, která byla doporučena do výzkumu ze strany vedení zdravotnických zařízení. Dále autorka práce oslovila také své známé a osoby z předvýzkumu, aby šířily odkaz na dotazník mezi svými známými, kteří působí ve zdravotnických zařízeních v obou krajích, a to na pracovní pozici zdravotní sestra, radiologický asistent či zdravotnický záchranář. V případě radiologických asistentů byla také využita facebooková stránka pro tyto pracovníky. Do skupiny byl se žádostí o účast ve výzkumu vložen odkaz na dotazník, s upozorněním na nutnost dodržení požadavku, aby dotazník vyplnili jen radiologičtí asistenti, kteří působí v jednom z vybraných krajů.

Jiná kritéria (tj. působení na jedné ze tří sledovaných pracovních pozic, dále profesní působení v některém ze zdravotnických zařízení v Plzeňském nebo Jihočeském kraji) k sestavení výzkumného souboru užitá nebyla. Výzkumný soubor byl tedy sestaven na základě příležitostného výběru a též s využitím techniky sněhové koule.

Lze doplnit, že s výjimkou zdravotnické záchranné služby probíhala spolupráce s vybranými zdravotnickými zařízeními dobře. Zástupci oslovených středisek zdravotnické záchranné služby v obou krajích již během domlouvání účasti ve výzkumu vykazovali negativní postoj k účasti zaměstnanců ve výzkumu, s odkazem na jejich značnou pracovní vytíženost, ale též časté obdobné žádosti studentů vysokých škol. Přesto přislíbili účast, tj. rozeslání odkazu pracovníkům, nicméně z jedné z oslovených zdravotnických záchranných služeb přišel až po skončení sběru dat e-mail se zprávou, že nebylo možné dotazník vyplnit, neboť již není dostupný. To také vysvětluje nižší zastoupení zdravotnických záchranářů ve výzkumném souboru, který je popsán v kapitole 4.4.

4.3 Zpracování dat

Analýza dat byla provedena v programu Microsoft Office, Excel. Ze serveru Survio byly výsledky k dispozici v excelové tabulce. Pro zajištění detailnějších výsledků byly s využitím kontingenčních tabulek výsledky u každé otázky tříděny do tří skupin, dle pracovní pozice respondenta. Bylo tak možné podat výsledky pro každou otázku nikoliv souhrnně, ale zvlášť pro všeobecné sestry, radiologické asistenty a zdravotnické záchranáře.

K analýze dat byla užita popisná statistika. U každé otázky byla zjišťována absolutní a relativní četnost odpovědí. Vzhledem k charakteru získaných dat nebylo možné užít další kategorizované proměnné, jako je průměr, modus či medián.

Určování absolutní a relativní četnosti odpovědí bylo možné i v případě podání vlastních odpovědí, které byly slovní, nikoliv kvantifikované. V tomto případě byla užita technika vytváření trsů, kterou popisuje Miovský (2006) jako obdobu otevřeného kódování zakotvené teorie. Slovní odpovědi respondentů byly tříděny dle obdobného významu, obsahu. Vznikaly tak trsy, které byly pojmenovány. Každý trs obsahoval určitý počet odpovědí. Bylo tak opět možné určit absolutní a relativní četnost odpovědí v každém trsu.

K ověření hypotéz byl užit test dobré shody chí-kvadrát. Při statistickém ověření dat je nejprve zapotřebí formulovat nulovou a alternativní hypotézu. V rámci nulové hypotézy je předpokládáno, že mezi zkoumanými jevy neexistuje statisticky významný rozdíl. Naopak alternativní hypotéza vyjadřuje předpoklad, že mezi zkoumanými jevy statisticky významný rozdíl existuje. O přijetí nebo zamítnutí hypotézy je při užití chí-kvadrátu rozhodováno na základě výpočtu testového kritéria χ , které se počítá následovně:

$$\chi^2 = \sum \frac{(P-O)^2}{O}$$

kde: χ – testové kritérium,

P – pozorovaná četnost,

O – očekávaná četnost

Σ – součet dílčích výsledků pro každé pole čtyřpolní tabulky (Chráška, 2016, s. 65–66).

Zvolena byla hladina významnosti 5 %.

Ověření hypotéz vycházelo z několika položek v dotazníku, v nichž měli respondenti prokázat konkrétní znalosti v oblasti transkulturního ošetrovatelství. Jednalo se o položky 15–18 a 20.

V dotazníku byly i další položky, v nichž byly zjišťovány znalosti respondentů z oblasti transkulturního ošetrovatelství. Jednalo se ovšem o znalost obecných pojmů, jako je transkulturalismus, víra nebo národnostní menšina. Lze předpokládat, že tyto pojmy veřejnost zná. Nebylo u nich tedy přistoupeno k ověřování případných rozdílů v četnosti odpovědí dle vybraných kritérií, zohledněných ve formulovaných hypotézách. Dalším důvodem, proč tyto položky nebyly zahrnuty do statistického ověření výsledků, byl způsob jejich formulace: cílem nebylo primárně zjistit, zda respondenti přesně znají tyto pojmy, ale spíše, jak je vnímají, co u nich považují za důležité. Primární tedy u těchto otázek (č. 5–7, 12 a 19) nebylo zjišťování správné odpovědi. U některých těchto položek bylo navíc možné uvést více odpovědí, přičemž u nich bylo formulováno i více správných odpovědí. Nicméně jednalo se též o důležité položky, dokreslující výzkumný problém. V rámci kapitoly čtvrté, která obsahuje přehled zjištěných výsledků, jsou tak tyto výsledky analyzovány podrobněji. Výsledky vztahující se k těmto položkám podávají obecný rámec pro určení míry znalostí respondentů v oblasti transkulturního ošetrovatelství.

4.4 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumu se zúčastnilo celkem 167 respondentů. Jednalo se o respondenty, kteří působí jako zdravotní sestry, radiologičtí asistenti a zdravotničtí záchranáři.

Od respondentů bylo zjišťováno nejvyšší dosažené vzdělání, věk, délka praxe, ale i jejich náboženské vyznání. I když je tato otázka osobnějšího rázu, z hlediska výzkumu bylo považováno za důležité zjistit, do jaké míry je pro tyto respondenty oblast náboženství důležitá, či jak je z hlediska přístupu k víře ovlivněna poskytovaná péče.

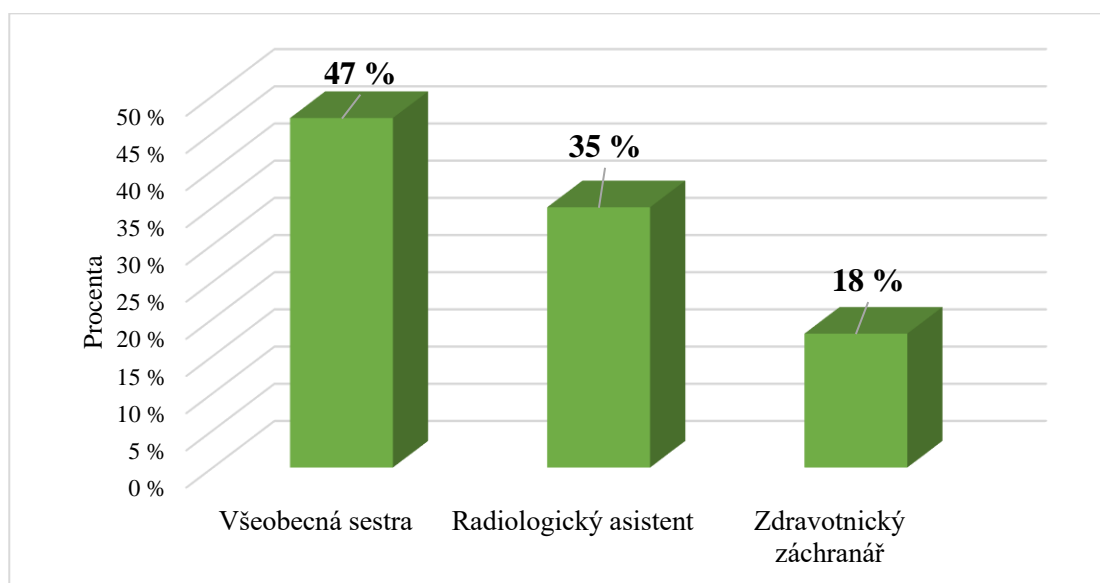
Bližší charakteristika výzkumného souboru je podána v rámci prezentovaných výsledků.

5 Výsledky

Výsledky jsou prezentovány dle pořadí, v jakém byly v dotazníku uspořádány jednotlivé otázky. Nejprve je blíže charakterizován výzkumný soubor. Dále jsou již uvedeny výsledky jádra dotazníku, které jsou prezentovány v tabulkách, s rozdělením odpovědí dle tří sledovaných skupin respondentů. Pokud respondenti podávali u otázky více možných odpovědí, relativní četnost byla určována k celkovému počtu odpovědí každé ze skupin respondentů, nikoliv k celkovému počtu odpovědí.

5.1 Výsledky dotazníkového šetření

Přehled výzkumného souboru z hlediska zastoupení jednotlivých pracovních pozic je podán na obrázku 3.



Obr. 3 Pracovní pozice respondentů

Zdroj: vlastní

Jak je z obrázku 3 patrné, nejvíce byly zastoupeny všeobecné sestry, kterých bylo 79 (47 %). Dále 58 (35 %) respondentů odpovědělo, že působí jako radiologický asistent a 30 (18 %) respondentů odpovědělo, že působí jako zdravotnický záchranář.

Respondenti měli také uvést, kolik je jim let. Výsledky jsou uvedeny v tabulce 1.

Tab. 1 Věk respondentů

Odpovědi	Sestry		Radiologičtí asistenti		Zdravotničtí záchranáři	
	N	%	N	%	N	%
Méně než 30 let	21	27 %	16	28 %	9	30 %
30–40 let	32	41 %	22	38 %	11	37 %
41–50 let	16	20 %	16	28 %	6	20 %
51–60 let	8	10 %	3	5 %	3	10 %
61 a více let	2	2 %	1	1 %	1	3 %
Celkem	79	100 %	58	100 %	30	100 %

Zdroj: vlastní

V tabulce 1 si lze povšimnout, že nejvíce byli ve všech sledovaných skupinách pracovníků zastoupeni respondenti ve věku 31–40 let. Tento věk uvedlo 32 (41 %) sester, 22 (38 %) radiologických asistentů a 11 (37 %) respondentů. Ve výzkumném souboru byli jen 4 respondenti ve věku 61 a více let. Celkově se věkové rozložení ve všech sledovaných skupinách výrazně nelišilo.

Dále bylo zjišťováno nejvyšší dosažené vzdělání respondentů, viz tabulka 2.

Tab. 2 Vzdělání respondentů

Odpovědi	Sestry		Radiologičtí asistenti		Zdravotničtí záchranáři	
	N	%	N	%	N	%
Střední škola	25	32 %	5	9 %	4	13 %
Vyšší odborná škola	16	20 %	8	14 %	8	27 %
Vysoká škola	24	30 %	36	62 %	9	30 %
Specializační vzdělání	14	18 %	9	15 %	9	30 %
Jiné	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Celkem	79	100 %	58	100 %	30	100 %

Zdroj: vlastní

Celkem 25 (32 %) sester odpovědělo, že má pouze střední vzdělání jako svoje nejvyšší. Tato odpověď byla mezi sestrami zastoupena nejvíce. U dalších dvou skupin respondentů byla nejčastěji uváděna odpověď „vysoká škola“, kterou zvolilo 36 (62 %) radiologických asistentů a 9 (30 %) zdravotnických záchranářů. Jinou variantu odpovědi, než které byly přesně specifikovány, nezvolil žádný z respondentů.

Specializační vzdělání uvedlo 14 (18 %) sester, 9 (15 %) radiologických asistentů a 9 (30 %) zdravotnických záchranářů.

Další identifikační otázka se týkala délky praxe. Výsledky jsou uvedeny v tabulce 3, z níž vyplývá, že ve všech skupinách respondentů byli nejvíce zastoupeni respondenti s nejdelší praxí, a to 15 a více let. Tuto odpověď uvedlo 29 (37 %) sester, 19 (33 %) radiologických asistentů a 10 (33 %) zdravotnických záchranářů, ovšem stejný počet zdravotnických záchranářů také uvedl 1–4 roky. Minimální praxi, tj. méně než 1 rok, uvedli celkem jen 4 respondenti.

Tab. 3 Délka praxe respondentů

Odpovědi	Sestry		Radiologičtí asistenti		Zdravotničtí záchranáři	
	N	%	N	%	N	%
Méně než 1 rok	2	2 %	1	2 %	1	3 %
1–4 roky	21	27 %	13	22 %	10	33 %
5–9 let	13	16 %	12	21 %	2	7 %
10–14 let	14	18 %	13	22 %	7	24 %
15 a více let	29	37 %	19	33 %	10	33 %
Celkem	79	100 %	58	100 %	30	100 %

Zdroj: vlastní

Poslední identifikační otázka se týkala náboženského vyznání. Respondenti mohli uvést i vlastní odpověď. Těchto odpovědí však bylo malé množství, proto nebylo přistoupeno k metodě vytváření trsu. Výsledky na otázku *Jste příslušníkem nějakého náboženského vyznání* jsou uvedeny v tabulce 4.

Tab. 4 Náboženské vyznání respondentů

Odpovědi	Sestry		Radiologičtí asistenti		Zdravotničtí záchranáři	
	N	%	N	%	N	%
Římskokatolické	15	19 %	9	16 %	1	3 %
Pravoslaví	1	1 %	0	0 %	4	14 %
Judaismus	0	0 %	2	3 %	1	3 %
Islám	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Agnosticismus	2	3 %	2	3 %	4	13 %
Žádné	59	74 %	43	75 %	20	67 %
Jiné	2	3 %	2	3 %	0	0 %
Celkem	79	100 %	58	100 %	30	100 %

Zdroj: vlastní

Opět bylo zjištěno nejčtenější zastoupení jedné odpovědi u všech skupin respondentů. Jednalo se o odpověď „neidentifikuji se s žádným náboženským vyznáním“, v tab. 4 uvedeno zkráceně jako žádné náboženské vyznání. Tuto odpověď zvolilo 59 (74 %) sester, 43 (75 %) radiologických asistentů a 20 (67 %) zdravotnických záchranářů. V případě sester a radiologických asistentů byla druhou nejčastější odpovědí možnost „římskokatolické křesťanství“, kterou uvedlo 15 (19 %) sester a 9 (16 %) radiologických asistentů, a jen 1 (3 %) zdravotnický záchranář. V případě záchranářů byla druhou nejčastější odpovědí možnost „pravoslavné křesťanství“, kterou zvolili 4 (14 %) zdravotničtí záchranáři, ale jen 1 (3 %) sestra, a žádný radiologický asistent.

Další identifikační otázky nebyly respondentům položeny. Další část výsledků se tak již vztahuje k jádru dotazníku.

Otázkou č. 6 bylo zjišťováno, co si respondenti představují pod pojmem transkulturní ošetrovatelství. Respondenti mohli volit více možných odpovědí, nebo zvolit vlastní odpověď. Výsledky vztahující se k této otázce jsou prezentovány v tab. 5.

Celkem bylo získáno 218 dílčích odpovědí, ovšem relativní četnost byla vždy určována k počtu respondentů v každé skupině respondentů. Za správné bylo možné považovat první dva varianty odpovědí, přičemž jak je patrné z tab. 5., nejčastěji respondenti uváděli odpověď „a) ošetrovatelskou péči poskytovanou lidem z různých kulturních a etnických skupin“, kterou uvedlo 74 (94 %) sester, 52 (90 %) radiologických asistentů a 19 (63 %) zdravotnických záchranářů. Druhou odpověď „b) ošetrovatelskou péči o pacienty jiného náboženského vyznání zvolilo 19 (24 %) sester, 20 (35 %) radiologických asistentů a 12 (40 %) zdravotnických záchranářů.

Tab. 5 Výklad pojmu transkulturní ošetrovatelství

Odpovědi	Sestry		Radiologičtí asistenti		Zdravotničtí záchranáři	
	N	%	N	%	N	%
Ošetrovatelskou péčí poskytovanou lidem z různých kulturních a etnických skupin.	74	94 %	52	90 %	19	63 %
Ošetrovatelskou péčí o pacienty jiného náboženského vyznání.	19	24 %	20	35 %	12	40 %
Asimilace	0	0 %	3	5 %	5	17 %
Nevím, nepamatuji si	1	1 %	5	9 %	7	23 %
Jiné	1	1 %	0	0 %	2	7 %

Zdroj: vlastní

Vlastní odpověď podala 1 sestra a 2 zdravotničtí záchranáři. Jejich odpovědi byly následující: „Péči o pacienty z jakéhokoli odlišného kulturního prostředí, než je to moje (náboženství, kultura, subkultura...)“, „Bože, další wokeismus a levičácký výplod“ a „Začlenění potřeb pacientů různých etnik do naší běžné oš. péče, vnímání rozdílů v ošetrovatelské péči“.

V další otázce měli respondenti s využitím nabídnutých odpovědí nebo vlastní odpovědi definovat pojem národnostní menšina. Opět bylo možné zvolit více odpovědí. Výsledky jsou uvedeny v tab. 6. Celkem bylo získáno 194 dílčích odpovědí.

Tab. 6 Výklad pojmu národnostní menšina

Odpovědi	Sestry		Radiologičtí asistenti		Zdravotničtí záchranáři	
	N	%	N	%	N	%
Skupina lidí, kteří sdílejí společné koníčky.	0	0 %	1	2 %	0	0 %
Skupina lidí, kteří sdílejí určitou národnostní identitu ve srovnání s dominantním etnikem.	62	79 %	34	59 %	18	60 %
Skupina lidí, která je menšinou v dominantním etniku.	22	28 %	32	55 %	22	73 %
Jiné	1	1 %	1	2 %	1	3 %

Zdroj: vlastní

Za správné bylo možné považovat druhou a třetí variantu odpovědí, které byly také uváděny nejčastěji. Žádná z těchto variant odpovědí však není zcela optimální definicí národnostní menšiny, což ale nebylo záměrem. Cílem bylo poukázat na to, že pro národnostní menšinu je důležitá národnostní identita, což obsahuje možnost odpovědi „b) skupina lidí, kteří sdílejí určitou národnostní identitu ve srovnání s dominantní skupinou“, což správně uvedlo 62 (79 %) sester, 34 (59 %) radiologických asistentů a 18 (60 %) zdravotnických záchranářů. Dále je pro národnostní menšinu charakteristické, že se jedná o menšinu oproti dominantnímu etniku, což bylo obsaženo ve variantě „c) skupina lidí, která je menšinou v dominantním etniku“, kterou zvolilo 22 (28 %) sester, 32 (55 %) radiologických asistentů a 22 (73 %) zdravotnických záchranářů.

Vlastní odpověď podal vždy 1 respondent z každé skupiny. Tyto odpovědi byly následující: „Skupina lidí vyznačující se obdobným zaměřením, etnickým původem, kulturou, společným jazykem a nižším společenským postavením oproti majoritě“, kdy lze tuto odpověď sestry považovat vyčerpávající definici národnostní menšiny. Radiologický asistent odpověděl „nevím“ a zdravotnický záchranář odpověděl „národ je sociální konstrukt“.

Další otázka byla koncipována obdobně, přičemž v tomto případě měli respondenti definovat pojem náboženství. Výsledky jsou uvedeny v tab. 7.

Tab. 7 Výklad pojmu náboženství

Odpovědi	Sestry		Radiologičtí asistenti		Zdravotničtí záchranáři	
	N	%	N	%	N	%
Systém víry	53	67 %	44	76 %	23	77 %
Vztah člověka k nadpřirozenému	28	35 %	17	29 %	17	57 %
Vztah člověka ke své rodině	3	4 %	2	3 %	6	20 %
Jedná s o morální přesvědčení	23	29 %	20	35 %	18	60 %
Jiné	0	0 %	1	2 %	1	3 %

Zdroj: vlastní

Kromě možnosti „c) vztah člověka ke své rodině“ lze považovat všechny varianty odpovědí za správné, neboť např. morálka se vztahuje k dobru a pravdě, což náboženství reflektuje vlastním pojetím.

Jak je patrné z tab. 7, nejčastěji respondenti volili první možnost „a) systém víry“, která je nejdůležitější. Uvedlo ji 53 (67 %) sester, 44 (76 %) radiologických asistentů a 23 (77 %) zdravotnických záchranářů.

Vlastní odpověď podal 1 radiologický asistent a 1 zdravotnický záchranář. Dle zdravotnického záchranáře se jedná o „provádění určitých rituálů, modliteb“, odpověď radiologického asistenta byla následující: „Morálka, hodnota, pokora, úcta, tradice, zákony“.

Otázkou č. 9 bylo zjišťováno, jaké charakteristiky má dle mínění respondentů transkulturní péče v českém zdravotnictví. Respondenti mohli opět uvést více možných odpovědí, nebo mohli tyto charakteristiky podat vlastním vyjádřením. Výsledky jsou prezentovány v tab. 8.

Tab. 8 Charakteristiky transkulturní péče v českém zdravotnictví

Odpovědi	Sestry		Radiologičtí asistenti		Zdravotničtí záchranáři	
	N	%	N	%	N	%
Kulturní citlivost	48	61 %	32	55 %	15	50 %
Empatie	50	63 %	31	54 %	16	53 %
Rasismus	5	6 %	8	14 %	6	20 %
Diskriminace	7	9 %	7	12 %	10	33 %
Holistický přístup	35	44 %	9	16 %	11	37 %
Individualismus	44	56 %	27	47 %	21	70 %
Jiné	1	1 %	2	4 %	1	3 %

Zdroj: vlastní

Jak je patrné z tab. 8, respondenti nejčastěji uváděli tři odpovědi, a to kulturní citlivost, empatii a individualismus. Kulturní citlivost uvedlo 48 (61 %) sester, 32 (55 %) radiologických asistentů a 15 (50 %) zdravotnických záchranářů. Empatii uvedlo 50 (63 %) sester, 31 (54 %) radiologických asistentů a 16 (53 %) zdravotnických záchranářů. Individualismus uvedlo 44 (56 %) sester, 27 (47 %) radiologických asistentů a 21 (70 %) zdravotnických záchranářů.

Vlastní odpověď podal vždy 1 respondent z každé skupiny, s výjimkou radiologických asistentů, kdy odpověď „jiné“ zvolili 2 respondenti. Tyto odpovědi byly následující: „*Negativní: přezíravost, nadřazenost – především ze strany personálu, který hovoří pouze česky*“, „*Tolerance*“, „*Nedokážu definovat*“, „*Komunistické teorie nepoužitelné v praxi...*“.

Další otázkou bylo zjišťováno, jak často se při výkonu povolání setkávají respondenti s vybranými národnostmi. U každé národnosti měli zvolit konkrétní četnost. Pokud se respondenti setkávají i s jinými národnostmi, než které byly uvedeny v tabulce, měli danou národnost a četnost setkávání se s pacienty dané národnosti uvést pod tabulku. V tab. 9 jsou uvedeny výsledky získané od sester.

Tab. 9 Zkušenosti sester s vybranými národnostmi u pacientů

Odpovědi	Nikdy		Zřídka		Často		Téměř denně	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Slovenská	2	2 %	36	46 %	36	46 %	5	6 %
Ukrajinská	0	0 %	21	27 %	42	53 %	16	20 %
Romská	2	2 %	21	27 %	44	56 %	12	15 %
Vietnamská	9	12 %	56	71 %	12	15 %	2	2 %
Jiné	17	22 %	53	67 %	7	9 %	2	2 %

Zdroj: vlastní

Z tab. 9 je patrné, že se sestry nejčastěji setkávají s národností slovenskou, ukrajinskou a romskou, přičemž nejvíce byla zastoupena národnost ukrajinská. S pacienty ukrajinské národnosti se 42 (53 %) sester setkává často a dalších 16 (20 %) sester se s nimi setkává téměř denně. V tab. 10 jsou uvedeny výsledky pro radiologické asistenty.

Tab. 10 Zkušenosti radiologických asistentů s vybranými národnostmi u pacientů

Odpovědi	Nikdy		Zřídka		Často		Téměř denně	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Slovenská	0	0 %	19	33 %	28	48 %	11	19 %
Ukrajinská	0	0 %	9	16 %	31	53 %	18	31 %
Romská	1	2 %	14	24 %	31	53 %	12	21 %
Vietnamská	2	4 %	37	64 %	15	26 %	4	6 %
Jiné	12	21 %	32	55 %	9	16 %	5	8 %

Zdroj: vlastní

Také v tomto případě uváděli radiologičtí asistenti, že se nejčastěji setkávají s národností slovenskou, ukrajinskou a romskou, přičemž nejvíce byla podobně jako u sester zastoupena národnost ukrajinská. S pacienty ukrajinské národnosti se 31 (53 %) radiologických asistentů setkává často a dalších 18 (31 %) radiologických asistentů se s nimi setkává téměř denně.

V tab. 11 jsou uvedeny obdobné výsledky pro zdravotnické záchranáře. Zdravotničtí záchranáři také nejčastěji uváděli národnost slovenskou, romskou a nejvíce ukrajinskou. S pacienty ukrajinské národnosti se 17 (57 %) zdravotnických záchranářů setkává často a dalších 9 (30 %) zdravotnických záchranářů se s nimi setkává téměř denně.

Tab. 11 Zkušenosti zdravotnických záchranářů s vybranými národnostmi u pacientů

Odpovědi	Nikdy		Zřídka		Často		Téměř denně	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Slovenská	0	0 %	14	47 %	13	43 %	3	10 %
Ukrajinská	0	0 %	4	13 %	17	57 %	9	30 %
Romská	1	3 %	6	20 %	14	47 %	9	30 %
Vietnamská	3	10 %	16	54 %	7	23 %	4	13 %
Jiné	14	47 %	13	43 %	2	7 %	1	3 %

Zdroj: vlastní

V tab. 11 jsou uvedeny výsledky týkající se ostatních uváděných národností, v tomto případě již souhrnně pro všechny skupiny respondentů.

Tab. 12 Zkušenosti respondentů s méně zastoupenými národnostmi u pacientů

Odpovědi	Sestry		Radiologičtí asistenti		Zdravotničtí záchranáři	
	N	%	N	%	N	%
Arabská	2	3 %	3	5 %	3	10 %
Bulharská	3	4 %	2	3 %	4	13 %
Albánská	1	1 %	0	0 %	0	0 %
Srbská	3	4 %	2	3 %	0	0 %
Ruská	1	1 %	3	5 %	3	10 %
Polská	8	10 %	7	12 %	5	17 %
Německá	4	5 %	5	9 %	6	20 %
Indická	1	1 %	2	3 %	3	10 %
Anglická	1	1 %	2	3 %	3	10 %
Španělská	0	0 %	3	5 %	1	3 %
Mongolská	0	0 %	1	2 %	4	13 %
Jiné	2	3 %	9	16 %	10	33 %

Zdroj: vlastní

Respondenti uváděli více odpovědí, než je zachyceno v tab. 12, ovšem méně uváděné národnosti byly sloučeny do trsu „jiné“. V tomto trsu se jednalo o francouzskou, „africkou“, ve dvou případech specifikováno jako jihoafrická a konžská národnost. Dále byly uváděny národnosti tuniská, turecká, nizozemská, filipínská, americká, thajská, rakouská, nepálská, arménská, maďarská, čínská, rumunská, izraelská a moldavská.

Nejvíce byla všemi skupinami respondentů uváděna národnost polská. Tuto odpověď podalo 8 (10 %) sester, 7 (12 %) radiologických asistentů a 5 (17 %) zdravotnických záchranářů.

Nejvíce byla všemi skupinami respondentů uváděna národnost polská. Tuto odpověď podalo 8 (10 %) sester, 7 (12 %) radiologických asistentů a 5 (17 %) zdravotnických záchranářů.

Následně měli respondenti uvést, jak často se během své praxe setkávají s pacienty vyznávajícími vybraná náboženství? Respondenti mohli volit více možných odpovědí, nebo opět doplnit i míru setkávání s pacienty vyznávajícími jiná náboženství, než která byla uvedena v rámci možných odpovědí.

Tab. 13 Zkušenosti sester s vybranými náboženstvími u pacientů

Odpovědi	Nikdy		Zřídka		Často		Téměř denně	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Římskokatolické	7	9 %	31	39 %	37	47 %	4	5 %
Pravoslaví	21	27 %	45	57 %	13	16 %	0	0 %
Islám	44	56 %	33	42 %	2	2 %	0	0 %
Judaismus	43	54 %	36	46 %	0	0 %	0	0 %
Hinduismus	55	70 %	24	30 %	0	0 %	0	0 %
Jiné	62	79 %	16	20 %	1	1 %	0	0 %

Zdroj: vlastní

Sestry se nejčastěji setkávají s pacienty římskokatolického náboženství. Častou zkušenost uvedlo 37 (47 %) sester a téměř denně se s pacienty tohoto náboženství setkávají 4 (5 %) sestry. V tab. 14 jsou uvedeny výsledky získané od radiologických asistentů.

Tab. 14 Zkušenosti radiologických asistentů s vybranými náboženstvími u pacientů

Odpovědi	Nikdy		Zřídka		Často		Téměř denně	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Římskokatolické	7	12 %	24	41 %	21	37 %	6	10 %
Pravoslaví	14	24 %	31	53 %	10	17 %	3	6 %
Islám	23	39 %	27	47 %	7	12 %	1	2 %
Judaismus	27	47 %	29	50 %	2	3 %	0	0 %
Hinduismus	31	53 %	26	45 %	1	2 %	0	0 %
Jiné	31	53 %	22	38 %	4	7 %	1	2 %

Zdroj: vlastní

Také radiologičtí asistenti mají nejčastější zkušenost s pacienty římskokatolického náboženství. Častou zkušenost uvedlo 21 (37 %) radiologických asistentů a téměř denně se s pacienty tohoto náboženství setkává 6 (10 %) radiologických asistentů. V tab. 15 jsou uvedeny výsledky získané od zdravotnických záchranářů.

Tab. 15 Zkušenosti zdravotnických záchranářů s vybranými náboženstvími u pacientů

Odpovědi	Nikdy		Zřídka		Často		Téměř denně	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Římskokatolické	6	20 %	9	30 %	12	40 %	3	10 %
Pravoslaví	8	27 %	16	53 %	5	17 %	1	3 %
Islám	19	63 %	11	37 %	0	0 %	0	0 %
Judaismus	16	53 %	14	47 %	0	0 %	0	0 %
Hinduismus	20	67 %	9	30 %	1	3 %	0	0 %
Jiné	19	63 %	10	34 %	1	3 %	0	0 %

Zdroj: vlastní

Též v tomto případě bylo nejčastěji uváděno římskokatolické náboženství pacientů. Častou zkušenost s pacienty tohoto vyznání uvedlo 12 (40 %) zdravotnických záchranářů a téměř denně se s pacienty tohoto náboženství setkávají 3 (10 %) zdravotničtí záchranáři.

Respondenti měli také doplnit, s jakými dalšími náboženstvími mají zkušenost. Uváděno bylo jen několik odpovědí. Buddhismus uvedly 3 sestry a 1 zdravotnický záchranář. Svědky Jehovovy uvedli vždy 2 respondenti z každé skupiny. Další odpovědi uvedeny nebyly. Někteří respondenti doplňovali, že se na náboženství pacientů neptají, nebo nemají čas zjišťovat.

Otázkou č. 12 bylo zjišťováno, jakým způsobem realizují respondenti potřebnou administrativu při péči o pacienty jiné národnosti. Respondenti mohli označit více odpovědí, případně uvést vlastní odpověď. Výsledky jsou uvedeny v tab. 16.

Tab. 16 Administrativa u pacientů jiné národnosti

Odpovědi	Sestry		Radiologičtí asistenti		Zdravotničtí záchranáři	
	N	%	N	%	N	%
Předem připravená dokumentace v konkrétním jazyce.	26	33 %	20	35 %	6	20 %
Tlumočnick	27	34 %	24	41 %	3	10 %
Překladač	45	57 %	25	43 %	15	50 %
Ve službě je vždy někdo, kdo se domluví.	15	19 %	13	22 %	10	33 %
Pacienti podepisují dokumentaci v českém jazyce.	25	32 %	18	31 %	14	47 %
Jiné	5	6 %	4	7 %	2	7 %

Zdroj: vlastní

Připravenou dokumentaci v konkrétním jazyce mají nejčastěji k dispozici radiologičtí asistenti. Tuto odpověď podalo 26 (33 %) sester, 6 (20 %) zdravotnických záchranářů, u radiologických asistentů se jednalo o 20 (35 %) respondentů. Radiologičtí asistenti mají také nejčastěji k dispozici tlumočnicka (41 %), nejméně zdravotničtí záchranáři (10 %), což není překvapující, neboť působí v terénu. Naopak možnost využití překladače uváděly nejčastěji sestry (57 %), na druhém místě zdravotničtí záchranáři (50 %). Dále celkem 10 (33 %) zdravotnických záchranářů, 13 (22 %) radiologických asistentů a 15 (19 %) sester odpovídalo, že je vždy ve službě někdo, kdo se s pacientem domluví. Celkem 25 (32 %) sester, 18 (31 %) radiologických asistentů a 14 (47 %) zdravotnických záchranářů odpovědělo, že pacienti podepisují dokumentaci v českém jazyce.

Vlastní odpověď podalo minimum respondentů. Odpovědi sester byly následující: „mluvím anglicky“, „mluvím plynne anglicky“, „neřeším“, „obtížně – systém ruka, noha“, „rukama nohama. Ale v mé praxi pacienti nejsou většinou při vědomí“. Odpovědi radiologických asistentů zněly: „Nejčastěji používané fráze máme vytisknuté v ovladovně v angličtině...“ (ovladovna je slangový výraz pro místnost, z níž je ovládán rentgen), „ovládám angličtinu“, „spolupráce kolegů, lékařů“, „většinou anglicky“. Odpovědi

zdravotnických záchranářů byly následující: „*Nepodepisuje u nás nic a výjezdovou zprávu dostává zdravotnické zařízení, do kterého pacienta vezu*“, „*u nás je vše v češtině, páč nic nepodepisuje*“.

Otázka č. 13 byla formulována jako následující tvrzení: „Myslím si, že délka praxe ovlivňuje mé povědomí v oblasti transkulturního ošetrovatelství“. Výsledky jsou uvedeny v tab. 17.

Tab. 17 Názor, že délka praxe ovlivňuje povědomí zdravotníka o problematice

Odpovědi	Sestry		Radiologičtí asistenti		Zdravotničtí záchranáři	
	N	%	N	%	N	%
Zcela souhlasím	16	20 %	8	14 %	7	23 %
Spíše souhlasím	26	33 %	15	26 %	7	23 %
Nemám vyhraněný názor	26	33 %	18	31 %	10	34 %
Spíše nesouhlasím	9	11 %	13	22 %	3	10 %
Zcela nesouhlasím	2	3 %	4	7 %	3	10 %
Celkem	79	100 %	58	100 %	30	100 %

Zdroj: vlastní

Jak je patrné z tab. 17, pouze v případě sester uvedla více než polovina těchto respondentů (53 %), že se domnívají, že délka praxe ovlivňuje jejich povědomí v oblasti transkulturního ošetrovatelství. Nejčastěji respondenti ze všech skupin uváděli, že nemají vyhraněný názor.

V další otázce měli respondenti uvést, jaká minorita je podle nich ve společnosti nejhlučnější při vyjadřování emocí. Výsledky jsou uvedeny v tab. 18.

Respondenti ze všech skupin nejčastěji uváděli, že se jedná o romské etnikum. Tuto odpověď uvedlo 73 (92 %) sester, 51 (88 %) radiologických asistentů a 24 (80 %) zdravotnických záchranářů. Ve vlastních odpovědích uváděli respondenti národnost ukrajinskou, ale i českou, případně byla volena odpověď „*nevím*“ a jeden respondent zdůrazňoval, že je to vždy individuální.

Tab. 18 Která minorita je dle respondentů nejhluchnější ve vyjadřování emocí

Odpovědi	Sestry		Radiologičtí asistenti		Zdravotničtí záchranáři	
	N	%	N	%	N	%
Muslimové	3	4 %	3	5 %	4	14 %
Židé	0	0 %	0	0 %	1	3 %
Romové	73	92 %	51	88 %	24	80 %
Jiné	3	4 %	4	7 %	1	3 %
Celkem	79	100 %	58	100 %	30	100 %

Zdroj: vlastní

K romskému etniku se vztahovala i další dotazníková položka, v níž se měli respondenti vyjádřit k tomu, co je podle nich nejdůležitější pro spokojený život Romů. Respondenti mohli označit více odpovědí, nebo uvést vlastní odpověď. Výsledky jsou prezentovány v tab. 19.

Tab. 19 Co je dle respondentů nejdůležitější pro spokojený život Romů

Odpovědi	Sestry		Radiologičtí asistenti		Zdravotničtí záchranáři	
	N	%	N	%	N	%
Školní docházka	4	5 %	1	2 %	1	3 %
Zaměstnání	5	6 %	4	7 %	2	7 %
Rodina	77	98 %	45	78 %	23	77 %
Zdraví	14	18 %	11	19 %	7	23 %
Pravidelné preventivní prohlídky	0	0 %	0	0 %	1	3 %
Jiné	4	5 %	10	17 %	5	17 %

Zdroj: vlastní

V tab. 19 si lze povšimnout, že nejčastěji respondenti správně uváděli, že je pro spokojený život Romů nejdůležitější rodina. Tuto odpověď podalo 77 (98 %) sester, 45 (78 %) radiologických asistentů a 23 (77 %) zdravotnických záchranářů. Zdraví bylo uváděno na druhém místě. Tuto variantu odpovědi podalo 14 (18 %) sester, 11 (19 %) radiologických asistentů a 7 (23 %) zdravotnických záchranářů.

Vzhledem k velmi negativním vlastním odpovědím respondentů lze pouze doplnit, že v rámci možnosti „jiné“ byly uváděny např. finance, sociální dávky, nepracovat. Jeden respondent odpověděl, že tolerance, a další zmínil: „nevím, žijí ze dne na den“.

Položka č. 16 byla zaměřena na náboženství. Respondenti měli uvést, v kterém náboženství je vyžadováno časté omývání rukou a pravidelné očisty těla. Výsledky jsou prezentovány v tab. 20.

Tab. 20 V kterém náboženství je časté omývání rukou a pravidelná očista těla

Odpovědi	Sestry		Radiologičtí asistenti		Zdravotničtí záchranáři	
	N	%	N	%	N	%
Pravoslavné	11	14 %	6	10 %	1	3 %
Judaismus	31	39 %	24	42 %	16	54 %
Svědci Jehovovi	16	20 %	11	19 %	4	13 %
Žádné z výše uvedených	21	27 %	17	29 %	9	30 %
Celkem	79	100 %	58	100 %	30	100 %

Zdroj: vlastní

Důraz na časté mytí rukou nebo pravidelnou očistu těla lze nalézt ve více náboženstvích, zejména v souvislosti s různými rituály a modlitbami. Kromě výše vybraných náboženství lze uvést např. islám nebo hinduismus. Ovšem respondenti měli zvolit správnou odpověď z předložené nabídky a v tomto případě se mělo jednat o judaismus, který uvedlo 31 (39 %) sester, 24 (42 %) radiologických asistentů a 16 (54 %) zdravotnických záchranářů.

Následně bylo zjišťováno, jakých potravin by se respondenti vyvarovali u pacienta muslimského vyznání. Respondenti mohli označit více odpovědí.

Tab. 21 Které potraviny by respondenti nepodali muslimským pacientům

Odpovědi	Sestry		Radiologičtí asistenti		Zdravotničtí záchranáři	
	N	%	N	%	N	%
Vepřové maso	68	86 %	46	79 %	22	73 %
Hovězí maso	18	23 %	13	22 %	4	13 %
Kuřecí maso	1	1 %	1	2 %	2	7 %
Ryby – úhoři	1	1 %	2	4 %	6	20 %
Nemají žádné dietní omezení	0	0 %	3	5 %	4	13 %

Zdroj: vlastní

U této otázky byly dvě správné odpovědi, a to vepřové maso a ryby – úhoři. Muslimové mohou jíst pouze ryby, které mají šupiny a ploutve. Úhoři sice mají šupiny, ovšem ty jsou

hluboce zarostlé v kůži, pokryté slizem, navíc nemají ploutve. Úhoři jsou tedy v islámu ke konzumaci zapovězeni.

Správně uvedlo vepřové maso 68 (86 %) sester, 46 (79 %) radiologických asistentů a 22 (73 %) zdravotnických záchranářů. Úhoře správně uvedla 1 (1 %) sestra, 2 (4 %) radiologičtí asistenti a 6 (20 %) zdravotnických záchranářů.

Otázka č. 18 byla zaměřena opět na náboženství a byla ve znění: Označte, pro které náboženství je hlava posvátnou částí těla. Výsledky jsou uvedeny v tab. 22.

Tab. 22 V jakém náboženství je hlava posvátnou částí těla

Odpovědi	Sestry		Radiologičtí asistenti		Zdravotničtí záchranáři	
	N	%	N	%	N	%
Judaismus	6	8 %	7	12 %	5	17 %
Islám	15	19 %	5	9 %	4	13 %
Buddhismus	46	58 %	36	62 %	15	50 %
Římskokatolické	3	4 %	2	3 %	0	0 %
Žádné z uvedených	9	11 %	8	14 %	6	20 %
Celkem	79	100 %	58	100 %	30	100 %

Zdroj: vlastní

Hlava je důležitá, až posvátná část těla v mnoha náboženstvích a kulturách. V křesťanství (římskokatolické církvi) je často vnímána jako symbol mysli a ducha, v islámu je významná z hlediska modlitby a zbožné úcty. V hinduismu je považována za nejvyšší část těla, která obsahuje duchovní sílu Brahman. V buddhismu je centrem mysli a moudrosti. Sošky Buddhy jsou typické tím, že je hlava proporcčně větší oproti jiným částem těla, často je zobrazována pouze hlava Buddhy.

Z uvedených možností tak měli respondenti zvolit buddhismus, což učinilo 46 (58 %) sester, 36 (62 %) radiologických asistentů a 15 (30 %) zdravotnických záchranářů.

V rámci otázky č. 17 měli respondenti uvést, jaké faktory podle nich ovlivňují ošetrovatelskou péči o pacienta jiné národnosti. Opět bylo možné uvést více odpovědí. Výsledky jsou podány v tab. 23.

Tab. 23 Faktory ovlivňující ošetrovatelskou péči v ČR

Odpovědi	Sestry		Radiologičtí asistenti		Zdravotničtí záchranáři	
	N	%	N	%	N	%
Zdravotní pojištění	23	29 %	18	31 %	11	37 %
Harmonogram práce na oddělení	10	13 %	5	9 %	2	7 %
Jazyková bariéra	74	94 %	52	90 %	24	80 %
Nejistota, jak s těmito pacienty jednat	49	62 %	30	52 %	9	30 %
Strava ve zdravotnickém zařízení	29	37 %	15	26 %	8	27 %
Přístup zdravotnického personálu k pacientům odlišné národnosti	39	49 %	28	48 %	13	43 %
Přístup zdravotnického personálu k pacientům odlišného náboženství	30	38 %	16	28 %	10	33 %
Nic z uvedeného	1	1 %	2	4 %	2	7 %
Jiné	1	1 %	2	4 %	0	0 %

Zdroj: vlastní

Nejčastěji byla uváděna jazyková bariéra. Tuto možnost zvolilo 74 (94 %) sester, 52 (90 %) radiologických asistentů a 24 (80 %) zdravotnických záchranářů.

Z dalších faktorů byla významně uváděna nejistota, jak s těmito pacienty jednat, a to zejména v případě sester (62 %) a radiologických asistentů (52 %), méně zdravotnickými záchranáři (30 %). Zdravotničtí záchranáři uváděli velmi často také přístup zdravotnického personálu k pacientům odlišné národnosti (43 %), kdy tuto možnost zvolilo také 49 % sester a 48 % radiologických asistentů. Zohledňování náboženství bylo zmiňováno méně často (38 % sester, 28 % radiologických asistentů, 33 % zdravotnických záchranářů). Zdravotničtí záchranáři také oproti dalším dvěma profesím zdůrazňovali zdravotní pojištění (37 %), kdy tuto odpověď podalo jen 29 % sester a 31 % radiologických asistentů.

Vlastní odpověď podali tři respondenti. Sestra zmiňovala prostorové uspořádání a odpovědi radiologických asistentů byly následující: „stud“, „Spíš přístup pacientů k nám. Kde je na obou stranách dobrá vůle, jde vše zvládnout. Agresivní pacienti jsou na obtíž všem zdravotníkům i ostatním pacientům“.

Otázka č. 20 byla zaměřena na islám. Respondenti mohli i s využitím více odpovědí nebo vlastní odpovědi uvést, na co je dobré dbát při péči o pacientku islámského vyznání.

Tab. 24 Na co dbát u ošetřování pacientky islámského vyznání

Odpovědi	Sestry		Radiologičtí asistenti		Zdravotničtí záchranáři	
	N	%	N	%	N	%
Soukromí	57	72 %	39	67 %	23	77 %
Dostatek spánku	0	0 %	6	10 %	5	17 %
Pravidla spojená s komunikací mezi muži a ženami	54	68 %	42	72 %	16	53 %
Vyšetřování lékařem výhradně mužského pohlaví.	12	15 %	6	10 %	3	10 %
Společnost rodinných příslušníků	36	46 %	14	24 %	16	53 %
Jiné	2	3 %	2	4 %	1	3 %

Zdroj: vlastní

U této položky lze kromě možnosti „d) vyšetřování lékařem výhradně mužského pohlaví“ považovat všechny odpovědi za správné. V kontextu zkoumané problematiky transkulturního ošetřovatelství však byly považovány za správné možnosti soukromí (v tomto případě zejména v souvislosti s intimitou, která je v islámu velmi důležitá), pravidla spojená s komunikací mezi muži a ženami a společnost rodinných příslušníků. Pravidla komunikace mezi muži a ženami uvedlo 54 (68 %) sester, 42 (72 %) radiologických asistentů a 16 (53 %) zdravotnických záchranářů. Společnost rodinných příslušníků zvolilo 36 (46 %) sester, 14 (24 %) radiologických asistentů a 16 (53 %) zdravotnických záchranářů. Soukromí uvedlo 57 (72 %) sester, 39 (67 %) radiologických asistentů a 23 (77 %) zdravotnických záchranářů.

Vlastní odpověď podaly dvě sestry („čistota těla – omývání před modlitbou, při znečištění pacienta (exkrementy, krev) provést celkovou koupel“, „Vyšetřování osobou stejného pohlaví, příp. na nezbytnost přítomnosti rodinného příslušníka při vyšetření“), dva radiologičtí asistenti („Vyšetření prováděné výhradně lékařkou.“, „zapojí se jako ostatní pacienti“) a jeden zdravotnický záchranář („nezájem“).

Otázka č. 21 měla podobu tvrzení, s nímž měli respondenti souhlasit, nebo naopak nesouhlasit. Výrok byl následující: Při komunikaci s pacientem jiné národnosti mě omezuje jazyková bariéra.

Tab. 25 Omezení jazykovou bariérou při komunikaci s pacientem jiné národnosti

Odpovědi	Sestry		Radiologičtí asistenti		Zdravotničtí záchranáři	
	N	%	N	%	N	%
Zcela souhlasím	28	35 %	7	12 %	2	7 %
Spíše souhlasím	38	48 %	28	48 %	10	33 %
Nemám vyhraněný názor	6	8 %	8	14 %	4	13 %
Spíše nesouhlasím	5	6 %	14	24 %	11	37 %
Zcela nesouhlasím	2	3 %	1	2 %	3	10 %
Celkem	79	100 %	58	100 %	30	100 %

Zdroj: vlastní

Jak je patrné z tab. 25, s výrokem souhlasilo, tj. zvolilo variantu zcela souhlasím nebo spíše souhlasím, celkem 66 (83 %) sester, 35 (60 %) radiologických asistentů a 12 (40 %) zdravotnických záchranářů. Vyhraněný názor nemělo 6 (8 %) sester, 8 (14 %) radiologických asistentů a 4 (13 %) zdravotničtí záchranáři.

Respondenti se také měli vyjádřit k tomu, jak by řešili problém jazykové bariéry. Volili z nabízených možností, nebo uváděli vlastní odpověď. Výsledky jsou zachyceny v tab. 26.

Tab. 26 Řešení jazykové bariéry

Odpovědi	Sestry		Radiologičtí asistenti		Zdravotničtí záchranáři	
	N	%	N	%	N	%
Využití komunikačních karet	32	41 %	7	12 %	8	27 %
Komunikace jiným jazykem	39	49 %	29	50 %	19	63 %
Využití obdobných pomůcek	15	19 %	11	19 %	3	10 %
Využití elektronického překladače	68	86 %	44	76 %	22	73 %
Pomoc rodinného příslušníka	43	54 %	37	64 %	16	53 %
Profesionální tlumočnick	37	47 %	20	35 %	6	20 %
Nikdy jsem se s tím nesetkal/a	2	3 %	1	2 %	2	7 %

Zdroj: vlastní

Z výsledků uvedených v tab. 26 vyplývá, že by respondenti ze všech tří skupin při řešení jazykové bariéry volili nejčastěji elektronický překladač, což uvedlo 68 (86 %) sester,

44 (76 %) radiologických asistentů a 22 (73 %) zdravotnických záchranářů. S obdobnou četností byla uváděna komunikace jiným jazykem (49 % sester, 50 % radiologických asistentů a 63 % zdravotnických záchranářů) a pomoc rodinného příslušníka pacienta (54 % sester, 64 % radiologických asistentů a 53 % zdravotnických záchranářů).

Dále měli respondenti uvést, zda se po absolvování kvalifikačního vzdělávání se cítí připraveni na péči o pacienty jiné národnosti. Výsledky jsou prezentovány v tab. 27.

Celkem 44 (56 %) sester souhlasilo (tj. zvolilo možnost zcela souhlasím nebo spíše souhlasím) s výrokem, že po absolvování kvalifikačního vzdělávání se cítí lépe připraveni na péči o pacienty jiné národnosti. V případě radiologických asistentů s výrokem souhlasilo 16 (27 %) radiologických asistentů a 8 (26 %) zdravotnických záchranářů.

Tab. 27 Kvalifikační vzdělávání připravuje na péči o pacienty jiné národnosti

Odpovědi	Sestry		Radiologičtí asistenti		Zdravotničtí záchranáři	
	N	%	N	%	N	%
Zcela souhlasím	10	13 %	3	5 %	1	3 %
Spíše souhlasím	34	43 %	13	22 %	7	23 %
Nemám vyhraněný názor	22	28 %	20	35 %	8	27 %
Spíše nesouhlasím	12	15 %	18	31 %	11	37 %
Zcela nesouhlasím	1	1 %	4	7 %	3	10 %
Celkem	79	100 %	58	100 %	30	100 %

Zdroj: vlastní

Podobně se měli také respondenti vyjádřit k tomu, zda se cítí být po absolvování kvalifikačního vzdělání připraveni na péči o pacienty různého náboženského vyznání.

Tab. 28 Kvalifikační vzdělávání připravuje na péči o pacienty různého náboženství

Odpovědi	Sestry		Radiologičtí asistenti		Zdravotničtí záchranáři	
	N	%	N	%	N	%
Zcela souhlasím	12	15 %	4	7 %	0	0 %
Spíše souhlasím	36	46 %	15	26 %	8	27 %
Nemám vyhraněný názor	24	30 %	20	35 %	8	27 %
Spíše nesouhlasím	5	6 %	16	27 %	10	33 %
Zcela nesouhlasím	2	3 %	3	5 %	4	13 %
Celkem	79	100 %	58	100 %	30	100 %

Zdroj: vlastní

V rámci této otázky se měli respondenti obdobně jako u předchozí otázky vyjádřit k příznivému dopadu absolvování kvalifikačního vzdělávání na péči o pacienty, v tomto případě různého náboženského vzdělání. Souhlasnou odpověď, tj. možnost zcela souhlasím nebo spíše souhlasím, podalo celkem 48 (61 %) sester, 19 (33 %) radiologických asistentů a 8 (27 %) zdravotnických záchranářů.

Zjišťováno bylo také, zda je dle respondentů důležité dále se vzdělávat v problematice péče o pacienty jiných národností. Výsledky odpovědí na tuto otázku jsou uvedeny v tab. 29.

Tab. 29 Důležitost vzdělávat se v péči o pacienty jiných národností

Odpovědi	Sestry		Radiologičtí asistenti		Zdravotničtí záchranáři	
	N	%	N	%	N	%
Velmi důležité	14	18 %	7	12 %	3	10 %
Důležité	51	65 %	21	36 %	13	44 %
Trochu důležité	8	10 %	16	28 %	7	23 %
Nepovažuji to za důležité	6	7 %	14	24 %	7	23 %
Celkem	79	100 %	58	100 %	30	100 %

Zdroj: vlastní

Za velmi důležité označilo další vzdělávání v problematice péče o pacienty jiných národností 14 (18 %) sester, 7 (12 %) radiologických asistentů a 3 (10 %) zdravotničtí záchranáři. Nejvíce byla všemi skupinami respondentů uváděna možnost „důležité“, kterou podalo 51 (65 %) sester, 21 (36 %) radiologických asistentů a 13 (44 %) zdravotnických záchranářů.

Následně měli respondenti uvést, zda mají zájem o další vzdělávání v oblasti transkulturního ošetrovatelství.

Tab. 30 Zájem o další vzdělávání v transkulturním ošetrovatelství

Odpovědi	Sestry		Radiologičtí asistenti		Zdravotničtí záchranáři	
	N	%	N	%	N	%
Ano	18	23 %	7	12 %	5	17 %
Ne	30	38 %	18	31 %	6	20 %
Uvažuji o tom	27	34 %	14	24 %	8	27 %
Vůbec ne	4	5 %	19	33 %	11	36 %
Celkem	79	100 %	58	100 %	30	100 %

Zdroj: vlastní

Pouze 18 (23 %) sester, 7 (12 %) radiologických asistentů a 5 (17 %) zdravotnických záchranářů má zájem o další vzdělávání v oblasti transkulturního ošetrovatelství. O tomto dalším vzdělávání zatím pouze uvažuje 27 (34 %) sester, 14 (24 %) radiologických asistentů a 8 (27 %) zdravotnických záchranářů.

5.2 Ověření hypotéz

Jak bylo uváděno v kapitole 2, formulovány byly dvě hypotézy, které vycházely z odpovědí respondentů na otázky č. 15–18 a 20. Zohledněny byly správné a chybné odpovědi, kdy byly sloučeny všechny správné a všechny chybné odpovědi vybraných skupin respondentů na tyto položky.

První hypotéza zněla:

H1₀: Znalosti o transkulturním ošetrovatelství nejsou odlišné v závislosti na délce praxe.

H1_A: Znalosti o transkulturním ošetrovatelství jsou odlišné v závislosti na délce praxe.

Vzhledem k nízkému počtu respondentů v některých skupinách dle délky praxe byly respondenti rozděleni do dvou skupin: první tvořili respondenti s délkou praxe méně než 1 rok až 9 let, druhou skupinu respondenti s délkou praxe 10 a více let. Přehled zjištěných výsledků (pozorovaných a očekávaných četností odpovědí na uvedené položky) je podán v tab. 31.

Tab. 31 Ověření hypotézy H1

Délka praxe	Správné odpovědi	Chybné odpovědi	Celkem
	Skutečná (očekávaná) četnost	Skutečná (očekávaná) četnost	
0–9 let	297 (285,63)	228 (239,37)	525
10 a více let	339 (350,37)	305 (293,63)	644
Celkem	636	533	1169

Zdroj: vlastní

Vypočítaná hodnota testového kritéria $\chi^2 = 1,802$. Kritická hodnota testového kritéria chí-kvadrátu pro hladinu významnosti 0,05 a 1 stupeň volnosti $\chi^2_{0,05}(1) = 3,841$.

Vypočítaná hodnota testového kritéria 1,802 je nižší než kritická hodnota. Z tohoto důvodu **byla zamítnuta alternativní hypotéza** a přijata byla hypotéza nulová (tj. nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi zkoumanými proměnnými).

Na základě ověření hypotézy H1 lze tvrdit, že znalosti o transkulturním ošetrovatelství nejsou odlišné v závislosti na délce praxe.

Druhá hypotéza byla ve znění:

H₂₀: Znalosti o transkulturním ošetrovatelství nejsou odlišné v závislosti na daném zdravotnickém oboru.

H_{2A}: Znalosti o transkulturním ošetrovatelství jsou odlišné v závislosti na daném zdravotnickém oboru.

Postupováno bylo opět stejným způsobem, tj. zohledněny byly správné a chybné odpovědi na otázky č. 15–19 a 20, přičemž porovnávány byly odpovědi sester, radiologických asistentů a zdravotnických záchranářů. Výsledky (pozorované a očekávané četnosti odpovědí) jsou uvedeny v tab. 32.

Tab. 32 Ověření hypotézy H2

Respondenti	Správné odpovědi	Chybné odpovědi	Celkem
	Skutečná (očekávaná) četnost	Skutečná (očekávaná) četnost	
Sestry	370 (359,09)	186 (196,91)	556
Radiologičtí asistenti	248 (257,69)	151 (141,31)	399
Zdravotničtí záchranáři	137 (138,21)	77 (75,79)	214
Celkem	755	414	1169

Zdroj: vlastní

Vypočítaná hodnota testového kritéria $\chi^2 = 1,995$. Kritická hodnota testového kritéria chí-kvadrátu pro hladinu významnosti 0,05 a 1 stupeň volnosti $\chi^2_{0,05}(2) = 5,991$.

Vypočítaná hodnota testového kritéria 1,995 je nižší než kritická hodnota. Z tohoto důvodu **byla zamítnuta alternativní hypotéza** a přijata byla hypotéza nulová (tj. nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi zkoumanými proměnnými).

Na základě ověření hypotézy H2 lze tvrdit, že znalosti o transkulturním ošetrovatelství jsou odlišné v závislosti na daném zdravotnickém oboru.

6 Diskuse

Cílem výzkumu bylo porovnání znalostí vybraných zdravotnických oborů v oblasti transkulturního ošetřovatelství a ošetřování pacientů vybraných národnostních menšin a náboženských skupin.

V rámci koncepce výzkumu byly formulovány čtyři dílčí cíle výzkumu. **Prvním dílčím cílem výzkumu bylo zjistit, jaké jsou znalosti respondentů v oblasti terminologie užívané v rámci transkulturního ošetřovatelství.** K DCV1 se v dotazníku vázaly položky č. 6-8.

Z výzkumu vyplynulo, že respondenti rozumí tomu, co je to transkulturní ošetřovatelství. Znájí význam hlavních pojmů, jako je národnostní menšina. Jejich pojetí náboženství je ovšem různorodé, kdy přibližně třetina sester a radiologických asistentů, navíc ale i 60 % zdravotnických záchranářů si náboženství spojuje s morálním přesvědčením.

Zjištěno bylo, že se respondenti neliší ve svých znalostech v oblasti transkulturního ošetřovatelství. I když byla zjištěna mírně vyšší znalost sester oproti radiologickým asistentům a zdravotnickým záchranářům, rozdíly byly minimální, nikoliv stabilní (vycházely patrně spíše ze zkušeností). S využitím chí-kvadrátu nebyl zjištěn statisticky významný vliv příslušnosti k pracovní pozici na zkoumané znalosti v transkulturním ošetřovatelství.

Na toto téma nebyly dohledány obdobné výzkumu. Lze však doplnit, že dle výsledků výzkumu Naimanové (2014) se jednotlivé profese (lékaři, sestry, zdravotničtí záchranáři) liší připraveností a zkušenostmi s pacienty z minorit, což je dáno intenzitou kontaktu s těmito pacienty. Nejvíce znalé by měly být sestry, které se ocitají v nejintenzivnějším kontaktu s pacienty z minorit.

Problematice transkulturního ošetřovatelství je věnována dílčí pozornost v rámci absolventských prací. Morávková (2020) ve své diplomové práci zjistila, podobně jako bylo zjištěno ve vlastním výzkumu, že délka praxe, ani výše dosaženého vzdělání nesouvisí s obeznameností sester s péčí o pacienty jiných národností. Výzkum byl proveden na vzorku 321 všeobecných sester. Ke statistickému ověření možných statistických závislostí byl užit také chí-kvadrát. Malá (2020) ve své diplomové práci, provedené na vzorku 10 sester formou polostrukturovaných rozhovorů, dospěla k názoru,

že se sestry setkávají s tím, že mnozí pacienti odlišných národností kladou značný důraz na to, kdo je bude ošetřovat, jak bude probíhat ošetrovatelská péče, neboť je to pro ně důležité z hlediska pocitu bezpečí, ale sestry mezi pacienty různých národností samy o sobě aktivně nerozlišují. Reagují na verbalizované potřeby pacientů, v rámci možností je reflektují, samy však soudí, že je ošetrovatelská péče pro všechny pacienty shodná, tedy je podceňován vliv příslušnosti k určité národnostní menšině nebo náboženské vyznání pacienta. Zjištěno bylo také, opět podobně jako ve vlastním výzkumu, že sestry mají určité povědomí o různých národnostech nebo náboženstvím, informace jsou kusé, především ale nejsou převáděny do praxe. Sestry např. věděly, že mezi ukrajinskými pacienty je výrazně zastoupeno pravoslaví, ale nevěděly, jak tuto skutečnost zohlednit v rámci poskytované péče.

Zcela jistě lze některé informace získávat „za pochodu“, ovšem při ošetrování pacientů mnohdy nezbyvá sestrám čas na zjišťování potřeb pacientů. Jedno nevhodné gesto, poznámka apod. mohou zásadně a velmi negativně ovlivnit spolupráci pacienta, pokud tento nevnímá u sestry přijetí, empatii a zájem o jeho osobu. Jak prokázali v iránském výzkumu Amiri et al. (2016), zdravotníci se potýkají v praxi s transkulturními problémy. Ty se objevují již v úvodním kontaktu, kdy je nutné od pacientů získat určité informace, ale také jim je předat. Jestliže není zdravotník schopen relativně plynule s pacientem komunikovat, je ztrácen čas, ale také mohou být některé informace zkresleny. Vitali et al. (2022) uvádějí jazykovou bariéru jako jeden z hlavních problémů transkulturního ošetrovatelství. Amiri et al. (2016) zmiňují konkrétní příklady nedorozumění, které se odrazily ve špatně poskytnuté ošetrovatelské péči (pacient si stěžoval na problémy s libidem, zdravotníci se domnívali, že si pacient stěžuje na bolesti zad). Problémy nastávaly i v souvislosti s odlišnými kulturními významy určitých jevů. Z výzkumu také vyplynulo, že tyto problémy následně vedou k nízké důvěře vůči zdravotníkům ze strany pacientů, ale do jisté míry i ze strany zdravotníků vůči pacientům, které vyplývají z neznalosti a nejistoty. El-Messoudi et al. (2023) zjistili obdobné problémy na vzorku španělských sester, poukazují na důležitost vzdělávání zdravotníků v problematice transkulturního ošetrovatelství. Autoři uvádějí, že se situace liší v různých zemích. Ve Španělsku je profesní příprava v tomto ohledu příznivější než v Latinské Americe, v níž je toto téma téměř opomíjeno.

Druhým dílčím cílem bylo zjistit, jakými zkušenostmi jsou ovlivněny znalosti respondentů v oblasti transkulturního ošetrovatelství. K DCV2 byly přiřazeny otázky č. 9–12, 14, 21–22.

Pro transkulturní péči v českém prostředí je dle respondentů charakteristická zejména kulturní citlivost, empatie, holistický přístup, ale též přístup zohledňující jedinečnost každého člověka. Respondenti převážně negovali, že by se v rámci poskytované ošetrovatelské (nebo lékařské) péče objevovala v českém prostředí diskriminace nebo rasismus, nicméně tyto jevy se v něm zejména dle zdravotnických záchranářů objevují. Třetina zdravotnických záchranářů zmiňovala diskriminaci, pětina zdravotnických záchranářů uváděla rasismus. V šetření Škopanové (2010) byl zjištěn nevhodný přístup sester k pacientům romského etnika, který do značné míry naplňoval známky rasismu, přičemž i samotní romští pacienti, kteří byli do tohoto výzkumu zahrnuti, zmiňovali rasistické projevy sester, kdy tuto zkušenost uvedla téměř pětina osloveným romských pacientů.

Transkulturní ošetrovatelství poskytované respondenty je založeno zejména na jejich zkušenostech s pacienty slovenské, ukrajinské a romské národnosti, přičemž zejména ukrajinská národnost byla uváděna často, v návaznosti na migraci Ukrajinců v důsledku války na Ukrajině. Spíše výjimečně se respondenti setkávají s pacienty jiných národností.

Zatímco národnost pacientů dokázali respondenti uvést bez větších problémů, v případě náboženství bylo zřejmé, že respondenti tuto charakteristiku pacientů příliš nezohledňují, tedy ani se na ni nezaměřují, ani ji patrně příliš nereflektují v rámci poskytované ošetrovatelské (transkulturní) péče. Respondenti se běžně setkávají s pacienty římskokatolického nebo pravoslavného náboženství, ovšem v tomto případě lze spíše uvažovat o tom, že přiřadili toto náboženství k mnoha pacientům, aniž by měli povědomí o tom, že dané náboženství vyznávají. Respondenti v rámci vlastních výpovědí uváděli, že náboženství pacientů nezjišťují, nemají čas, ale ani potřebu tento aspekt znát. Toto zjištění je v souladu s výsledky výzkumu Hradilové (2012), která podobně prokázala, že i když sestry považují náboženství a spiritualitu u pacientů za důležité, v praxi nemají čas věnovat se této problematice ve větší míře.

Za pozornost stojí, jakým způsobem řeší respondenti administrativu u pacientů jiné národnosti, ve smyslu zvládnutí poskytnutí nebo získání potřebných informací i přes

existující jazykovou bariéru. Kladně lze hodnotit přístup uváděný radiologickými asistenty, kteří mají častěji než sestry nebo zdravotničtí záchranáři možnost využít tlumočnicka. Situaci mají snazší zdravotničtí záchranáři, kteří nepotřebují řešit administrativu s pacienty, vše přechází na zdravotnické zařízení, do kterého pacienta přivezou. Přibližně jen třetina sester a radiologických asistentů, a jen pětina zdravotnických záchranářů, uváděla, že mají k dispozici pro pacienty předem připravenou dokumentaci v konkrétním jazyce. Nejedná se o dobrou praxi, čemuž je věnována pozornost v rámci doporučení pro praxi.

Podobně negativně lze hodnotit zjištění, že 83 % sester, 60 % radiologických asistentů a 40 % zdravotnických záchranářů jsou v komunikaci s pacientem jiné národnosti omezeni jazykovou bariérou. Tyto situace většinou řeší využitím elektronického překladače, tedy v zásadě si pomáhají sami, neboť lze předpokládat, že využívají volně dostupné služby nebo aplikace na internetu, které slouží tímto způsobem. Necelá polovina sester však užívá i komunikační karty. Sestry oproti zdravotnickým záchranářům nebo radiologickým asistentům pochopitelně více komunikují s pacienty, jsou tedy na tyto případy vybaveny, ovšem to se týká pouze necelé poloviny oslovených sester (41 %). Respondenti se tak spoléhají kromě elektronických překladačů na vlastní znalost cizího jazyka, častěji pak na pomoc blízkých pacientů, což také není vhodná praxe. Respondentům se tedy nedostává potřebného zázemí pro komunikaci s pacienty odlišné národnosti, což může být v praxi i zdraví ohrožující. Jazyková bariéra je dle šetření Hradové (2019) největší překážkou v poskytování péče pacientům z minorit.

Za pozornost stojí výsledky výzkumu Li et al. (2022), týkající se faktorů, ovlivňujících přítomnost předsudků a stereotypů u zdravotníků. Zjištěno bylo, že mají příznivý vliv délka praxe, vyšší věk, ale také finanční ohodnocení, kariérní postup na to, jak se zdravotníci vnímají jako kompetentní k ošetřování pacientů z různých minorit. Ve vlastním výzkumu bylo zjištěno, že délka praxe nemá vliv na obeznámenost zdravotníků v oblasti transkulturního ošetřovatelství. To může být dáno poměrně nízkým kontaktem českých zdravotníků s pacienty různých národností, náboženských vyznání, etnik. Jak bylo prokázáno ve vlastním výzkumu, respondenti mají zkušenost zejména s pacienty slovenskými, ukrajinskými a romskými. Nemohou tak své případné znalosti podpořit zkušenostmi, které nepřináší ani delší praxe ve zdravotnictví.

Vzdělávání v transkulturním ošetrovatelství může mít mnoho podob. Někdy bývá součástí kurikula, jindy se jedná o volitelný předmět. Osvědčuje se praktické zaměření, tj. různé simulace, debaty, případové studie, zážitkové učení, sdílení zkušeností (Tosun, 2021). Yava et al. (2023) přibližují jimi vyvinutý nástroj, který lze využívat v rámci vzdělávání v transkulturním ošetrovatelství k hodnocení úrovně znalostí v tématu, kulturně citlivé komunikace, dosažených kulturních kompetencí apod.

Nuuyoma et al. (2024) poukazují také na důležitost reflexe vlastních pocitů a postojů u zdravotníků vůči pacientům různých národností, etnika nebo vyznávající určité náboženství. Téma vlivu vlastní zkušenosti na realizaci transkulturního ošetrovatelství bylo předmětem **třetího dílčího cíle, v němž bylo zjišťováno, jakými zkušenostmi jsou ovlivněny znalosti respondentů v oblasti transkulturního ošetrovatelství.** K DCV2 byly přiřazeny otázky č. 9–12, 14, 21–22.

Většina respondentů správně uvedla, že je pro Romy nejdůležitější rodina, u Židů je důležité časté omývání rukou a pravidelná očista těla, dobrá byla znalost také stravování muslimů, kteří nepřijímají vepřové maso. Ovšem jen výjimečně respondenti uváděli, že muslimové nejedí úhoře, tedy velkou část ryb. Přibližně pětina respondentů nesprávně uváděla jako zakázané hovězí maso. Více než polovina respondentů také správně identifikovala buddhismus jako náboženství, v němž je považována za posvátnou část těla hlava. Kladně lze také hodnotit znalosti respondentů o zacházení s muslimskými pacientkami, ve smyslu vyšetřování ženou a umožnění rodině participovat na poskytované péči.

S využitím chí-kvadrátu bylo prokázáno, že se míra znalostí respondentů neliší ani v závislosti na pracovní pozici, ani na délce praxe. Jako důležité se jeví spíše vzdělávání v této problematice, které ovšem není u oslovených respondentů ideální. Z výpovědí respondentů bylo zřejmé, že některé odpovědi spíše tipovali, byli také do jisté míry ovlivněni svými zkušenostmi, ale i předsudky a stereotypy, což se vázalo zejména k příslušníkům romského etnika, vůči nimž vystupovali mnozí respondenti negativně, ve smyslu generalizace (Romové nechtějí pracovat, chtějí jen pobírat sociální dávky). Škopanová (2010) též ve svém výzkumu zjistila tendenci oslovených zdravotníků ke generalizaci či stereotypům. Tento přístup snižuje důvěru romských pacientů k ošetrojícím zdravotníkům. Také v šetření Hradové (2019) bylo prokázáno,

že zdravotníci, dokonce více než polovina zdravotníků, zaujímá předsudky vůči pacientům jiné národnosti, etnika či kultury.

Sami respondenti také nepřisuzovali subjektivně délce praxe větší význam, z hlediska zvýšení povědomí zdravotníka o transkulturním ošetřovatelství. To může být dáno i tím, že se s pacienty některých národností nebo náboženského vyznání setkávají spíše výjimečně.

Ve vlastním výzkumu byl zjištěn určitý vliv předsudků a stereotypů některých zdravotníků vůči romskému etniku, tedy i romským pacientům. Tyto negativní postoje by si měli zdravotníci zvědomovat, a pakliže nejsou schopni se jich vzdát, měli by velmi dbát na to, aby se nepromítaly do jejich přístupu k pacientům. V souvislosti s tím stojí za pozornost výzkum provedený na vzorku 317 studentů ošetřovatelství, provedený v Ankaře, jehož autory jsou Tosun a Sinan (2020), kteří prokázali, že vzdělávání v problematice transkulturního ošetřovatelství umožňuje snížit existující předsudky a stereotypy vůči minoritám. Červený et al. (2022) uvádějí, že si mnohdy zdravotníci nejsou vědomi toho, že zaujímají předsudky vůči některým minoritám. Autoři označují tyto předsudky jako mikro-rasistické postoje. V praxi dochází k tomu, že tito zdravotníci výrazně rozlišují mezi „my“ a „oni“, nedokážou se postavit proti rasistickým poznámkám kolegů. V rámci ošetřovatelské péče pak dochází k určitému respektování pacienta, ovšem jen do jisté míry. Při poskytování ošetřovatelské péče jsou pak málo ochotní zohledňovat potřeby pacientů z minorit. Vaismoradi et al. (2022) na základě realizované přehledové studie poukazují na to, projevy rasismu mívají v praxi podobu spíše negativních rasistických projevů než přímo nezdvořilých rasistických poznámek. Zároveň však autoři zmiňují, že si zdravotníci tyto postoje přenášejí do praxe i z jejich předchozího vzdělávání. Určitý rasismus může být sdílený velkou částí veřejnosti, podporovaný, ať již vědomě nebo nevědomě, politiky, profesory. Tímto způsobem je pak daný postoj legitimizován.

V případě vlastního výzkumu je možné uvažovat o existenci tohoto jevu vůči romským pacientům. Romové čelí v ČR diskriminaci a zdravotníci, kteří se výzkumu zúčastnili, se mnohdy nezdráhali vyjadřovat se právě vůči těmto pacientům negativně, ve smyslu projevů rasistických předsudků. Lze předpokládat sdílení těchto představ na pracovištích, ve výjezdových skupinách. Do jisté míry pak může docházet k tomu, že se tyto předsudky

objevují i v chování zdravotníků vůči romským pacientům, k nimž nemusí být zdravotníky zaujímán spravedlivý, nediskriminující přístup.

Červený et al. (2022) na základě užití metody PRISMA analyzovali šest studií věnujících se problematice transkulturního ošetrovatelství. Identifikovali pět hlavních oblastí, kterým je žádoucí věnovat pozornost. Jedná se o nedostatek kulturních znalostí, jazykové bariéry, mikrorasismus, nedostatek času na pacienty, účast na školení či obecně vzdělávání v tématu, s čímž souvisí kulturně kompetentní péče poskytovaná pacientům.

Jak vyplynulo z šetření provedeného formou hloubkových rozhovorů s 20 sestrami, vzdělávání v transkulturní problematice má tři hlavní přínosy: zdravotníci získají potřebné znalosti a ideálně i dovednosti. Mohou si ale také uvědomit své vlastní postoje, pocity vůči pacientům z různých menšin. Mohou měnit způsob myšlení, získat nový pohled na vlastní komunikační postupy. Pacientům se dostává kvalitnější péče, zohledňující i jejich kulturní a další potřeby (Kaihlainen et al., 2019). Podobně také Lyeval-Moral et al. (2023) na základě realizované přehledové studie uvádějí, že získávání zkušeností s transkulturním ošetrovatelstvím není záležitostí lineární. Jedná se o komplexní proces, k jehož komponentám patří kromě získání potřebných znalostí také uvědomění si vlastních postojů, zájem změnit svůj přístup k odlišným kulturám, etnikům, náboženství, což souvisí i s pozitivním postojem k péči o tyto pacienty.

Téma postojů vůči pacientům z minorit bylo reflektováno v rámci **čtvrtého dílčího cíle výzkumu, kterým bylo identifikovat postoj respondentů k transkulturnímu ošetrovatelství**. K DCV4 se vázaly otázky č. 13, 19, 23–26.

Celkem 62 % sester, 52 % radiologických asistentů a 30 % zdravotnických záchranářů uvádělo, že je ošetrovatelská péče o pacienta jiné národnosti ovlivněna nejistotou zdravotníka, dle 94 % sester, 90 % radiologických asistentů a 80 % zdravotnických záchranářů má významný vliv jazyková bariéra. Dalším faktorům, jako je harmonogram práce na oddělení, zdravotní pojištění nebo strava ve zdravotnickém zařízení, byl respondenty přičítán menší vliv.

Respondenti ze všech tří skupin se tedy shodovali v tom, že kvalita transkulturního ošetrovatelství závisí přímo na zdravotníkovi. Za klíčové považují respondenti schopnost domluvit se s pacientem a též mít určitou jistotu s poskytovanou péčí u těchto pacientů, která se tedy odvíjí primárně od znalostí, dále též od zkušeností. Tato zjištění jsou

v souladu s výsledky Hradové (2019), dle které by si měli zdravotníci uvědomovat svůj postoj k pacientům z minorit, neboť tento postoj se promítá do realizace ošetrovatelské péče, pacienti si jej jsou vědomi.

Z výzkumu dále vyplynulo, že absolvování kvalifikačního vzdělávání respondentům příliš nepomohlo k tomu, aby byli lépe připraveni na poskytování péče pacientům jiné národnosti. Limitem výzkumu je absence zjišťování, o jaké kvalifikační vzdělávání se jednalo, do jaké míry v něm bylo zastoupeno transkulturní ošetrovatelství. Lze se pouze domnívat, že toto zastoupení bylo nedostatečné. O něco lépe, nikoliv však výrazně, pomohlo respondentům kvalifikační vzdělávání při péči o pacienty různých náboženských vyznání.

Za poměrně zásadní lze považovat výsledky na poslední dvě otázky dotazníku. Celkem 83 % sester považuje za důležité nebo velmi důležité dále se vzdělávat v problematice péče o pacienty jiných národností. Stejného názoru bylo jen 48 % radiologických asistentů a 54 % zdravotnických záchranářů. Rozdíly mohou být dány intenzivnějším kontaktem sester oproti dalším dvěma profesím s pacienty jiných národností. Přestože výzkumem byly zjištěny nedostatky respondentů v problematice transkulturního ošetrovatelství, jen 23 % sester, 12 % radiologických asistentů a 17 % zdravotnických záchranářů uvedlo, že mají zájem o další vzdělávání v této problematice.

7 Závěr

Cílem práce bylo přiblížit současný stav transkulturního ošetrovatelství v českém zdravotnictví pohledem vybraných skupin zdravotníků. Cílem výzkumu bylo porovnání znalostí vybraných zdravotnických oborů v oblasti transkulturního ošetrovatelství a ošetrování pacientů vybraných národnostních menšin a náboženských skupin.

Stanovené cíle lze považovat za naplněné. V teoretické části práce byla podána stručná charakteristika transkulturního ošetrovatelství. Popsány byly vybrané skupiny pacientů odlišných národností nebo náboženského vyznání, s nimiž se lze nejčastěji setkat v českém zdravotnictví. Přiblíženy byly také tři zdravotnické profese, a to profese všeobecné sestry, radiologického asistenta a zdravotnického záchranáře, včetně stručného vhledu do zastoupení transkulturního ošetrovatelství v rámci vzdělávání v daných oborech.

V praktické části byl popsán realizovaný výzkum, kterého se zúčastnilo 79 sester, 58 radiologických asistentů a 30 zdravotnických záchranářů, kterým byl administrován dotazník vlastní konstrukce.

Z výzkumu vyplynulo, že jsou oslovení zdravotníci v základní rovině obeznámeni s tím, co obnáší transkulturní ošetrovatelství. Znají základní pojmy, mají určité povědomí o tom, jaké jsou zvyky a potřeby vybraných národnostních skupin, méně jsou již obeznámeni se specifiky náboženského vyznání. Respondenti uváděli, že se na tuto oblast nezaměřují, neboť není pro realizaci ošetrovatelské péče důležitá, nebo na ni nemají dostatek času.

Zdravotničtí záchranáři se do jisté míry lišili od zástupců dalších dvou profesí. V terénu poskytují neodkladnou péči, pacienta ošetří, následně transportují do zdravotnického zařízení. Nesepisují s ním tedy žádné dokumenty, jejich komunikace s pacienty je omezená. Vypovídali tak o tom, že se s pacienty nepotřebují výrazněji dorozumívat, mnohdy pacient ani není při plném vědomí apod. Zároveň však zejména tito respondenti, resp. někteří z nich, vykazovali určité negativní postoje až předsudky vůči pacientům romského etnika.

Kulturní kompetence respondentů vychází spíše ze základního, málo systematicky pojatého vzdělávání, opřené o omezené zkušenosti se zástupci různých národností,

etnik, náboženských skupin. Respondenti mají zkušenost zejména s pacienty slovenskými, ukrajinskými a romskými.

Nebyl prokázán statisticky významný vliv délky praxe, ani příslušnosti ke konkrétní profesi, na znalosti respondentů v oblasti transkulturního ošetrovatelství. Sami respondenti uváděli, že délka praxe nemá výraznější vliv na znalosti kulturního ošetrovatelství, nepomohlo jim v tomto ohledu ani kvalifikační vzdělávání. I když většina respondentů ze tří sledovaných skupin uváděla, že je důležité vzdělávat se v problematice transkulturního ošetrovatelství, jen minimum z nich uvedlo, že si budou zvyšovat znalosti z této oblasti.

Výsledky nelze zobecnit. Jsou však v souladu se zjištěními jiných výzkumů. Přestože panuje relativní shoda odborníků i pracovníků v praxi na tom, že je důležité zohledňovat ve zdravotní péči transkulturní ošetrovatelství, stále není dostatečně zajištěno vzdělávání zdravotníků v této oblasti, sami zdravotníci nepocítují výraznější potřebu se touto problematikou více zabývat. Tento přístup však bezesporu není vhodný, a to i vzhledem ke skutečnosti, že lze předpokládat stále větší zastoupení pacientů různých národností, etnik či náboženského vyznání v českém zdravotnictví. Zdravotníci musí být schopni nejen optimálně s těmito pacienty komunikovat, ale též je získat ke spolupráci. To bez dobré znalosti a dodržování transkulturního ošetrovatelství nelze.

Lze shrnout, že oslovení respondenti znají v obecné rovině problematiku transkulturního ošetrovatelství. Ve své praxi věnují pozornost národnosti pacientů, odlišnostem z hlediska etnika nebo náboženství, nicméně náboženská víra není často zjišťována, není tedy ani reflektována v rámci poskytované péče.

Prokázána byla znalost respondentů hlavních termínů, které jsou spojeny s transkulturním ošetrovatelstvím. Odlišnosti se týkaly zejména oblasti náboženství, na které respondenti ze tří sledovaných skupin nahlíží odlišně. Lze doplnit, že více než čtvrtina respondentů se k žádné víře nehlásí, což není překvapující, neboť v české společnosti je silně zastoupen ateismus.

Transkulturní ošetrovatelství si respondenti spojují především s nutností přistupovat k pacientům z minorit citlivě, empaticky, významný je holistický přístup, ale také individuální přístup ke každému pacientovi. Přesto bylo zjištěno, že se u některých respondentů objevují různé předsudky či stereotypy vůči vybraným minoritním

skupinám, především vůči pacientům romského etnika. Jak bylo též uváděno, nejedná se ovšem o specifikum tohoto výzkumu. Česká společnost zaujímá vůči Romům mnohdy negativní postoj, který se tedy týká i zdravotníků, byť pochopitelně nikoliv všech.

Respondenti mají zkušenost především s poskytováním péče pacientům národnosti slovenské, ukrajinské a romské národnosti. Spíše výjimečně se respondenti setkávají s pacienty jiných národností. Pokud mají zkušenost s jinými národnostmi, jedná se o národnosti napříč kontinenty. Převažovala národnost polská, dále německá, bulharská, srbská, nebo i příslušníci afrických zemí.

Z hlediska náboženství se respondenti setkávají zejména s pacienty římskokatolického nebo pravoslavného náboženství. Přesto dokázali správně uvádět, jaká jsou specifika při ošetřování pacientů s islámským, židovským či buddhistickým vyznáním.

V praxi čelí respondenti různým bariérám při ošetřování pacientů z minorit. Dominuje bariéra jazyková, která je v současné době nejčastěji řešena s využitím různých elektronických překladačů. Zcela jistě by bylo vhodné, aby se posílila jazyková vybavenost zdravotníků, ale též aby byly na pracovištích k dispozici tlumočníci, nebo alespoň potřebné materiály pro pacienty v různých jazykových verzích.

Nebyly zjištěny statisticky významné rozdíly ve znalosti respondentů z hlediska délky praxe, ani z hlediska působení v rámci konkrétního zdravotnického oboru. S využitím chí-kvadrátu bylo potvrzeno, že znalosti o transkulturním ošetřovatelství nejsou odlišné v závislosti na délce praxe a dále že znalosti o transkulturním ošetřovatelství nejsou odlišné v závislosti na daném zdravotnickém oboru.

Za pozornost stojí, že respondenti nemají příliš velký zájem více se vzdělávat v problematice transkulturního ošetřovatelství. Výjimku představovaly sestry, které většinou zaujímaly pozitivní postoj ke vzdělávání v problematice transkulturního ošetřovatelství.

Nezájem velké části respondentů o vzdělávání v dané problematice lze hodnotit velmi negativně. Lze očekávat stále větší nárůst pacientů z různých menšin v českém zdravotnictví. Sestry musí dobře znát specifika různých minorit, aby mohli zajistit optimální a vysoce profesionální péči. Neznalost může vést i k ohrožení zdraví pacienta.

Je tedy zřejmé, že i v českém zdravotnictví lze mnohé v oblasti transkulturního ošetrovatelství zlepšit. Dále v textu jsou uvedena doporučení pro praxi.

Zcela jistě by bylo vhodné na tuto práci navázat dalším výzkumným šetřením, v němž by byla věnována pozornost např. tomu, jak je v rámci kvalifikačního vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků zastoupeno transkulturní ošetrovatelství, též jak je tato problematika zastoupena v rámci vysokoškolského vzdělávání, připravujícího do praxe budoucí sestry, radiologické asistenty a zdravotnické záchranáře. Tato data nejsou dostupná, zároveň jsou klíčová pro zlepšení současného nepříznivého stavu.

Pro samotné respondenty mohlo být přínosem uvědomit si, jak přistupují k pacientům jiných národností, kultur. Mohou tak zlepšit své kulturní kompetence. Práce může být přínosná i pro zájemce o toto významné, ovšem stále opomíjené téma.

7.1 Doporučení pro praxi

Doporučení pro praxi se týkají zejména tří oblastí. Jedná se o zlepšení kulturních kompetencí zdravotníků, reflexi vlastních postojů, pocitů a hodnot ve vztahu k minoritám a dále zásady jednání s pacienty z různých menšin.

V oblasti zlepšení kulturních kompetencí zdravotníků lze doporučit zejména následující:

1. Zdravotníci by měli mít sami zájem zlepšit své znalosti a dovednosti v oblasti transkulturního ošetrovatelství. Měli by tedy být schopni také apelovat na nadřízené, aby se jim dostalo v této oblasti potřebného vzdělávání. Jednat se může o různé přednášky, workshopy, nebo i věnování se výměně zkušeností a rad v rámci pravidelných porad, alespoň jednou měsíčně;
2. Zdravotníci by měli být sami iniciativní v dané oblasti. Jestliže v rámci výkonu práce zažijí situace, které jsou problematické, v nichž si nebyli jistí při jednání s pacientem jiné národnosti, etnika, kultury apod., měli by požádat o supervizi, nebo intervizi, aby získali větší jistotu;
3. Vzdělávání lze považovat za klíčové z hlediska poskytování kvalitní a profesionální péče. Zdravotníci se nemohou spoléhat pouze na zajištění vzdělávání zaměstnavatelem. Samozřejmostí by mělo být samostudium. Volit lze publikace na toto téma, dokumenty, různé podcasty;

4. Zlepšení jazykové vybavenosti. Zvýšení kulturní kompetence souvisí také se znalostí jazyka. Je zapotřebí, aby zdravotníci zlepšili svoji jazykovou výbavu, tedy zvýšili úroveň jazykových schopností prostřednictvím soustavného studia cizího jazyka, ideálně s dosažením schopnosti komunikovat alespoň dvěma cizími jazyky. Zdravotníci mohou využít různé zaměstnanecké benefity k zaplacení jazykových kurzů. Lze ale také využívat různé bezplatné aplikace k posílení jazykové vybavenosti;
5. Doporučit lze také zvýšení všímavosti vůči chování pacientům z minorit. Vlastní zkušenost je důležitá podobně jako získávání teoretických znalostí. Zdravotníci by měli posílit své pozorovací schopnosti, zaměřit se nejen na identifikaci rozdílů minorit a majorit, ale také uvědomění si toho, co mají různé skupiny shodné. S tím souvisí reflexe vlastních postojů vůči pacientům různých národností, náboženského vyznání apod.

V oblasti reflexe postojů zdravotníků vůči minoritám jsou formulovaná doporučení následující:

1. Zdravotníci by měli přemýšlet o tom, jaké postoje zaujímají vůči pacientům z různých kultur, odlišných národností, etnika, náboženského vyznání. Uvědomění si vlastního postoje k příslušníkům různých skupin pacientů lze považovat za zásadní pro vhodnou realizaci transkulturního ošetřovatelství. Zdravotníci si mohou např. ke každé skupině pacientů (viz skupiny uvedené v práci) sepsat, jaké pocity mají při ošetřování těchto pacientů, jaké znalosti a názory mají vůči příslušníkům těchto skupin. K těmto seznamům by pak měli kriticky přistoupit, tj. uvědomit si, v čem vychází z reality, v čem jsou více ovlivněny vlastními pocity a zkušenostmi. Posléze by měli pozorovat, zda nevystupují vůči pacientům z vybraných skupin nespravedlivě, s předsudky apod. Od toho se může odvíjet změna v přístupu k těmto pacientům. Lze začít od krátkodobých, jednoduchých cílů (kontrolovat neverbální komunikaci při jednání s vybranými pacienty), postupovat k náročnějším (obeznámit se s historií určitého národy, náboženství, usilovat o odstranění rasismu na pracovišti);

2. Zdravotníci by se při poskytování ošetrovatelské péče u pacientů z minorit měli zaměřit také na své vlastní prožívání a emoce, které se u nich objevují v souvislosti s kontaktem s pacienty z jiných kultur. Při reflexi vlastních postojů je žádoucí uvědomit si, s jakými pocity jsou spojeny (dřívější negativní zkušenost, pocit ohrožení, odpor vůči určitým projevům apod.). Dle tohoto uvědomění si může zdravotník ujasnit, jak bude postupovat, jestliže se s určitým chováním setká (např. zaujímá předsudky vůči Romům, nebude komentovat způsob jejich života, namísto vlastního hodnocení se bude více ptát apod.);
3. Zdravotníci mají odpovědnost vůči pacientům. Svým nezdravým postojem vůči některým skupinám pacientů je mohou poškodit. Jestliže zdravotník zaujímá výrazně negativní postoje vůči určitým skupinám pacientů, které nechce nebo nemůže ohrožit, lze zvážit po domluvě s nadřízeným zastoupení kolegou v případě ošetrování těchto pacientů.

V oblasti zásad jednání s pacienty z různých menšin je vhodné zejména následující:

1. Zvýšení povědomí o specifikách kultur. Primární je dobře se obeznámit se zásadami komunikace a zvyky, které jsou pro konkrétní menšiny charakteristické. Ty je nutné následně v praxi dodržovat, při opomenutí se pacientovi omluvit. Vždy je zapotřebí naslouchat sdělení, pocitům, potřebám pacientů, snažit se jim vyjít vstříc, nebo vysvětlit, proč požadovaný postup není možný. Zdravotník si může některé zásady sepsat;
2. Zdravotníkům by se mělo dostávat podpory ze strany vedení a zaměstnavatele v oblasti transkulturního ošetrovatelství. Vedoucí pracovišť mohou pro své podřízené vypracovat letáky nebo metodiku, jak jednat s vybranými skupinami pacientů. Tyto materiály by měly být dostupné na nástěnkách, na sesternách nebo místnostech určených pro personál, ale též v elektronické podobě;
3. Zapotřebí je stanovit jednotný přístup a pravidla ošetrování pacientů z minorit na pracovišti. Nově příchozí pracovník by s nimi měl být dostatečně obeznámen. V souvislosti s příchodem nového pracovníka lze také uspořádat speciální poradou, která bude zaměřena na předání informací novému pracovníkovi, ale též sdílení zkušeností z oblasti transkulturního ošetrovatelství.

8 Seznam použitých zdrojů

AMIRI, R. et al., 2016. Challenges of Transcultural Caring Among Health Workers in Mashhad-Iran: A Qualitative Study. *Global Journal of Health Science* [online] 8(7), 203–211 [cit. 2024-04-14]. doi: 10.5539/gjhs.v8n7p203. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4965668/>

ANZENBACHER, A., 2015. *Křesťanská sociální etika – Úvod a principy*. 2. vyd. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury. 271 s. ISBN 978-80-7325-371-4.

ATTUM, B. et al., 2020. *Cultural Competence in the Care of Muslim Patients and Their Families*. National Center for Biotechnology Information. [online] [cit. 2024-04-14]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499933/>.

2. LF Univerzity Karlovy, 2023. *Teoretická a teoreticko-praktická výuka*. Dostupné z: <https://www.lf2.cuni.cz/ustav-osetrovatelstvi/vyuka/vyučovane-predmety>

ASEFESO, A., 2012. *CEO Guide to Doing Business in Asia (Thailand, Vietnam and Philippines)*. AA Global Sourcing Ltd. 282 p. ISBN 978-1-4717-5087-6.

BĚLÍK, V. et al. 2017. *Slovník sociální patologie*. Praha: Grada. 120 s. ISBN 978-80-271-0599-1.

BOHÁČEK, J., 2020. *Sociologie řízení*. Praha: Vysoká škola ekonomie a managementu. 166 s. ISBN 978-80-88330-09-7.

BRŮHA, D., PROŠKOVÁ, E., 2011. *Zdravotnická povolání*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika. 560 s. ISBN 978-80-7357-661-5.

BULLIET, Richard W. et al., 2023. *Země a její národy: globální dějiny*. Praha: Vyšehrad. 472 s. ISBN 978-80-7601-844-0.

ČENĚK, J. et al., 2016. *Interkulturní psychologie: Vybraná témata*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5414-7.

ČERVENÝ, M. et al., 2022. Challenges experienced by nurses caring for patients from different cultures: a scoping review of the literature, 2010–2020. *Central European Journal of Nursing and Midwifery* [online] 13(4), 783–792. doi:

10.15452/CEJNM.2022.13.0024 [cit. 2024-04-14]. Dostupné z:
<https://cejnm.osu.cz/pdfs/cjn/2022/04/03.pdf>

ČOUDKOVÁ, L., SEDLÁKOVÁ, G., 2009. Vyznavač buddhismu na ošetrovací jednotce. *Kontakt* [online] 11(2), 487–493 [cit. 20024-04-14]. Dostupné z:
https://www.researchgate.net/publication/332191500_Vyznavac_buddhismu_na_oseetrovaci_jednotce

ČSÚ, 2022a. *Život cizinců v ČR*. Český statistický úřad. [cit. 2024-01-15]. Dostupné z:
<https://www.czso.cz/documents/10180/190557310/29002623z.pdf/6c7ead2a-c0ce-485d-8cc1-0ec4ff3bc047?version=1.1>

ČSÚ, 2022b. *Většinu cizinců pobývajících v Česku tvořili Ukrajinci*. Český statistický úřad. [cit. 2024-01-15]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vetsinu-cizincu-pobyvajicich-v-cesku-tvorili-ukrajinci>

DEGER, V. B., 2017. *Transcultural Nursing* [online] 2017 [cit. 2024-04-09]. Dostupné z: <https://www.intechopen.com/chapters/61494>

DISMAN, M., 2011. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 4., nezměn. vyd. Praha: Karolinum. 372 s. ISBN 978-80-246-1966-8.

DONERT, C., ROSENHAFT, E., 2021. *The Legacies of the Romani Genocide in Europe Since 1945*. Velká Británie: Taylor & Francis. 322 p. ISBN: 9781000511031.

EL-MESSOUDI, Y. et al., 2023. Exploring the education in cultural competence and transcultural care in Spanish for nurses and future nurses: a scoping review and gap analysis. *BMC Nursing* [online] 22(320), 1–15 [cit. 2024-04-14].
<https://doi.org/10.1186/s12912-023-01483-7>. Dostupné z:
<https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-023-01483-7>

FREIDINGEROVÁ, T. 2014. *Vietnamci v Česku a ve světě: migrační a adaptační tendence*. SLON: Univerzita Karlova. 233 s. ISBN 978-80-7419-174-9.

GAVORA, P., 2008. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 4. vyd. Bratislava: Univerzita Komenského. 269 s. ISBN 978-80-223-2391-8.

GIGER, J. N., HADDAD, L., 2020. *Transkultural Nursing, Assessment and Intervention*. Elsevier: Health. 736 p. ISBN 978-0-323-69554-1.

- GRINDROD, K., ALSABBAGH, W., 2017. Managing medications during Ramadan fasting. *Canadian Pharmacists Journal*, [online] 150(3), 146–149. DOI 10.1177/1715163517700840. [cit. 2024-04-14]. Dostupné z: <https://sop.washington.edu/wp-content/uploads/Ramadan-and-Medications.pdf>
- HÁJEK, M., BAHBOUH, C., 2016. *Muslimský pacient: principy diagnostiky, terapie a komunikace*. Praha: Grada. 199 s. ISBN 978-80-247-5631-8.
- HAMANN, J. et al. 2012. How do patients from eastern and western Germany compare with regard to their preferences for shared decision making? *European Journal of Public Health* [online] Vol. 22, Issue 4, pp. 469–473 [cit. 2024-04-10]. ISSN 1464-360X. Dostupné z: <https://academic.oup.com/eurpub/article/22/4/469/485926>
- HAMPLOVÁ, L., 2013. *Náboženství v české společnosti na prahu 3. tisíciletí*. Praha: Karolinum. 151 s. ISBN 978-80-246-2244-6.
- HELLEROVÁ, V. 2021. Basic Concepts of Transcultural Nursing. In YAVA, A., TOSUN, B. (Eds.). *Transcultural Nursing: Better & Effective Nursing Education for Improving Transcultural Nursing Skills (Benefits)*. Ankara: Ankara Nobel Tip Kitabevleri, pp. 19-31. ISBN 978-625-7146-71-5.
- HELUS, Z. 2018. *Úvod do psychologie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4675-3.
- HOANG, H., 2011. *Culture and Management: A Study of Vietnamese Cultural Influences on Management Style*. 1. vyd. Proquest, Umi Dissertation Publishing, 192 s. ISBN 9781243433640.
- HOFSTEDE, G. a HOFSTEDE, G., J. 2007. *Kultury a organizace : software lidské mysli : spolupráce mezi kulturami a její důležitost pro přežití*. Translated by Luděk Kolman. Praha: Linde. 335 s. ISBN 808613170X.
- HORÁKOVÁ, M. et al. 2011. Zvyky a specifika romské minority při ošetrovatelské péči v ČR. In: Nyklewicz, W. (Eds). *Pielęgniarnictwo ponad granicami*. Łódź: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych. s 68-72. ISBN 978-83-906824-1-9.
- HORKÝ, P. 2022. *Ukrajina – rozhovory, mýty a fakta*. Brno: CPress. 232 s. ISBN 978-80-264-4356-8.

- HOTAŘOVÁ, L. 2017. *Kulturní specifika obchodních vztahů mezi Německem a Českou republikou (případová studie)*. Diplomová práce. Vysoká škola ekonomická v Praze.
- CHRÁSKA, M., 2016. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2. vyd. Praha: Grada. 254 s. ISBN 978-80-247-5326-3. Interní materiály ZSF JČU, intranet pro studenty.
- IVANOVÁ, K. et al. 2005. *Multikulturní ošetrovatelství I*. Praha: Grada. 248 s. ISBN 80-247-1212-1.
- JAMIESON, N. L. 2020 . *Understanding Vietnam*. [online] University of California Press, Berkeley and Los Angeles California. A Philip E. Lilienthal Book. 428 p. [cit 2024-02-10]. dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/324303612_Understanding_Vietnam.
- JANOŠEK, V., 2019. *Všechno, co byste měli vědět o islámu*. Olomouc: Naštvané matky. 167 s. ISBN 978-80-906573-6-6.
- JCU, 2020. *Zdravotně sociální fakulta inspirovala svou výukou transkulturního ošetrovatelství zástupce mezinárodního projektu BENEFITS* [online] 2020 [cit. 2024-04-10]. Dostupné z: <https://www.jcu.cz/cz/univerzita/aktualne/zdravotne-socialni-fakulta-inspirovala-svou-vyukou-transkulturniho-osetrovatelstvi-zastupce-mezinarodniho-projektu-benefits>
- KAIHLANEN, A.-M. et al., 2019. Increasing cultural awareness: qualitative study of nurses' perceptions about cultural competence training. *BMC Nursing* [online] 18(38), 1–9. doi: 10.1186/s12912-019-0363-x [cit. 2024-04-14]. Dostupné z: <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-019-0363-x>
- KALEDIO, P. et al., 2024. *Understanding the Impact of Cultural Competence in Transcultural Nursing Practice: Strategies, Challenges, and Opportunities* [online] 20. 2. 2024 [cit. 2024-04-14]. Dostupné z: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4739639
- KNAPOVÁ, J., 2022. *Multikulturní péče* [online] 2022 [cit. 2024-04-10]. Dostupné z: <https://www.vovcr.cz/odz/zdrav/485/page00.html>
- KOSATÍK, P., 2021. *Slovenské století*. Torst: Kosmas s.r.o. (HK). 408 s. ISBN 978-80-7215-686-3.

- KUČEROVÁ, H., 2017. *Organizace znalostí: klíčová témata*. Praha: Karolinum. 239 s. ISBN 978-80-246-3587-3.
- KUKLA, L. et al. 2016. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada. 456 s. ISBN 978-80-247-3874-1.
- KUTNOHORSKÁ, J., 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-3224-4.
- KUTNOHORSKÁ, J., 2013. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-4413-1.
- KVĚTOŇOVÁ, L. et al. 2020. *Lze vychovávat k úctě a sebeúctě?* Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta. ISBN 978-80-7603-185-2.
- LEININGER, M. M., 1991. *Culture care diversity and universality: a theory of nursing*. New York: National League for Nursing Press. 432 p. ISBN 9780887375194.
- LEININGER, M., McFARLAND, M. R., 2002. *Transcultural nursing: Concept, Theories, Research and Practice*. 3rd ed. New York: The McGraw-Hill Companies, 621 p. ISBN 0-07-135397-6
- LI, J. et al., 2016. Perceived Transcultural Self-Efficacy of Nurses in General Hospitals in Guangzhou, China. *Nursing Research* [online] 65(5), 371–379. doi: 10.1097/NNR.0000000000000174 [cit. 2024-04-14]. Dostupné z: https://journals.lww.com/nursingresearchonline/fulltext/2016/09000/perceived_transcultural_self_efficacy_of_nurses_in.5.aspx
- LYEVA-MORAL, J. M. et al., 2023. From a learning opportunity to a conscious multidimensional change: a metasynthesis of transcultural learning experiences among nursing students. *BMC Nursing* [online] 22 (356), 1–15. doi: 10.1186/s12912-023-01521-4. Dostupné z: <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-023-01521-4>
- MALÁ, T., 2018. *Zkušenosti všeobecných sester s péčí o cizince na jednotkách intenzivní péče*. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Natália BEHARKOVÁ.

- MASARYKOVA UNIVERZITA, 2023. *Radiologická asistence* [online] [cit. 2024-04-14]. Dostupné z: <https://www.muni.cz/bakalarske-a-magisterske-obory/26028-radiologicka-asistence>
- MCGARRY, A., 2017. *Romaphobia: The last acceptable form of racism*. London: Zed Books. 304 p. ISBN: 9781783604029.
- MICHÁLKOVÁ, H. 2013. Specifika přístupu ke zdraví u příslušníků pravoslavné církve a mormonů. *Florence*, 13(5), 28-30. ISSN 1801-464X.
- MINKOV, M., 2013. *Cross-cultural analysis: the science and art of comparing the world's modern societies and their cultures*. Thousand Oaks, Calif.: SAGE Publications. 418 s. ISBN 978-1412992299.
- MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
- MIZIA, C.A., 2008. *Řízení kulturní rozmanitosti ve Střední Evropě na příkladu České Republiky, Polska a Slovenska. [Managing multicultural differences in Central Europe in example of the Czech Republic, Poland and Slovakia]* [online]. Munich personal RePEe Archive: Federal Reserve Bank of St Louis, St. Louis. p 531–538 [cit. 2024-01-20]. Dostupné z: <https://mpra.ub.uni-muenchen.de/13998/>
- MORÁVKOVÁ, M., 2020. *Multikulturní ošetrovatelská péče – nejčastější mýty a hlavní fakta*. Diplomová práce. Plzeň: Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Marcel HÁJEK.
- MUCHOVÁ, L., 2015. *Morální výchova v nemorální společnosti*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury. 334 s. ISBN 978-80-7325-386-8.
- MZ ČR., 2023a. *Přehled oborů a vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků* [online]. Přehled regulovaných zdravotnických povolání podle zákona č. 96/2004 Sb. [cit. 2024-02-16]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/prehled-oboru-a-vzdelavani-nelekarskych-zdravotnickych-pracovniku/#VS-5>
- MZ ČR, 2023b. *Kvalifikační vzdělávání – odborná způsobilost* [online] 2023 [cit. 2024-04-06]. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/category/osetrovatelstvi-a-nelekarska-povolani/vzdelavani-akreditace/kvalifikacni-vzdelavani-odborna-zpusobilost/>

- NEWMAN, J. et al., 1992. *Judaismus od A do Z: slovník pojmů a termínů*. Praha: Sefer. 285 s. ISBN 80-900895-3-4.
- NUUYOMA, V. et al., 2024. Transcultural nursing: a qualitative analysis of nursing students' experiences in a multicultural context in North-Eastern Namibia. *BMC Nursing* [online] 23(123), 1–13. doi: 10.1186/s12912-024-01773-8 [cit. 2024-04-14]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10870613/>
- PALOVIC, Z., BEREGHÁZYOVÁ, G. 2023. *Slovenskí vysťahovalci*. Global Slovakia. 383 s. ISBN 978-80-974696-0-3.
- PAPADOPOULOS, I., & PEZZELLA, A., 2015. *A snapshot review of culturally competent compassion as addressed in selected mental health textbooks for undergraduate nursing students* [online]. *Journal of Compassionate Health Care* [cit. 2023-12-25], 2, 1–7. doi: 10.1186/s40639-015-0012-5.
- PAPADOPOULOS, I., 2006. *E-Book – Transcultural Health and Social Care: Development of Culturally Competent Practitioners*. Churchill: Livingstone. 351 s. ISBN 13: 978-0-443-10131-1.
- PAPADOPOULOS, I. et al., 1998. *Transcultural care: a guide for health care professionals*. Dinton: Quay Books. 234 p. ISBN 1-85642-051 5.
- PATRIDGE, C. H., RITTER, M., 2006. *Lexikon světových náboženství*. Praha: Slováry. 495 s. ISBN 80-7209-796-2.
- PAVLICOVÁ, H., 2003. *Judaismus, křesťanství, islám*. 2. vyd. Olomouc: Nakladatelství Olomouc. 661 s. ISBN 80-7182-165-9.
- PAVLÍKOVÁ, S., 2006. *Modely v ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada. 150 s. ISBN 802-4712113.
- PRŮCHA, J., 2004. *Interkulturní psychologie*. Praha: Portál. 199 s. ISBN 80-7178-885-6.
- PRŮCHA, J., VETEŠKA, J., 2012. *Andragogický slovník*. Praha: Grada. 296 s. ISBN 978-80-247-3960-1.
- PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, R., 2014. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada. 519 s. ISBN 978-80-247-5471-0.

- RAMOS-MORCILLO et al., 2019. Concept of Health and Sickness of the Spanish Gypsy Population: A Qualitative Approach. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online] 16(22), 10–10. [cit: 2024-04-05]. doi: 10.3390/ijerph16224492. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6888496/>.
- REICHEL, J., 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3006-6.
- RYCHLÍK, J. et al., 2022. *Dějiny Ukrajiny*. Praha: Lidové noviny. 527 s. ISBN 978-80-7422-849-0.
- RYNEŠ, V., 2018. *Národ a stát*. Praha: Nakladatelství Epoque. 344 s. ISBN 978-80-7557-166-3.
- SATZEWICH, V. 2002. *The Ukrainian Diaspora*. London, New York: Routledge. 271 s. ISBN 0-415-29658-7.
- SKÓRCZEWSKI, D., POLAKOWSKA, A., 2020. *Polish Literature and National Identity: A Postcolonial Landscape*. Rochester NY: University of Rochester Press. 352 p. ISBN: 978-1-58046-978-4.
- SPIEGEL, P., 2008. *Kdo jsou Židé?* Brno: Barrister & Principal. 228 s. ISBN 978-80-87029-07-7.
- STRANJIK, H., 2022. *Krajané v Chorvatsku a jejich jazykové biografie*. Praha: Karolinum. 270 s. ISBN 978-80-246-5446-1.
- StudyCorgi. 2022. *German Culture: Advanced Nursing Workforce Issues*. [online] 2022 [cit. 2024-04-10]. Dostupné z: <https://studycorgi.com/german-culture-advanced-nursing-workforce-issues/>
- ŠEDINOVÁ, J., 2009. České zdravotnictví a judaismus. *Florence* [online] č. 5 [cit. 2024-04-14]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2009/5/ceske-zdravotnictvi-a-judaismus/>
- ŠEREK, J. et al. 2012. *Mladí a nevšední: studie občanského života mladých lidí z etnických menšin a majority v České republice*. Brno: Masarykova univerzita. 120 s. ISBN 978-80-210-6055-5.

- ŠKOBRTAL, P. 2018. *Sociální psychologie*. Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN 978-80-7599-057-0.
- ŠPIRUDOVÁ, L., et al., 2006. *Multikulturní ošetrovatelství II*. Praha: Grada. 248 s. ISBN 80-247-1213-X.
- ŠRONĚK, I., 2001. *Kultura v mezinárodním podnikání*. Praha: Grada Publishing. 168 s. ISBN 80-247-0012-3.
- TALEWICZ-KWIATKOWSKA, J., 2014 'One culture or multiple cultures? The diversity of Roma people in Poland' [online]. *Colloquia Humanistica*, 3, pp. 77–89. doi: 10.11649/ch.2014.005.
- TOSUN, B., 2021. Addressing the effects of transcultural nursing education on nursing students' cultural competence: A systematic review. *Nurse Education in Practice* [online] 55(4), doi: 10.1016/j.nepr.2021.103171 [cit. 2024-04-14]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34388616/>
- TOSUN, B., SINAN, O., 2020. Knowledge, attitudes and prejudices of nursing students about the provision of transcultural nursing care to refugees: A comparative descriptive study. *Nurse Education Today* [online] February 2020, doi: 10.1016/j.nedt.2019.104294 [cit. 2024-04-14]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31786486/>
- TOUMOVÁ, K., 2017. Možnosti využití modelu Gigerové a Davidhizarové u romské minority. In: TÓTHOVÁ, V., OLÍŠAROVÁ, V. (Eds.). *Využití koncepčních modelů v práci sester v klinickém a komunitním ošetrovatelství*, Praha: NLN. 196 stran, ISBN 978-80-7422-630-4
- TÓTHOVÁ, V. et al., 2010. *Zabezpečení efektivní ošetrovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu*. Praha: Triton. 195 s. ISBN 978-80-7387-414-8.
- TÓTHOVÁ, V. et al., 2012. *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin*. Praha: Triton. 277 s. ISBN 978-80-7387-645-6.
- TROMPENAARS, F., 1993. *Riding the Waves of Culture: Understanding Cultural Diversity in Business*. London: Nicolas Brealey. 275 p. ISBN: 978-80-86131-70-2.
- URBAN, L., 2022. *Sociologie: klíčová témata a pojmy*. 2. vyd. Praha: Grada. 278 s. ISBN 978-80-271-3056-6.

VALDÉZ FERNÁNDEZ, A. L. 2023. Conceptual Models and Theories Applied to Nursing Education in Intercultural Contexts: State of the Art. *Investigacion y Educacion en Enfermeria* [online] 41(2), e14–e19 [cit. 2024-04-15]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10599703/>

VAISMORADI, M. et al., 2022. Looking through racism in the nurse–patient relationship from the lens of culturally congruent care: A scoping review. *Journal of Advanced Nursing* [online] 78(9), e99–e112 [cit. 2024-04-14]. doi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jan.15267>.

VITALE, E. et al., 2022. Transcultural health: attitudes, perceptions, knowledge of Italian nurses. An observational study. *Acta Biomedica Atenei Parmensis* [online] 93(5), 1–10 [cit. 2024-04-14]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9686168/>

WARCHOŁ, P., 2017. *Polsko, Ojczyzna moja! Twoja tożsamość wczoraj, dziś i jutro*. Předklášteří: Bernardinum. 458 s. ISBN: 978-83-7823-942-0.

VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. a SOLLÁROVÁ, E. 2019. *Sociální psychologie: teorie, metody, aplikace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5775-9.

Vyhláška č. 39/2005 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání.

Vyhláška č. 205/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů.

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ., 2023. [online] *Předměty*. [cit. 2023-12-29]. Dostupné z: https://is.vszdrav.cz/predmety/studijni_plan?plan_id=24

WAGNEROVÁ, E. et al., 2023. *Listina základních práv a svobod: komentář. 2., doplněné a aktualizované vydání*. Praha: Wolters Kluwer ČR. 1010 s. ISBN 978-80-7676-747-8.

WEINEROVÁ, R. 2014. *Romové a stereotypy: výzkum stereotypizace Romů v Ústeckém kraji*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2632-1.

WEYRAUCH, W. O. (Ed.), 2001. *Gypsy Law: Romani Legal Traditions and Culture*. Rights: Available worldwide. 298 p. ISBN: 9780520221864.

YAVA, A. et al., 2023. Developing the better and effective nursing education for improving transcultural nursing skills cultural competence and cultural sensitivity

assessment tool (BENEFITS-CCCSAT). *BMC Nursing* [online] 22(331), 1–8. doi: 10.1186/s12912-023-01476-6 [cit. 2024-04-14]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10523685/>

Zákon č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky a o změně některých zákonů.

Zákon č. 273/2001 Sb., o právech příslušníků národnostních menšin a o změně některých zákonů.

ZELENÍKOVÁ, R. 2019. Transkulturní ošetrovatelství. In PLEVOVÁ, I. et al. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada, s. 132–174. ISBN 978-80-271-0889-3.

ZDRAVOTNICKÁ ŠKOLA HAVLÍČKŮV BROD., 2023. *Denní studium* [online]. [cit. 2023-12-30] Dostupné z: <https://www.zdravskolhb.cz/ucebni-plany-vosz-pro-denni-studium/>

9 Seznam příloh a obrázků

Přílohy

Příloha č. 1: Informovaný souhlas

Příloha č. 2: Dotazník

Příloha č. 3: Statistika respondentů

Obrázky

Obrázek č. 1: Model transkulturního ošetrovatelství dle Leiningerové

Obrázek č. 2: Model rozvoje kulturních kompetencí Papadopoulos, Tilki a Taylor

Obrázek č. 3: Pracovní pozice respondentů

Tabulky

Tabulka č. 1: Věk respondentů

Tabulka č. 2: Vzdělání respondentů

Tabulka č. 3: Délka praxe respondentů

Tabulka č. 4: Náboženské vyznání

Tabulka č. 5: Výklad pojmu transkulturní ošetrovatelství

Tabulka č. 6: Výklad pojmu národnostní menšina

Tabulka č. 7: Výklad pojmu náboženství

Tabulka č. 8: Charakteristiky transkulturní péče v českém zdravotnictví

Tabulka č. 9: Zkušenost sester s vybranými národnostmi u pacientů

Tabulka č. 10: Zkušenosti radiologických asistentů s vybranými národnostmi u pacientů

Tabulka č. 11: Zkušenosti záchranářů s vybranými národnostmi u pacientů

Tabulka č. 12: Zkušenosti respondentů s méně zastoupenými národnostmi u pacientů

Tabulka č. 13: Zkušenosti sester s vybranými náboženstvími u pacientů

Tabulka č. 14: Zkušenosti radiologických asistentů s vybranými náboženstvími u pacientů

Tabulka č. 15: Zkušenosti zdravotnických záchranářů s vybranými náboženstvími u pacientů

- Tabulka č. 16: Administrativa u pacientů jiné národnosti
- Tabulka č. 17: Názor, že délka praxe ovlivňuje povědomí zdravotníka o problematice
- Tabulka č. 18: Která minorita je dle respondentů nejhluchnější při vyjadřování emocí
- Tabulka č. 19: Co je dle respondentů nejdůležitější pro spokojený život Romů
- Tabulka č. 20: V kterém náboženství je časté omývání rukou a pravidelná očista těla
- Tabulka č. 21: Které potraviny by respondenti nepodali muslimským pacientům
- Tabulka č. 33: V jakém náboženství je hlava posvátnou částí těla
- Tabulka č. 23: Faktory ovlivňující ošetrovatelskou péči v ČR
- Tabulka č. 24: Na co dbát u ošetřování pacientky islámského vyznání
- Tabulka č. 25: Omezení jazykovou bariérou při komunikaci s pacientem jiné národnosti
- Tabulka č. 26: Řešení jazykové bariéry
- Tabulka č. 27: Kvalifikační vzdělávání připravuje na péči o pacienty jiné národnosti
- Tabulka č. 28: Kvalifikační vzdělávání připravuje na péči o pacienty různého náboženství
- Tabulka č. 29: Důležitost vzdělávat se v péči o pacienty jiných národností
- Tabulka č. 30: Zájem o další vzdělávání v transkulturním ošetrovatelství
- Tabulka č. 31: Ověření hypotézy H1
- Tabulka č. 32: Ověření hypotézy H2

10 Seznam zkratek

ACCESS	Model transkulturního ošetrovatelství
ČSÚ	Český statistický úřad
DCV	dílčí cíl výzkumu
DiS.	diplomovaný specialista
H	hypotéza
JCU	Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NANDA	Severoamerická asociace pro mezinárodní ošetrovatelskou diagnostiku
Sb.	Sbírka zákonů
STAG	Informační systém
UK	Univerzita Karlova
USA	Spojené státy americké
VOŠ	Vyšší odborná škola
ZSF JU	Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích

11 Přílohy

Příloha č. 1: Informovaný souhlas

Vážená paní, vážený pane,

obracím se na Vás s prosbou o spolupráci. V současné době vypracovávám závěrečnou práci, při které provádím výzkum s cílem porovnat znalosti vybraných zdravotnických oborů v oblasti transkulturního ošetřovatelství o ošetřování pacientů vybraných národnostních menšin a náboženských skupin. Z vybraných skupin je výzkum zaměřen konkrétně na Slovenskou, Ukrajinskou, Vietnamskou a Romskou národnost. Výzkumné šetření probíhá formou předem připravených dotazníků, které zahrnují 30 otázek z oblasti ošetřování pacientů jiných národností. Toto testování bude probíhat během měsíce března a dubna roku 2024 a to v Jihočeském a Plzeňském kraji. Dotazníky jsou určeny pouze všeobecným sestram, radiologickým asistentům a zdravotnickým záchranářům. Vzhledem k respektování anonymity dotazovaných, nebudou zveřejňovány konkrétní zdravotnická zařízení, ani žádné záchranné služby.

Účastí na výzkumu přispějete ke sběru dat, které pomohou k úpravě již stávajícího nebo vytvoření nového standardu (ošetřování pacientů jiné národnosti). Také budou sloužit ke zlepšení připravenosti zdravotnických pracovníků a ke zvýšení kvality péče o pacienty jiné národnosti. Celková analýza a výsledky výzkumu budou moci dále sloužit jako podklad pro aktualizaci učebních osnov týkajících se multikulturního a transkulturního ošetřovatelství.

Dotazníkové šetření je plně anonymní a výsledky budou použity výhradně pro výzkumné účely.

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Byl/a jsem seznámena s podstatou výzkumu, s cíli, metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, stejně jako s výhodami a riziky, které pro mne z účasti na výzkumu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány a použity pro účely vypracování závěrečné práce studentky.

Měl/a jsem možnost si vše řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit.

Prohlašuji, že beru na vědomí informace obsažené v tomto informovaném souhlasu a souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů účastníka výzkumu v rozsahu, způsobem a za účelem specifikovaným v tomto informovaném souhlasu.

Vyplněním tohoto dotazníku souhlasím s účastí ve výše uvedeném výzkumu.

Jméno, příjmení a podpis účastníka výzkumu (zákonného zástupce): _____

V _____ dne: _____

Jméno, příjmení a podpis studenta/studentky:

Bc. Jiřina Hůlová

Zdroj: ZSF JČU České Budějovice

Příloha č. 2: Dotazník

Příloha: dotazník

Výzkumné šetření - transkulturní ošetřovatelství

Dobrý den, jmenuji se Jiřina Hůlová a jsem studentkou navazujícího magisterského programu Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Tímto dotazníkem bych s Vaší pomocí chtěla zjistit znalosti v ošetřovatelské péči o pacienty jiných národností a náboženských vyznání. Téma mé diplomové práce je: *„Komparace znalostí o transkulturním ošetřovatelství u vybraných nelékařských zdravotnických oborů“*. Dotazník obsahuje 28 otázek a dvě doplňující otázky, pro případné zlepšení kvality výzkumného šetření. Je určen **všeobecným sestřím, radiologickým asistentům a záchranářům**. Otázky jsou kladeny jednoduše, pokud není uvedeno jinak, označte jednu z nabízených odpovědí. Vyplňování dotazníku bude trvat přibližně 10 minut. Součástí dotazníku je také informovaný souhlas o vyplnění a použití Vašich odpovědí do výzkumného šetření včetně ochrany dat GDPR. Účast na výzkumném šetření je zcela anonymní. Vyplněním dotazníku souhlasíte se svou účastí. Velmi si vážím Vaší pomoci a za vyplnění otázek mnohokrát děkuji, s pozdravem Bc. Jiřina Hůlová ZSF JČU.

1 Kolik je Vám let?

- Méně než 30 let 30 - 40 let 41 - 50 let 51 - 60 let 61 - více

2 Na které pracovní pozici nyní pracujete?

- Všeobecná sestra Zdravotnický záchranář Radiologický asistent

3 Uvedte Vaše dosažené vzdělání

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- Střední škola Vyšší odborná škola Vysoká škola Specializační vzdělávání
 Jiné:

4 Jaká je délka Vaší praxe?

- Méně než jeden rok 1 - 4 roky 5 - 9 let 10 - 14 let 15 a více let

5 Jste příslušníkem nějakého náboženského vyznání?

- Římskokatolické křesťanství Pravoslavné křesťanství Judaismus Islám
 Neidentifikuji se s žádným náboženským vyznáním Agnosticismus (Agnostikové se obvykle zdržují tvrzení, že ví o existenci božstva, ale také odmítají tvrzení, že neexistuje žádné božstvo)
 Jiné:

6 Co si představujete pod pojmem transkulturní ošetřovatelství?

Nápověda k otázce: *Můžete zvolit více odpovědí, nebo vypsat vlastními slovy.*

- Ošetřovatelskou péči poskytovanou lidem různých kulturních a etnických skupin Ošetřovatelskou péči o pacienty jiného náboženského vyznání Asimilace Nevím, nepamatuji se
 Jiné:

7 Jak lze definovat národnostní menšinu?

Nápověda k otázce: *Můžete zvolit více odpovědí, nebo vypsat vlastními slovy.*

- Skupina lidí, kteří sdílejí společné koníčky Skupina lidí, kteří sdílejí určitou národnostní identitu ve srovnání s dominantním etnikem Skupina lidí, která je menšinou v dominantním etniku
 Jiné:

8 Jak lze definovat náboženství?

Nápověda k otázce: *Můžete zvolit více odpovědí, nebo vypsat vlastními slovy.*

- Systém víry Vztah člověka k nadpřirozenému Vztah člověka ke své rodině Jedná se o morální přesvědčení
 Jiné:

9 Jaké charakteristiky z Vašeho pohledu má transkulturní péče v českém zdravotnictví?

Nápověda k otázce: *Můžete zvolit více odpovědí, nebo vypsat vlastními slovy.*

- Kulturní citlivost Empatie Rasismus Diskriminace Holistický přístup Individualismus
 Jiné:

10 Jak často se při výkonu povolání setkáváte s níže uvedenou národností?

Nápověda k otázce: *Vyberte možnosti v uvedené tabulce. V případě jiné národnosti, napište pod tabulku a uveďte míru setkávání*

	Nikdy	Zřídka	Často	Téměř denně
Slovenská	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ukrajinská	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Romská	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vietnamská	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jiné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11 V případě jiné národnosti, prosím uveďte o kterou se nejčastěji jedná.

12 Jak často se během své praxe setkáváte s pacienty vyznávající níže uvedená náboženství?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď v každém řádku. V případě jiného náboženství, napište pod tabulku a v řádku označte míru setkávání.*

	Nikdy	Zřídka	Často	Téměř denně
Římskokatolické	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pravoslavné	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Islám	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Judaismus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hinduismus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jiné:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13 V případě jiného náboženství, prosím uveďte o které se nejčastěji jedná.

Nápověda k otázce: *Ve výše uvedené tabulce nezapomeňte vybrat míru setkávání*

14 Jakým způsobem řešíte v praxi administrativu při péči o pacienta jiné národnosti?

Nápověda k otázce: *Můžete zvolit více odpovědí, nebo vpsat vlastními slovy.*

- Mám k dispozici předem připravenou dokumentaci v konkrétním jazyce
 Tlumočnick
 Překladač
 Ve službě máme vždy někoho, kdo se cizím jazykem domluví
 Pacienti podepisují dokumentaci v českém jazyce
 Jiné:

15 Myslím si, že délka praxe ovlivňuje mé povědomí v oblasti transkulturního ošetřovatelství.

- Zcela souhlasím
 Spíše souhlasím
 Nemám vyhraněný názor
 Spíše nesouhlasím
 Zcela nesouhlasím

16 Která minorita je podle Vás ve společnosti při vyjadřování svých emocí nejhluchnější?

- Muslimové
 Židé
 Romové
 Jiná:

17 Co si konkrétně myslíte, že je pro spokojený život Romů nejdůležitější?

Nápověda k otázce: *Můžete zvolit více odpovědí, nebo vpsat vlastními slovy.*

- Školní docházka
 Zaměstnání
 Rodina
 Zdraví
 Pravidelné preventivní prohlídky
 Jiné:

18 Které náboženství vyžaduje časté omývání rukou a pravidelné očisty těla?

- Pravoslavné křesťanství
 Judaismus
 Svědci Jehovovy
 Žádné z výše uvedených

19 Které potraviny byste se vyvarovali u pacienta muslimského vyznání?

Nápověda k otázce: *Můžete zvolit více odpovědí.*

- Vepřové maso Hovězí maso Kuřecí maso Rybí maso - Úhoř Nemají žádné dietní omezení

20 Označte, pro které náboženství je hlava posvátnou částí těla.

- Judaismus Islám Buddhismus Římskokatolické Žádné z výše uvedených

21 Jaké faktory podle Vás ovlivňují ošetřovatelskou péči o pacienta jiné národnosti?

Nápověda k otázce: *Můžete zvolit více odpovědí, nebo vypsát vlastními slovy.*

- Zdravotní pojištění Harmonogram práce na oddělení Jazyková bariéra Nejistota, jak s těmito pacienty jednat
- Strava ve zdravotnickém zařízení Přístup zdravotnického personálu k pacientům odlišné národnosti Přístup zdravotnického personálu k pacientům odlišného náboženského vyznání Nic z uvedeného
- Jiné:

22 Myslím si, že pro pacientku islámského vyznání je při hospitalizaci dobré dbát na:

Nápověda k otázce: *Můžete zvolit více odpovědí, nebo vypsát vlastními slovy.*

- Soukromí Dostatek spánku Pravidla spojená s komunikací mezi muži a ženami Vyšetřování lékařem výhradně mužského pohlaví
- Společnost rodinných příslušníků
- Jiné:

23 Při komunikaci s pacientem jiné národnosti mě omezuje jazyková bariéra.

- Zcela souhlasím Spíše souhlasím Nemám vyhraněný názor Spíše nesouhlasím Zcela nesouhlasím

24 Jak byste řešili problém jazykové bariéry, pokud by nastal?

Nápověda k otázce: *Můžete zvolit více odpovědí, nebo vypsát vlastními slovy.*

- Využití komunikačních karet Komunikace jiným jazykem Využití odborných pomůcek Využití elektronického překladáče
- Pomoc rodinného příslušníka Profesionální tlumočnick Nikdy jsem se s tímhle problémem nesetkal/a

25 Po absolvování kvalifikačního vzdělávání se cítím připraven/a na péči o pacienty jiné národnosti.

- Zcela souhlasím Spíše souhlasím Nemám vyhraněný názor Spíše nesouhlasím Zcela nesouhlasím

26 Po absolvování kvalifikačního vzdělání se cítím připraven/a na péči o pacienty různého náboženského vyznání.

- Zcela souhlasím Spíše souhlasím Nemám vyhraněný názor Spíše nesouhlasím Zcela nesouhlasím

27 Nakolik si myslíte, že je důležité se dále vzdělávat v problematice péče o pacienty jiných národností?

- Velmi důležité Důležité Trochu důležité Nepovažuji to za důležité

28 Máte zájem o další vzdělávání v oblasti transkulturního ošetřovatelství?

- Ano Ne Uvažuji o tom Vůbec ne

29 Je něco, co byste rádi doplnili nebo přidali k této problematice?

Nápověda k otázce: *Pokud ano, napište vlastními slovy, popř. nemusíte odpovídat.*

30 Máte nějaké návrhy na úpravy, doplnění nebo změny v dotazníku?

Nápověda k otázce: *Pokud ano, napište vlastními slovy, popř. nemusíte odpovídat.*

Velmi si vážím Vašeho času a děkuji za vyplnění dotazníkových otázek

Příloha č. 3: Statistika respondentů

Výzkumné šetření - transkulturní ošetřovatelství

Statistika respondentů

275

Počet
návštěv

167

Počet
dokončených

0

Počet
nedokončených

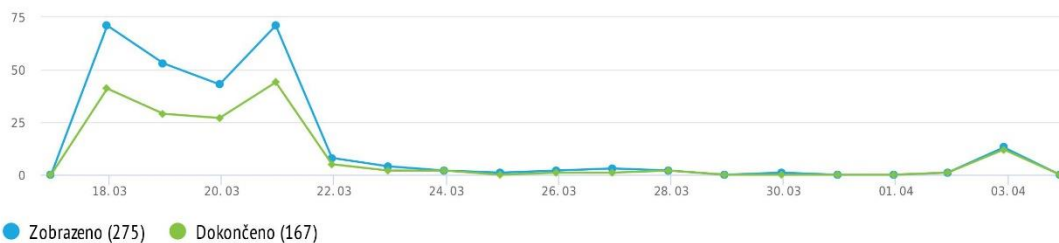
108

Pouze
zobrazení

60,7%

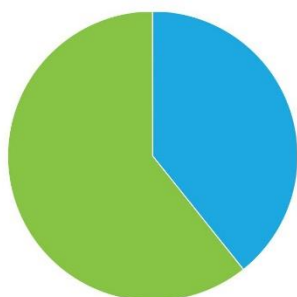
Celková úspěšnost
vyplnění dotazníku

Historie návštěv (18. 03. 2024 – 03. 04. 2024)



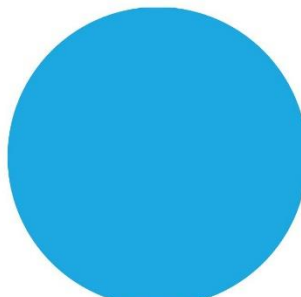
● Zobrazeno (275) ● Dokončeno (167)

Celkem návštěv



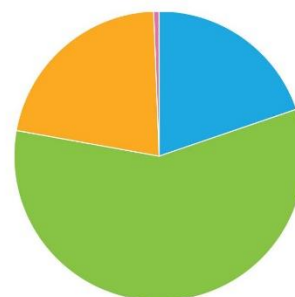
● Pouze zobrazeno (39,3 %)
● Dokončeno (60,7 %)
● Nedokončeno (0,0 %)

Zdroje návštěv



● Přímý odkaz (100,0 %)

Čas vyplňování dotazníku



● 2-5 min. (19,8 %)
● 5-10 min. (58,1 %)
● 10-30 min. (21,6 %)
● 30-60 min. (0,6 %)