

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

Jazykové bariéry v ošetrovatelské péči z pohledu cizinců

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

Bc. Alena Polanová

Autor:

Martina Motysová

2009

Language barriers in nursing care from the view of foreigners

The degree paper was aimed at the problems caused by language barriers in the Czech health care facilities between the nurses and the increasing number of hospitalized foreigners in our country. The rules and principles of multicultural nursing care are defined and the knowledge or perfect mastering of foreign languages by nurses seem to be more often the basic precondition for providing a comprehensive care in the Czech hospitals. The objective of this paper was to ascertain the scope of language barrier between the nurses and patients of different cultures through the eyes of foreigners and to assess the impact of the language barrier on the level and quality of the nursing care services provided by nurses. The survey is a quantitative research based on three anticipated hypotheses. H1 states that nursing care depends on the language and communication skills of both nurses and foreigners. H2 describes language barriers of nurses as considerable, namely in connection with the deficit of knowledge of foreign languages, and H3 mentions possible negative impact of language barriers on the quality level of nursing care. These hypotheses were confirmed. The data for the survey were processed by secondary analysis and the basic technique of the data collection was a questionnaire for the foreigners treated in the Czech health care facilities. The questionnaire contained 30 questions relating mostly to the problems caused by language barriers of nurses and foreigners and using of translator's services by foreigners in the Czech hospitals. The survey was carried out in the clinic of reproductive medicine and endocrinology in Plzeň and Karlovy Vary. The survey showed that the degree of language barrier between nurses and foreigners in the Czech Republic was much higher than in other foreign countries and has often a negative impact on the level of nursing care provided. The reason of that was an insufficient language proficiency of nurses and not taking into consideration the specific cultural needs of a patient. Interpreting services provided by Czech hospital to foreigners are virtually nil. The results of this degree paper will be provided to those who are interested in these issues and may contribute to understanding the necessity of the Czech nurses to be able to communicate in foreign language in connection with the improvement of quality of nursing care in our country.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svoji bakalářskou práci na téma „Jazykové bariéry v ošetrovatelské péči z pohledu cizinců“ vypracovala samostatně, pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG, provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 5.5.2009

.....

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat především vedoucí práce Bc. Aleně Polanové za odborné rady při vedení práce, její čas, trpělivost a ochotu při konzultacích.

OBSAH

Úvod	7
1. Současný stav	9
1.1 Cizinci u nás	10
1.1.1 Integrace cizinců	11
1.2 Zdravotní péče o cizince v ČR	12
1.3 Multikulturní ošetřovatelství	15
1.3.1 Etické aspekty multikulturní péče	16
1.3.2 Edukace sestrou u pacientů jiných kultur	17
1.3.3 Cíl multikulturního ošetřovatelství	18
1.4 Potřeby cizince během léčby	19
1.4.1 Psychická odezva neuspokojených potřeb cizince	21
1.5 Stres	22
1.6 Kulturní šok	23
1.7 Komunikace	25
1.7.1 Verbální komunikace	25
1.7.2 Nonverbální komunikace	27
1.7.3 Efektivní komunikační techniky	28
1.8 Výuka cizích jazyků v českých vzdělávacích institucích	29
1.8.1 Motivace sestry učit se cizí jazyk	30
1.8.2 Význam cizích jazyků pro práci sestry	31
1.9 Tlumočnické služby v ČR	32
1.9.1 Využití tlumočnicků v českých zdravotnických zařízeních	33
2. Cíle práce a hypotézy	35
2.1 Cíle	35
2.2 Hypotézy	35
3. Metodika	36
3.1 Použité metody	36
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	36

4. Výsledky	38
5. Diskuze	68
6. Závěr	73
7. Seznam použité literatury	75
8. Klíčová slova	80
9. Přílohy	81

Úvod

Cizinci se pomalu ale jistě stávají každodenní realitou našeho života. Již nejsou vnímáni jen jako turisté, zahraniční studenti a podobně, ale i jako lidé, jež se na území České republiky zabydlují, pracují a vychovávají zde i své děti. Zvykli jsme si potkávat cizince na úřadech, v obchodech, v zařízeních nabízejících volnočasové aktivity, a v neposlední řadě i v českých nemocnicích.

Ať už máme na zřeteli jakoukoliv skupinu u nás žijících cizinců, víme, že mnozí z nich se ocitají, ať již dobrovolně či ne, v našich nemocničních zařízeních a jsou díky neznalosti českého jazyka vystaveni obavám, stresu a nevědomosti, tím spíše, pokud jim deficit znalosti cizího jazyka ze stran personálu neumožní přirozenou informovanost o jejich zdravotním stavu. Jazyková bariéra je mnohdy z úst zdravotníků bagatelizována. Ovšem pro cizince, který se ocitá ve špatném zdravotním stavu, ve zcela neznámém prostředí a mezi neznámými lidmi, kterým navíc nerozumí, se tato bariéra může stát nepřekonatelným - neřešitelným problémem. A to zcela opomím specifické kulturní požadavky cizinců. Vzdělávací instituce pro české nelékařské profese se po roce 1989 zcela otevřely novým vzdělávacím směrům i trendům. Osnovy těchto škol nabízejí výběr minimálně ze dvou světových jazyků, chybí však praktické spojení komunikačních technik s nemocným a cizím jazykem. Jednoduše řečeno, v praxi použití cizího jazyka silně pokulhává za jeho výukou.

Opomíjené, nedocenené a zcela nevyužívané, v rámci zdravotnických zařízení u nás, je využívání různých jazykových center nebo tlumočnicků. V současnosti jsou tyto služby nemocnému poskytnuty pouze na jeho vlastní žádost.

Na území ČR neexistuje zdravotnické zařízení s tlumočnickým centrem z řad svých zaměstnanců, ačkoli v zahraničí, například v Německu nebo Finsku, jsou mateřská tlumočnická centra zcela běžná. Je nesporné, že využíváním těchto služeb a správných komunikačních technik s nemocným dojde ke snížení jazykových bariér a sestry tak mohou cizincům poskytnout kvalitnější ošetrovatelskou péči.

Téma „Jazykové bariéry v ošetrovatelské péči z pohledu cizinců“ jsem si vybrala proto, abych zjistila jazykovou vybavenost zdravotnického personálu u nás z pohledu cizinců a z toho plynoucí kvalitu ošetrovatelské péče o ně. Cílem mé bakalářské práce je

poukázat na důležitost a přímou souvislost pochopení potřeby komunikace v cizím jazyce ze strany zdravotnického personálu pro kvalitu ošetrovatelské péče o cizince, tak aby se tato mohla stále zlepšovat. Kromě toho je však také nutné zviditelnit spolupráci nemocnic s jazykovými centry či častější využívání tlumočnických služeb.

1. Současný stav

Od roku 1989 po otevření našich hranic okolním státům, se počet cizinců v České republice mnohonásobně navýšil. Eurointegrace, o niž naše země silně usiluje, s sebou bude významné navýšení cizinců na našem území nadále přinášet. Současná etnická struktura populace v ČR je velmi pestrá. Oficiální hlášení cizinecké a pohraniční policie MV ČR udává k 31.5.2008 na 410 094 cizinců, z toho 165 165 s trvalým pobytem a 244 929 cizinců s některým z typů dlouhodobých pobytů nad 90 dnů; počet nelegálně se zdržujících cizinců na našem území není zjištěn, avšak odhaduje se na zhruba stejný počet. V zemi žije kulturně i rasově odlišná komunita Vietnamců, jejichž počet je odhadován na zhruba 56 000 osob. Je zde 126 000 Ukrajinců a 72 000 Slováků, převážně stavebních dělníků, zčásti s nelegalizovaným pobytem. Dále u nás žije kolem 25 000 Rusů a 21 092 Poláků, převážně podnikatelů a jejich zaměstnanců, tito jsou soustředěni zejména v Praze a Karlových Varech. Dlouhodobě v ČR pobývá směsice dalších cizinců – Němci, Američané, Irové, Italové aj. – většinou obchodníci, učitelé, studenti, žurnalisté. V dnešní době je migrace jedním z nejzávažnějších celosvětových problémů a má velmi rozmanité důvody – od těch celospolečenských a politických, přes ekonomické, sociální, humanitární až po studijní, profesionální i volnočasové (cestovní ruch). Na území ČR žijí cizinci se statutem uprchlíků, emigranti, ale i lidé, kteří do České republiky přišli za prací, studiem nebo cizinci, kteří Česko jen navštěvují. **Cizinci – uprchlíci** jsou chráněni mezinárodním právem a většina z nich se nachází v humanitárních střediscích Ministerstva vnitra ČR. V letech 1990 – 1998 prošlo uprchlickými tábory na 14 000 těchto osob. Jejich počet se ještě zvětšil v důsledku války v bývalé Jugoslávii v roce 1999, ale i jiných konfliktů. Část osob bývá zadržena při nelegálním přechodu hranic České republiky, většinou do Německa nebo odtud k navrácení. **Emigranti** se na území ČR potýkají s celou řadou problémů a prožívají: kulturní šok, integrační tlak, překonávání jazykových bariér či neznalost místních pravidel. Velmi vypjaté životní situace a nevhodné pracovní podmínky (ať už doma, či v cizí zemi) se v konečném důsledku odrážejí na zdravotním stavu těchto lidí. Bagatelizace jejich problémů se může promítnout do zvyšování zdravotních rizik, a to

bude v důsledku znamenat zvyšování nákladů na zdravotnické služby, sociální zabezpečení atd. Poslední skupinou cizinců jsou **turisté** – lidé, kteří Českou republiku navštěvují nebo ji využijí jen jako zemi tranzitní (2, 9).

1.1 Cizinci u nás

Česká republika je jednou ze zemí, v níž národnostní menšiny i volný pohyb cizinců na jejím území patří k důležitým otázkám interní i zahraniční politiky. Po dobu existence předmnichovské ČSR byly menšiny vnímány jako jeden z klíčových problémů, jež se týká existence státu. Československá republika vznikla v roce 1918 jako mnohonárodnostní stát s převahou dvou slovanských národů, Čechů a Slováků, ale také se silnými menšinami, například německou, maďarskou, rusínskou a polskou. Situace národnostních menšin byla ovšem i v meziválečném Československu výrazně lepší než situace jiných národnostních menšin v okolních státech, například ukrajinské v Polsku nebo lužickosrbské či polské v Německu. Zjišťování národnostní situace na území Čech, Moravy, Slezska a Slovenska bylo a je trvalou součástí sčítání lidu, domů a bytů v Čechách. Změnu doznal způsob zjišťování osob, ale i význam zjištěných údajů. První samostatné sčítání v roce 1921 je považováno za významný informační výstup po vzniku samostatné ČSR. Národnost byla definována jako kmenová příslušnost, jejímž hlavním znakem byl především mateřský jazyk, nepřipouštěl se zápis více národností, ani uvádění příslušnosti k území. Další samostatná sčítání byla provedena v následujících letech 1930, kdy se národnost zjišťovala nepřímo dle mateřského jazyka, sčítání v letech 1950 a 1961 definovalo národnost jako příslušnost k národu, k jehož kulturnímu a pracovnímu společenství se sčítaná osoba hlásila. Ve sčítání v letech 1970, 1980, 1991 se národností rozuměla příslušnost k národu nebo národnosti, ovšem každý ze sčítaných mohl národnost zapsat dle svého vlastního přesvědčení. Sčítání v roce 2001 umožnilo údaje o národnosti zapsat každému občanu podle jeho rozhodnutí. Výsledky sčítání z roku 2001 ukazují, že se k české národnosti přihlásilo nejvíce osob, dále pak 4% k národnosti moravské a 2% k národnosti slovenské. Ostatní národnostní menšiny zastupovaly v celkovém počtu obyvatel ČR půl

procenta. Směrodatným dokumentem ohledně národnostních menšin a cizinců je v ČR Koncept přístupu vlády k otázkám národnostních menšin v ČR z roku 1994. Národnostní menšiny jsou u nás děleny na 3 skupiny: a) počet příslušníků menšiny převyšuje 10% obyvatelstva ve státě, b) se pohybuje mezi 3% až 10%, c) nepřevyšuje 3% populace ve státě. Všechny národnostní menšiny v České republice můžeme tedy zařadit do třetí skupiny. Jsou jimi Slováci, Poláci, Romové, Němci, Rusové, Ukrajinci, Vietnamci a další. Současná etnická struktura obyvatelstva ČR je pestřejší, než je v přehledu zákonem uznávaných národnostních menšin uváděno. Ke 30.9.2007 evidovala ČR 10 349 372 obyvatel a z toho celkem 376 210 cizinců (8, 9).

1.1.1 Integrace cizinců

Integrace znamená komplexní proces postupného začleňování nově příchozích do stávajících vazeb a kultur společnosti, který má své ekonomické, sociální, kulturní, právní a politické aspekty. Potřebu zpracovat takový vládní dokument, který se bude zabývat problematikou integrace cizinců, vyvolal v devadesátých letech vývoj imigrační situace v ČR. V roce 1999 tedy vznikly Zásady koncepce integrace cizinců na území ČR a v roce 2000 byla schválena Koncepce integrace cizinců na území ČR. Její hlavní myšlenka i způsob jejího provedení je v souladu s trendy EU a byla inspirována dvěma základními dokumenty Rady Evropy pro oblast integrace cizinců: a) Rozmanitost a soudržnost: nové úkoly v oblasti integrace imigrantů a menšin, b) Rámec integrační politiky. Cílová skupina je spatřována zejména v dlouhodobě legálně usazených cizincích, kteří žijí na území ČR po dobu jednoho roku. Patří sem: a) cizinci s uděleným pobytem, b) cizinci s uděleným azylem, c) cizinci s uděleným vízem za účelem sloučení rodiny. Z pohledu Koncepce mají státní orgány ČR odpovědnost za nastavení vhodných podmínek pro zapojení imigrantů v systému zdravotní a sociální péče, zaměstnávání, vzdělávání a zlepšení přístupu k bydlení. Zcela nezbytnou součástí těchto služeb je i zajištění přístupu imigrantů k informacím, umožnění uchování vlastního náboženství, jazyka, kultury i nastavení podmínek pro účast v politickém životě. V ČR se na realizaci imigračního systému podílí mnoho institucí, například: Ministerstvo vnitra – vede

agendu pobytu cizinců a správu uprchlických zařízení, Ministerstvo financí – zajišťuje financování zdravotnictví a sociálního zabezpečení v působnosti státu, Ministerstvo zdravotnictví – provádí kontrolu zdravotního pojištění a zdravotních pojišťoven, uděluje licence k provádění smluvního pojištění na základě zákona 363/1999 Sb., provádí metodickou a normotvornou činnost, zajišťuje informovanost zdravotnických zařízení o úhradách na základě uzavřených mezinárodních smluv, Ministerstvo práce – zastává kompetentní orgán na poli pracovně právních vztahů, bezpečnosti práce, zaměstnanosti a nemocenského pojištění, Ministerstvo průmyslu a obchodu – udává podmínky podnikání cizinců na našem území, Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy – zajišťuje podmínky výměnných pobytů pro studenty a stipendijní pobyty, patří sem ale i krajské úřady, úřady práce, živnostenské úřady, Český statistický ústav, cizinecká a pohraniční policie správ Policie ČR krajů a hlavního města Prahy. V oblasti poskytování zdravotní péče vznikly za finanční podpory MVČR v souladu s koncepcí dva programy. První se zaměřuje na integraci cizinců v oblasti zdravotní péče a druhý se zabývá občany, kteří se s cizinci setkávají v rámci výkonu své profese. Výstupem těchto programů byl informační materiál pro zdravotnické manažery a zdravotníky, kteří pečují o cizince, menšiny a imigranty. Z uvedeného dokumentu také vyplývá, že nejdůležitějším úkolem zdravotní politiky každého státu je dostupnost zdravotnické péče, a to geografická, ekonomická a psychosociální (7, 8).

1.2 Zdravotní péče o cizince v ČR

Zdravotní péče v ČR je cizincům poskytována na základě veřejného zdravotního pojištění, mezivládních dohod, smluv a úmluv, verbálních nót, nařízení vlády apod. Systém zdravotnictví a zdravotního pojištění je založen na principu solidarity. Jde o systém zdravotní péče vycházející z evropských tradic, založený na veřejných službách, financovaný především z veřejných prostředků. Lidé si mohou svobodně zvolit lékaře a zdravotnické zařízení, ve kterém chtějí být léčeni či ošetřeni. Svobodný je i výběr zdravotní pojišťovny. Podmínky pobytu cizinců na území České republiky

upravuje zákon č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky, v platném znění.

Všem cizincům, kteří mají v ČR trvalý pobyt, ale i v případě, že trvalý pobyt nemají a jsou zaměstnanci zaměstnavatele se sídlem na území ČR, vzniká ze zákona veřejné zdravotní pojištění. Cizinci, kteří tyto podmínky nesplňují, uzavírají většinou smluvní zdravotní pojištění. Významné rozdíly jsou v rozsahu zdravotní péče kryté veřejným a smluvním zdravotním pojištěním a též v podmínkách vzniku, zániku a trvání těchto typů pojištění. Postavení skupin cizinců v našem systému zdravotnické péče můžeme rozdělit dle statutu, délky a účelu pobytu na:

Osoby pobývající na našem území za účelem turistiky – tito jsou zpravidla pojištěni, na vyžádání policie musí doklad o pojištění předložit, a to i v případě, kdy pojištění dle zvláštního právního předpisu nebude zajištěno při vstupu na území státu.

Osoby s trvalým pobytem na našem území – pro tyto osoby trvá povinnost podrobit se povinnému očkování určeného druhu a stanoveného termínu (podle zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví), podmínky stanovuje Ministerstvo zahraničí ČR. Do této oblasti spadají např. osoby činné pro zaměstnavatele se sídlem v ČR, azylanti, osoby účastníci se řízení o udělení azylu, osoby, jimž bylo uděleno vízum za účelem strpěného pobytu, cizinci pod dočasnou ochranou ČR a osoby zajištěné za účelem vyhoštění, kterým je poskytnuta zdravotní péče jen v souvislosti s úrazem nebo náhlým onemocněním. Péče je hrazena prostřednictvím Ministerstva vnitra ČR ze státního rozpočtu.

Děti cizinců narozené na území ČR – mají stejný druh pobytu jako jejich rodič, má-li tento ovšem povolení k pobytu za účelem zaměstnání, musí po narození dítěte požádat o vízum a uzavřít dlouhodobé smluvní pojištění na základě posouzení zdravotního stavu dítěte zdravotní pojišťovnou. Dlouhodobé pojištění je nejen nákladné, ale některé druhy péče dokonce vůbec nekryje, a proto se některé státy s ohledem na Úmluvy o právech dítěte zavázaly zajistit zdravotnické služby vedoucí k docílení co možná nejvyšší úrovně zdravotního stavu a možnosti využívání léčebných a rehabilitačních zařízení. Podmínky, za kterých narozené dítě nabývá automaticky státní občanství, splňují jen děti, jejichž alespoň jeden rodič je státním občanem ČR, jeden z rodičů má trvalý pobyt na území ČR a dítě se rovněž na jeho území narodí nebo

je-li matka cizinkou a otec je státním občanem ČR – nabytí státního občanství určením otcovství. *Osoby, které jsou zaměstnanci zastupitelských úřadů* – zákon o veřejném zdravotním pojištění se na ně nevztahuje a podmínky poskytování zdravotní péče bývají upraveny v rámci mezinárodních smluv nebo ve verbálních nótách. *Cizinci s (exklusivním) mezinárodním pojištěním* – cizinec si za pobytu zřídí zahraniční pojištění s mezinárodní platností. Druhy pojištění se liší rozsahem a krytím výloh za zdravotní péči. *Cizinci bez zdravotního pojištění* – pokud je s jejich domovským státem uzavřena bilaterální smlouva o poskytnutí zdravotní péče v neodkladných případech, je možné, aby úhrada byla provedena ze zvláštního fondu Ministerstva zdravotnictví ČR, a obejde se bez přímé úhrady. V případě, že tato dvoustranná smlouva mezi státy neexistuje, musí si cizinec zdravotní péči hradit sám. Tehdy se předmětem úhrady stává smluvní cena za provedený výkon mezi pacientem a zdravotnickým zařízením. *Cizinci, kteří jsou ve výkonu trestu, popř. čekají na vyhoštění* – péče za ně je hrazena Ministerstvem zahraničí ČR a úhrada se provádí bez ohledu na uzavřené mezinárodní dohody. Těmto osobám je poskytnuta zdravotní péče vedoucí k udržení nebo ke zlepšení jejich zdravotního stavu. *Zahraníční studenti, jenž byli přijati ke studiu na náklady našeho státu* – zdravotní péče je poskytována ve stejném rozsahu jako studentům českým, k dlouhodobé péči je ovšem student předán zpět domovskému státu nebo si péči hradí sám. Tato pravidla se nevztahují na studenty Slovenské republiky. Cizinci nesplňující podmínky pro účast na veřejném pojištění mají možnost uzavřít smluvní zdravotní pojištění. Tento typ pojištění lze uzavřít jen u VZP ČR, volba pojišťovny není možná. Pojištění může být krátkodobé (při pobytu do 365 dnů) nebo dlouhodobé (při déletrvajícím pobytu nad 365 dnů). Vznik pojištění je určen na základě uzavření smlouvy ke dni, který smlouva stanoví, a zaniká s uplynutím lhůty dané smlouvou nebo v případě neplacení pojistného. Podmínky, za kterých se smluvní pojištění sjednává, určuje VZP ČR. Například dlouhodobé smluvní pojištění se uzavírá s osobami ne staršími 70 let, cizinec je povinen absolvovat vstupní zdravotní prohlídku ve zdravotnickém zařízení určeném zdravotní pojišťovnou na své náklady. Také výše pojistného závisí na pohlaví, věku a stanovených smluvních podmínkách pojištěnce. Z tohoto smluvního pojištění mohou být uhrazeny náklady za péči

diagnostickou, léčebnou, ambulantní, nemocniční, léky a prostředky zdravotnické techniky, výdaje za dopravu nutnou k dosažení zdravotnického zařízení. Rozsah zdravotní péče dané dlouhodobým smluvním pojištěním však není neomezený. Hrazena není závodní preventivní péče, ústavní péče, lázeňská péče, stomatologická péče (výjimkou je úraz), transplantace, léčba drogové i alkoholové závislosti, léčba nemocných s diabetem, dialýza, léčba AIDS, hemofilie, vrozených vad, neplodnosti atd. Krátkodobé smluvní pojištění pak zajišťuje jen nutnou úhradu neodkladné léčby v ČR a tranzitních zemí do ČR, náklady na akutní stomatologickou péči do 5 000 Kč a náklady za převoz tělesných ostatků do mateřské země v případě úmrtí pojištěnce (8, 27).

1.3 Multikulturní ošetřovatelství

Poprvé byl pojem multikulturní ošetřovatelství uveden Madeleine Leiningerovou v 60. letech 20. století v USA. Multikulturní ošetřovatelství je samostatným vědním oborem, který velmi úzce navazuje na poznatky z oborů etnologie, sociologie, sociální psychologie, religionistiky, etiky i mladšího oboru sociální práce. Vychází z principu poskytnutí kulturně-specifické péče a zabývá se detailním studiem jednotlivých etnik, snaží se o identifikaci kulturně-specifických potřeb, a tím cíleně směřuje k jejich uspokojování. Základním termínem transkulturního ošetřovatelství je kulturně zaměřená péče. Touto péčí jsou míněny předané profesní a lidové tradiční hodnoty, navyklá schémata a přesvědčení, jež mohou pomoci jak jednotlivci, tak skupině udržet, zlepšovat zdraví a zkvalitnit životní styl i životní podmínky. Takto zaměřená péče zohledňuje a zároveň mapuje různé podoby péče v konkrétních kulturních prostředcích. V našem pojetí si transkulturní kompetenci představíme jako určitou způsobilost jedince k určité kvalitě, zejména k nediskriminujícímu chování. V praxi jde o schopnost zdravotníků umět optimálně zacházet s odlišnostmi, protichůdnostmi nebo možnými konflikty mezi specifickými kulturami. Transkulturní chápání kompetencí v ošetřovatelství je možné za předpokladu dokonalého poznání a pochopení nestandardních podmínek mezi sestrami a pacienty s odlišnou kulturou. Toto vyžaduje

akceptování obou stran, spolupráci a ochotu nalézat nové myšlenky, návrhy a možnosti řešení (31). Poskytování multikulturní ošetrovatelské péče vyžaduje od zdravotníků zručnost a vědomosti v posouzení stavu zdraví, a také ve vnímání člověka jako holistické bytosti. Předpokládá identifikaci specifík odlišných kultur. Na základě těchto schopností mohou být diagnostikovány problémy, potřeby a stav skupin či jednotlivce. Zároveň může být hodnoceno poskytování profesionální péče o jedince nebo skupinu s jinou kulturou a sociálními podmínkami (28, 31).

1.3.1 Etické aspekty multikulturní péče

Při ošetření či léčbě pacienta z jiného kulturního prostředí se některé detaily, jimž v naší kultuře nepřikládáme větší význam, mohou stát zdrojem etického konfliktu. Jednotlivé státy a multikulturní společnost v nich, stejně tak jako celý globalizovaný svět, jen těžko nacházejí společné hodnoty. Začátkem sedmdesátých let formulovali američtí autoři Childres a Beauchamp minimální společně přijatelné východisko pro medicínskou praxi čtyřmi principy: benevolence (prospěvej), nonmalevolence (neškod'), autonomie nemocného a spravedlnost. První z těchto dvou principů platí již od dob Hippokrata. Požadavek autonomie nemocného stejně jako i požadavek informovaného souhlasu, je zařazen nově. Všeobecný rámec principů práv pacientů byl schválen v r. 1994 v Amsterdamu na Evropské poradě WHO. Podmínky cizinců v jednotlivých zemích jsou závislé na legislativě, systému zdravotní péče a v neposlední řadě na kulturních a mravních hodnotách. Při poskytování zdravotnické péče musíme ale vždy respektovat kulturu jedince. Oddíl 1 (*Lidská práva a hodnoty zdravotní péče*) Bod 5 – „Každý má právo, aby byly respektovány jeho morální a kulturní hodnoty, náboženské a filozofické přesvědčení.“ (9, str. 83). Oddíl 2 (*Informovanost*) Bod 4 – „Informace se musí pacientovi podávat způsobem vhodným pro jeho možnost pochopit ji, je nutné omezit na minimum technickou terminologii. Když pacient neovládá jazyk, v němž se s ním komunikuje, je třeba zajistit vhodnou interpretaci.“ (9, str. 83). Oddíl 5 (*Péče a léčba*) Bod 8 – „Pacienti mají právo, aby se s nimi zacházelo důstojně ve vztahu k jejich diagnóze, léčbě a ošetření, a to při respektování jejich kultury a žebříčku

hodnot.“ (9, str. 83). Ve styku s pacienty jiné kultury je třeba si uvědomit možné potíže vyplývající z rozdílů jazyků a způsobů verbalizace zdravotních problémů, dále rozdíl ve společenských zvycích a pravidlech chování. Rozdíly můžeme najít nejen v základních znalostech o zdraví a nemoci, ve svérázných léčebných praktikách, ve zvláštních přesvědčeních, ale i v hodnotách, na nichž danému společenství nejvíce záleží (16). Z etického hlediska hodnotíme tyto složky jiné kultury: rodinné systémy, sociální život, politický systém, jazyk a tradice, světový pohled, náboženství a zdravotní zásady. Cizinci mohou vždy hledat pomoc a právní ochranu v listině základních práv a svobod, která zaručuje rovnost a důstojnost všech lidí bez rozdílu, dává právo na svobodnou volbu národnosti, rozvoj vlastní kultury, vzdělání a v neposlední řadě ustanovuje právo na ochranu zdraví. Sestry v ČR se prostřednictvím České asociace sester hlásí k Etickému kodexu ICN (Mezinárodní rady sester), který byl přijat Etickou komisí a Prezidiem ČAS a jehož platnost v ČR se datuje k 29.3.2003. „*Kodex je založen na víře v podstatu osobnosti, ošetřovatelsví, zdraví a společnosti.*“ (14, str. 41). Etické povinnosti sestry se vztahují na všechny role, které sestra plní. Kromě pečování, jež zahrnuje ústřední etickou povinnost, to jsou: obhajoba, odpovědnost, povinnost a spolupráce. Tyto zásady jsou základnou všech ošetřovatelských úkonů, odborných standardů, norem a rozhodnutí a jsou zcela zásadní pro ošetřovatelskou praxi (13).

1.3.2 Edukace sestrou u pacientů jiných kultur

Pacienti cizích kultur mají dle právní normy nárok na svobodné rozhodování o péči, mohou často velmi odlišně chápat příčinu a význam nemoci, a tudíž mohou zaujímat i odlišný postoj k léčbě i edukaci. Někdy je nutno v rámci ošetření či edukace pacienta jednat s reprezentantem rodiny. Cizinci je nejdůležitější vysvětlit, jaká vyšetření nebo léčba ho v české nemocnici čekají a co všechno se s ním může v době hospitalizace dít. Sestra by se měla zaměřit u pacienta na primární a sekundární prevenci, na provádění sebepéče a na obnovení a zachování soběstačnosti (17). Sestra by měla být schopna vcítit se a přizpůsobit se podmínkám edukanta (fyzickým, emocionálním, finančním, intelektuálním, kulturním, etnickým i sociálním). Právě toto

by se mohlo stát pro sestry neřešitelným problémem, a to především z důvodu jazykové bariéry. Jak ale například získat informovaný souhlas pacienta s plánovaným výkonem či ho jednoduše jen edukovat v jazyce, kterému pacient rozumí? Ministerstvo zdravotnictví vytvořilo pro tyto situace webové stránky www.mzcr.cz, kde jsou umístěny návody v nejčastěji používaných sedmi světových jazycích. Podle nich mohou čeští zdravotníci postupovat právě při edukaci cizích pacientů, například edukaci vztahující se k nejrůznějším operačním zákrokům nebo k již výše uvedenému získání informovaného souhlasu. V části věnované právě edukaci pacientů je uvedeno, co pacienta čeká v souvislosti s narkózou, jak žít s kardiostimulátorem nebo zmiňuje přípravu k angiografickému vyšetření. Jedno z témat se vztahuje i na práva pacienta (9). Edukátor – sestra by měla posoudit etnicko – kulturní odlišnosti pacienta a v případě potřeby do edukace zapojit i ostatní členy rodiny cizince a pamatovat na prevenci komplikací a konfliktů. Měla by ale také reagovat i na ostatní potřeby pacienta, pomoci mu překonat jeho úzkost, nejistotu, strach a v neposlední řadě pomoci pochopit roli pacienta samého v péči o zdraví (22). Multikulturní přístup edukátora se neobejde bez velké dávky empatie, ochoty a respektu ke kulturní odlišnosti pacienta. Edukující sestra ví, že efektivita edukace je přímo úměrná míře participace pacienta (27).

1.3.3 Cíl multikulturního ošetřovatelství

Cílem ošetřovatelství je poskytovat všem osobám rozdílných kultur všestrannou a kulturně specifickou péči při podpoře zdraví, zvládnání nepříznivých situací, léčbě onemocnění, stejně tak jako při poslední službě pacientovi – doprovázení ke klidné smrti prostřednictvím kulturně přijatelných a vhodných způsobů. Pacient je viděn v multikulturním přístupu jako bytost holistická, která je neustále ovlivňována sociálním prostředím. Osoby z různých kultur mohou vnímat zdraví, nemoc, závislost a nezávislost odlišným způsobem, jejich společenská kultura, filozofický názor a jejich hodnoty se transkulturně odlišují. Je naprostou nutností snažit se poznat tradiční způsoby péče příslušné kultury nebo subkultury a jeho kladné stránky umět využít ve prospěch profesionální péče (27). Jako cíl multikulturního ošetřovatelství musíme tedy

spatřovat podporu a uchování zdraví, pomoc při adaptaci, vedení ke změnám či pomoc při umírání, přičemž zde sestra může sehrát roli zprostředkovatele mezi tradičním a profesionálním systémem ošetrovatelské péče. Můžeme zde vycházet z teorie kulturně různorodé a shodné péče tzv. *modelu vycházejícího slunce*. Tato teorie je orientována na kvalitu a může posloužit v celosvětovém měřítku. Tento holistický model poukazuje na možné vlivy vysvětlující vztahy mezi kulturou, sociálním prostředím, náboženstvím, které pomocí jazyka a prostředí mohou ovlivňovat péči i zdraví jedince, rodiny a komunity. Sběr informací touto metodou umožňuje systematické studium ošetrovatelských fenoménů, nazývaných jako etnoošetrovatelství (22).

1.4 Potřeby cizince během léčby

Potřeba jakéhokoliv člověka je projevem jakéhosi nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí. Vybízí člověka k vyhledání určitých podmínek, které jsou pro život nezbytné a naopak k eliminaci podmínek, které jsou pro život nepříznivé. Stává se něčím, co lidská bytost nezbytně potřebuje pro svůj život a další vývoj. Člověka bychom měli vidět jako celek – bytost bio-psycho-sociální, holistickou. Lidský organismus je integrovaná a organizovaná jednota, u níž narušení části celku vede buď k poruše jiné části, nebo dokonce celého systému. Potřeby lidí nejsou neměnné, na rozdíl od pudů a instinktů, jež jsou dány jako biologické vnitřní síly neovlivnitelné zvenčí. Každý člověk uspokojuje a vyjadřuje své potřeby svým způsobem, určitý druh motivovaného chování se projevuje u každého z nás jinak. Všichni lidé mají sice společné potřeby, ale způsob, jakým jsou tyto uspokojovány, je u každého jedince odlišný. Potřeby můžeme uspokojovat způsobem žádoucím, tedy tak, abychom nijak neškodili jak sobě, tak jiným ve shodě se sociálně-kulturními hodnotami a v mezích zákona nebo způsobem nežádoucím – zcela opačným, kdy tyto hodnoty nerespektujeme. Podíváme-li se na lidské potřeby očima amerického psychologa Abrahama H. Maslowa (1908 – 1970), uvidíme potřeby uspořádané v hierarchickém systému dle jejich naléhavosti. Toto uspořádání vede k tomu, že neuspokojené potřeby „nižší“ mají tendenci převládnout v konfliktu nad neuspokojenými potřebami

„vyššími“. Tedy teprve je-li nižší potřeba uspokojena, může vyšší potřeba dominovat a determinovat chování jedince. Na první místo své motivační teorie zařadil Maslow *potřeby fyziologické*, vyjadřující potřeby organismu. Sem patří potřeba pohybu, čistoty, výživy, vyprazdňování, spánku aj. Místo druhé zastává *potřeba jistoty a bezpečí*, která vyjadřuje touhu po důvěře, spolehlivosti, stabilitě, ekonomickém zajištění atd. Je-li tato potřeba u člověka potlačena či zanedbána, může docházet k negativním projevům její neuspokojenosti. Například k úzkosti, strachu, nejistotě, ale může vést až k agresi. Životní rovnováha nemocného člověka může být vážně narušena. Touto potřebou rozumíme také to, co pomáhá a umožňuje nemocnému přežít nebo přečkat zátěžové situace. Pokud tedy není tato potřeba dostatečně uspokojena, nemocný psychicky a fyzicky strádá a může pociťovat toto neuspokojení jako ohrožení své existence zvenčí. Třetí úroveň Maslowovy pyramidy zastává *potřeba lásky a sounáležitosti*, někdy také nazývána potřebou afiliační – potřeba být milován a milovat, která nejvíce vystupuje v situacích osamocení a opuštění. Čtvrtou potřebou je *potřeba uznání, ocenění a sebeúcty*. Zde se jedná o spojení dvou potřeb. Sebeúcta vyjadřuje přání výkonu, kompetence a nezávislosti na mínění druhých. Ocenění dává průchod touze po respektu druhých lidí, prestiže nebo statutu v sociální skupině. Nejvyšší potřebou označil Maslow v hierarchickém systému *potřebu seberealizace a sebeaktualizace*, kdy vystupuje tendence realizovat své záměry a schopnosti. Dle Maslowa „*Pro lidskou bytost je v celém jejím životě charakteristické, že prakticky stále něco vyžaduje.*“ (30, str. 14). Existence lidské společnosti a život člověka v ní jsou zdrojem kulturně specifických motivací. Člověk jako bytost společenská podléhá vlivům kulturního a sociálního prostředí, jehož je příslušníkem. Svět je tvořen multikulturním společenstvím lidí a tyto jednotlivé kultury zásadně ovlivňují způsob, jakým člověk své potřeby uspokojuje. Lidé jsou si ale ve svých potřebách podobnější, než by na první pohled mohlo být zřejmé. U příslušníků všech kultur vystupují například tytéž biologické potřeby (spánek, hlad, sex), které ovšem směřují k odlišným způsobům uspokojování. Některé kultury určité potřeby potlačují a jiné je naopak zdůrazňují, a tím přispívají k rozvoji nových, kulturně specifických potřeb. Kulturní rozdíly v chování člověka s odlišnou kulturou se velmi výrazně uplatňují v uspokojování potřeb

specificky lidských: náboženství, řeč, partnerský vztah, rodinný život, příprava jídla atd. Cílem zdravotníků by mělo tedy být tyto specifické potřeby včas identifikovat a uspokojit (31).

1.4.1 Psychická odezva neuspokojených potřeb cizince

Důvodem takovéto psychické odezvy bývá u pacientů s cizí státní příslušností nejčastěji bolest, neznámé prostředí, izolace od rodiny a přátel, samota a neinformovanost. Můžeme sem zahrnout:

Strach – což je obava před konkrétním nebezpečím a má reálné obsahy, které jsou dané pojetím ohrožující situace. Strach můžeme mít například z úmrtí blízké osoby, bolesti, vyšetření, operace aj. Tolerance vůči podnětům, které strach vyvolávají, jsou závislé na tom, zda jsme schopni tyto podněty kontrolovat či ne. Vystupňovaný strach je pacientem prožíván jako hrůza a má stresující účinky. V tomto stavu se člověk cítí být bezmocný, bezradný a neví, jak má jednat (12).

Úzkost – je obava před něčím neurčitým, před neznámou hrozbou. Je důsledkem naší doby, kdy je člověk zvětčován, mnohdy manipulován, obklopený cizostí a lhostejností. Mezi úzkostí a strachem nejsou ostré přechody, nýbrž plynulý přechod. Úzkost vzniká po prožití psychických traumat nebo vlivem konfliktních situací. Za určitých okolností může mít adaptační význam, za jiných však vede k destruktivnímu chování. Je nerovnovážným stavem, který v člověku probouzí snahu udělat něco pro opětné nastolení rovnováhy a sebejistoty (13).

Hněv – bývá obvyklou reakcí na frustraci a může být spojený s agresí vůči zdroji této frustrace. Jeho výrazovým znakem jsou „zničující pohyby“ (30, str. 145), jako rozbíjení předmětů nebo útoky na jiné osoby. Agrese nemusí být jen fyzická, ale i verbální (intričky, pomluvy, kritika). Povaha hněvu bývá často výbušná a těžko zvladatelná. Člověk není zcela schopen kontrolovat jeho expresi. S hostilitou, nenávisí a s přáním protivníka devalvovat je spojen hněv vyvolaný sociálními podněty.

Smutek – je nejčastěji reakce na ztrátu nějaké hodnoty. Může být doprovázen hněvem, strachem i studem, pocity viny aj. Jeho výrazovým prostředkem je pláč. Lehčí formu nazýváme zarmoucení, těžší pak žal (32).

1.5 Stres

Slovo stres je anglosaského původu a je užíváno jednak k vyjádření stavů tísně, napětí a důsledku působících obtíží různého původu, jednak ho můžeme použít v situacích, kdy chceme něco zdůraznit či podtrhnout. Stresem můžeme nazývat i relativně neškodnou obtíž nebo dokonce prospěšnou či stimulující zátěž. V odborném jazyce lze stres definovat jako komplexní proces, který vzniká jako odpověď na nadměrné požadavky - stresory, jež jsou často kladené na naše tělesné a duševní rezervy. Stresory mohou být fyzikální, chemické, biologické, ale též psychosociální, a to nejen izolované, také propojené, tzn. působení více stresorů najednou. Nesoulad mezi těmito požadavky je prožíván jako ohrožení rovnováhy organismu a lidské tělo na tuto situaci okamžitě reflektuje. Ovšem ne všechny požadavky, které na nás působí, jsou podněty navozující stres. Existují i požadavky, na něž jsme schopni reagovat aktivním přizpůsobením. Ty mají spíše charakter zátěže a působí na lidský organismus stimulačně. V jejich důsledku se člověk neustále rozvíjí a jeho vývoj osobní i druhový není ohrožen stagnací. Je tedy proto naprosto nutné rozlišovat mezi zátěží (eustresem) a distresem, kdy jako hlavní kritérium pro jejich rozlišení vidíme jejich vnímání člověkem z hlediska zvladatelnosti. Stres potom představují ty požadavky, na které nestačíme, a to buď z hlediska vysoké náročnosti, nedostatku času na jejich řešení, nebo z jiných důvodů. Stres se stává vážným problémem tehdy, působí-li *stresor* dlouhodobě a člověk si s ním neumí poradit. Dlouhodobost účinku stresu a jeho nezvladatelnost jsou hlavními činiteli, podílejícími se na utváření rizikovosti stresu. Dlouhodobě nezvládaný, chronicky působící stresor je takovým rizikem vždy. Potencionální zdravotní důsledky chronicky působícího nezvládaného stresu mohou být nejrůznější povahy od vysokého krevního tlaku, nemoci oběhového systému až po snížení obranyschopnosti organismu vůči infekci i vůči zhoubnému bujení. Jak lidé prožívají

a pociťují stres? Dle H. B. Selye je odpovědí na stresor komplexní reakce - generální adaptační syndrom. Do této odpovědi patří i naše citová a prožitková reakce. Tu mohou lidé pociťovat jako úzkostné očekávání, napětí, strach, neklid, podrážděnost až hněv nebo nechuť zabývat se něčím jiným (10). Na úrovni tělesných pocitů pozorujeme zrychlení srdeční frekvence, dechu, pocení, sucho v ústech nebo zvýšené napětí ve svalech. V průběhu výzkumu stresu bylo zjištěno, že distres, spojovaný s negativními emocemi a nízkou svobodou volby expozice, častěji vede k úplné ztrátě kontroly nad vývojem situace a neschopnosti ji zvládnout. Cizinec nutně prožívá stres v nové kultuře z osamělosti a izolace od své rodiny a přátel, svoji odlišnost od ostatních vnímá velmi silně, cítí se být ztracen, přehlížen, zneužíván – ztrácí svoji identitu. I dobře řešitelné a přehledné situace v něm vyvolávají pocit nejistoty a nedostatek sebedůvěry a odvahy (13).

1.6 Kulturní šok

Kulturním šokem můžeme nazvat reakci lidí na neobvyklou situaci, ve které zcela ztrácí efekt jejich předešlé způsoby chování. Jeho zdrojem je přímá konfrontace se světem zcela odlišných jazykových, ideových a normativních významů. Většinou se objevuje, jsou-li lidé přemístěni ať již násilím nebo dobrovolně do jiné kultury či společnosti, a to platí i pro subkulturu zdravotní péče. Na cizince může v době hospitalizace působit mnoho stresových faktorů. V literatuře je kulturní šok popisován ve 4 fázích:

1. *fáze* je nazývána fází líbánek. Člověk vstupující do nového, neznámého prostředí je jím stimulován. Velmi záleží na původu a samotné osobnosti tohoto jedince. Každý se snaží vyrovnat nebo se seznámit s novým prostředím a jeho zákonitostmi svým vlastním způsobem. Každý jedinec je individuální. Někteří mlčí a své vzrušení či úzkost nebo strach z neznáma skrývají, jiní dávají tyto pocity svému okolí zcela jednoznačně najevo.

2. *fáze* nazýváme realizací života v novém prostředí, ale i fází krize. Ta nastává, pakliže se člověk začíná v novém prostředí cítit příjemně. Ale i v této fázi se může stále

dopouštět omylů, které mohou vést ke značné frustraci, roztrpčení, méněcennosti, a to se v důsledku může odrazit v celkovém sebehodnocení a sebeúctě člověka. Člověk může mít pocit, že má kolem sebe „davy“ a přesto ho nikdo nedokáže podpořit nebo povzbudit, cítí se osamělý. Svoji samotu mnohdy demonstruje uzavřeností, hněvem ale i agresí.

3. *fáze* je označována jako fáze hledání přiměřených modelů. Člověk si buduje nové vazby, přátelské vztahy, které pro něj mají zcela zásadní význam, a zaměřuje na ně svou veškerou pozornost. V této fázi začíná docházet k postupnému oslabování vazeb na předchozí kulturu.

4. *fáze* stability, situace kdy jedinec získal pevné opěrné body svého nového života. Cítí se jistě, pohodlně. Je schopen akceptovat specifika nově přijaté kultury a dokáže se bez problémů zařadit do společnosti.

V roce 1960 představil Oberg šest negativních charakteristik kulturního šoku. Cizinci dle jeho názoru mohou trpět napětím a stresem v souvislosti s psychologickou adaptací, mohou vnímat pocity ztráty až deprivace, které vyplývají ze ztráty společenského postavení, role, osobního majetku nebo z odloučení od rodiny a přátel. Mohou pociťovat odmítání lidmi nebo novou kulturou, v jejich životě nastává zmatek v definování rolí, očekávaných pocitech a identitě (31). Při přímém střetu s kulturními odlišnostmi mohou cizinci projevovat úzkost, zklamání, nechut' či rozhořčení. I jednoduché situace v nich mohou vyvolávat bezmocnost a bezradnost, což se nadále vyvíjí ve frustraci až depresi. Znalosti průběhu kulturního šoku, a také toho, co tito lidé prožívají po přistěhování, mohou zdravotnickému personálu velmi pomoci při poskytnutí vhodné kulturně senzitivní péče (27). Přestože jsou kulturní jevy často skryté, mají mnohdy při ošetřování pacientů a zkvalitňování jejich života zásadní význam a právě proto je nutné se jim věnovat. Transkulturní, či chcete-li multikulturní přístup se tak stává novým modelem pro kompetentní ošetrovatelskou péči (18).

1.7 Komunikace

Komunikace je jednoduše chápána jako proces předávání informací mezi dvěma či více komunikujícími subjekty. Prakticky představuje základ všech vztahů mezi lidmi. Tento proces sdělování, přenosu a výměny významů hodnot neobsahuje jen oblast informací, ale i další projevy a výsledky lidské činnosti, jako například zboží, umělecká díla, formy chování a podobně. Mezi prvky komunikačního procesu zahrnujeme pak tyto články:

- *Komunikátor* – někdo, kdo má myšlenky, informace a důvod ke komunikaci.
- *Kódování* – převod komunikátorových myšlenek do souboru symbolů.
- *Práva* – jsou výsledkem kódovacího procesu.
- *Prostředek* – nositel zprávy.
- *Dekodující příjemce* – ten, jenž dekóduje zprávu na základě svých vlastních zkušeností.
- *Zpětná vazba* – představuje reakci příjemce na sdělení.
- *Šum* – zde jsou zahrnuty faktory měnící pochopení a záměr zprávy.

K nedokonalosti, poruše či poškození může docházet na jakékoliv výše uvedené úrovni komunikačního řetězce. Můžeme sem zařadit nesprávnou interpretaci, komunikační bariéry (subjektivní, objektivní), nepochopení. Dle H. D. Lasswella „*Komunikace se vytváří jako vztah mezi minimálně dvěma subjekty, kteří o sobě vědí a společně subjektivně sdílejí, prožívají a reagují na určitou objektivní situaci. Objektem komunikace je potom to, jak na tuto situaci reflektují, jak ji řeší a na ni společně reagují.*“ (25, str. 36).

1.7.1 Verbální komunikace

Počátky slovního dorozumívání můžeme dle nejnovějších výzkumů datovat do doby před více než 60 000 lety. Písemné dochované památky, z nichž nejstarší jsou nanejvýš 5 tisíc let staré, skýtají zásadní důkazy slovního dorozumívání. Jazyků, kterými se lidé dorozumívají, na Zemi ubylo. V současnosti se jejich počet odhaduje

na 6 tisíc. Více než polovina lidstva na zeměkouli hovoří pouhými deseti nejrozšířenějšími jazyky, a to čínštinou, angličtinou, španělštinou, bengálštinou, hindštinou, portugalštinou a ruštinou (jsou zhruba shodně rozšířené), japonštinou a němčinou. Verbální (slovní) komunikací rozumíme dorozumívání se jedné či dvou a více osob pomocí jazyka anebo jinými znaky jazykového systému. Slovní komunikace je výběrem, kombinací a produkcí jazykových znaků, jako například rozmýšlení řeči, artikulace, řečová strategie a volba stylu. Je procesem vzájemného sdělování, percepce (vnímáním) a recepce (příjmem). V komunikaci nejde vždy jen o jednotný jazyk, ale i o potřebu společného dohodnutého rozumění významům slov. Komunikující si při mluvení většinou vůbec neuvědomují jazyk jako systém pravidel ani jako výbavu. V první řadě je pro ně jazyk prostředkem dorozumění. Někdy je nutné si část společného jazyka pracně vymezit a dohodnout se na něm. Nedílnou součástí společného jazyka je společně sdílený kontext, slovní, kulturní a dnes častý masmediální kontext, s nímž jsou obeznámeni jak mluvčí, tak adresáti. Každá slovní komunikace má svou formální stránku. Pro rozbor ústní komunikace jsou podstatné tzv. paralingvistické jevy, jež doprovázejí zvukovou produkci hlásek. Sem řadíme tempo mluvy, tón hlasu, intonaci, pomlky, hlasitost, artikulaci atd. Z celkového komunikačního projevu jedince můžeme také usuzovat na jeho specifické osobnostní rysy (31). V komunikaci samé rozlišuje Plaňava čtyři odlišné styly: *konvenční*, *konverzační*, *operativní* a *osobní* či *intimní* styl (24). Styl, jakým jedinec mluví, jej často sociálně nebo profesně zařazuje a mohou se v něm odrážet důležité charakterové rysy jako egoismus, naivita, narcismus či negativismus. Každé slovo, používané v mluvené, psané či slyšené řeči může mít dva významy. Prvním je *denotativní* – slovníkový význam, ten je pro všechny lidi stejný. Druhý, *konotativní* význam, je založený více emocionálně a může navozovat různé asociace. Často bývá zdrojem nedorozumění a potencionálním zdrojem konfliktů, a proto je nutné se konotativních významů vyvarovat nebo je jednoznačně vysvětlit a specifikovat (26).

1.7.2 Nonverbální komunikace

Je komunikací beze slov – viděná, mimoslovní. Fylogeneticky je starší a existovala dávno předtím, než se vyvinula řeč. Informuje nás spíše o subjektivních stavech, prožitcích a postojích. Jejimi nástroji jsou různé způsoby a projevy chování. Neverbální komunikace se dá jen velmi těžko ovládat vůlí. Někteří lidé jsou přesvědčeni, že své neverbální projevy dokáží ovládat, a tak je korigovat. To je do jisté míry pravda. Umožňuje to schopnost sebeovládání, ovládání mimických projevů, avšak existují postupy, jimiž lze zjistit autenticitu vyjadřovaného či prožívaného (10). Nonverbálně můžeme sdělovat emoce, pocity, nálady, afekt, také ale zájem o sblížení, snahu o vytvoření dojmu nebo snahu záměrně ovlivnit postoj partnera. V teorii nonverbální komunikace rozlišujeme následující hlavní složky:

- *Prostor* – člověk si do něj pustí jen toho, koho chce.
- *Proxemika* – vzdálenost od partnera, přibližování a vzdalování vymezuje čtyři druhy subjektivně vymezených prostorů: zónu intimní (do 50 cm), osobní (50 – 150 cm), sociální (150 – 350 cm) a veřejnou (více než 350 cm).
- *Mimika* – pohyby tváře, především úst, očí, nosu – je významným prostředkem nonverbální komunikace. Mimikou lze vyjádřit emoce pravé, ale i hrané.
- *Vizika* – je řečí očí.
- *Gestika* – řeč našich pohybů, zahrnuje záměrné pohyby rukou, hlavy, někdy i nohou. Gesta mají výraznou specifiku pro určité kultury.
- *Haptika* – dorozumívání doteky a podáváním rukou.
- *Chronemika* – způsob jímž vyjadřujeme, užíváme a strukturujeme čas.
- *Kinetika* – vyjadřuje celkový pohyb těla a hodnotí chůzi.
- *Posturologie* – řeč našich fyzických postojů. Neverbálně tak komunikujeme pomocí držení těla, napětím či uvolněním nebo nakloněním hlavy, postavením všech částí těla jako celku a jeho nasměrováním k mluvčímu/sdělujícímu. Velmi významný je z hlediska neverbální komunikace také celkový vzhled komunikujících osob a celkové uspořádání komunikační situace a prostoru (25).

1.7.3 Efektivní komunikační techniky

Efektivní komunikační techniky zahrnují vždy otevřenou komunikaci, kde nedojde ke zkreslení informací, a komunikující partneři si rozumí. Odpovídají stylu výhra/výhra. Efektivní komunikace má jasně stanovené cíle a v konečném výsledku umožní pochopení problémů klienta nebo jejich vyřešení společnou aktivitou. Použití těchto technik umožňuje společné rozhodování a směřování dalších diagnostických a terapeutických intervencí. Komunikační efektivita tkví v naplnění sedmi bodů – takzvaných „Sedmi C“ (25, str. 38). Mezi ně patří:

- *Důvěryhodnost* – příjemce se spoléhá na udělovatele.
- *Kontext* – musí vždy odpovídat sdělení, nikoli s ním být v rozporu.
- *Obsah* – determinuje příjemce sdělení, měl by mít pro příjemce význam.
- *Jasnost* – sdělení má být vyjádřeno v co nejjednodušších pojmech.
- *Kontinuita a konzistence* – nahlíží na komunikaci jako nekončící proces.
- *Kanály* – příjemce sdělení jimi spojuje různé hodnoty.
- *Schopnost veřejnosti* – komunikace by měla počítat se schopnostmi příjemců (25).

Mezi efektivní komunikační techniky řadíme *techniku aktivního naslouchání*. Tato technika je definována jako stav, kdy aktivně nasloucháme druhé osobě a snažíme se porozumět tomu, co nám sděluje. První fáze této taktiky je identifikace emocí, druhá fáze zahrnuje vyslechnutí všech faktů, snahu porozumět, identifikovat reálný problém a rozebrat příčiny a důsledky potíží. Ve třetí fázi se pak snažíme o nalezení řešení problému. Naslouchající je zaměřen na partnera, ne na to, co si myslí, nehodnotí, nekritizuje, snaží se o autenticitu a bezprostřednost. Zájem je vyjadřován jak verbálně, tak neverbálně. Mezi druhy technik aktivního naslouchání řadíme například: povzbuzení, objasnění, zrcadlení, parafrázování, shrnutí a ocenění (26).

1.8 Výuka cizích jazyků v českých vzdělávacích institucích

Jazyková politika našeho státu vychází z jazykové politiky Rady Evropy a Evropské unie. Jejím cílem je neustálé zlepšování úrovně jazykového vzdělávání tak, aby každý občan Evropy dokázal kromě své mateřštiny komunikovat ještě alespoň dvěma dalšími jazyky. K podpoře těchto cílů byl Evropskou komisí vypracován akční plán, jenž byl také podkladem pro vznik Národního plánu výuky jazyků pro období 2005 – 2008. Cílem tohoto plánu bylo nejen zlepšení jazykové vybavenosti občanů ČR, ale také jejich schopnost komunikace či porozumění v cizím jazyce. Obsah dalšího vzdělávání je naplňován rámcovými vzdělávacími programy (RVP) pro jednotlivé obory (21). Podstatou Národního plánu pro výuku cizích jazyků je jazyková výuka od předškolního věku až po celoživotní vzdělávání. V jeho rámci můžeme výuku cizích jazyků na českých školách rozdělit na: *předškolním vzdělávání*, kdy si děti začínají uvědomovat kulturní hodnoty svého národa a učí se vnímat i ostatní kultury, jsou otevřené vůči ostatním a mají o ně zájem. Výuka je zahájena většinou v předškolním roce dítěte, formou jazykové propedeutiky a je zařazována denně v krátkých intervalech. Vyučování není vnímáno jako klasická výuka jazyka, ale spíše jako příprava na jeho osvojování. *Základní vzdělávání*, umožňuje zařadit nepovinnou, ranou jazykovou výuku i v 1. a 2. ročníku ZŠ. Efektivní jazykové vzdělávání může tedy probíhat v návaznosti na MŠ. Povinně je cizí jazyk zařazen od 3. do 9. ročníku ZŠ. Pro výuku prvního cizího jazyka je preferován jazyk anglický nebo německý, určený učebními plány vzdělávacích programů. Nabízeny jsou ovšem také jiné jazyky, které podporují mnohojazyčnost. Například ruština, slovenština nebo polština. Na 1. stupni je hodinová dotace stanovena na 3 hodiny týdně, na 2. stupni pak na 6 hodin v týdnu. Programy Comenius, Label či e-Twinning, zprostředkovávající výměnné pobyty žáků, působí pozitivně na další vztah žáka k osvojovanému jazyku. K modernizaci výuky cizích jazyků jistě přispělo i zavedení jazykového portfolia do škol, které žáka vede k sebehodnocení a ukazuje mu cíl výuky. *Ve středním a vyšším odborném vzdělávání* záleží v praxi více na dané škole a na jejím školním vzdělávacím programu, zda budou zařazeny dva povinné jazyky nebo jeden povinný a další volitelný. Tyto jazyky mají

dvě úrovně, a to buď v návaznosti, nebo bez návaznosti na předchozí znalosti ze ZŠ. Samozřejmostí jsou výměnné pobyty a zajištění dostatečné úrovně výuky cizího jazyka. *Na terciální vzdělávání* je mnohdy vedením vysokých škol pohlíženo jako na osobní záležitost každého studenta. Díky tomuto pohledu, ale i z důvodů ekonomických je často výuka cizích jazyků omezována. Některé předměty lze, dle §13 odst. 3 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, vyučovat částečně v cizím jazyce. Studentům jsou pak prostřednictvím dotačního programu poskytovány finanční prostředky na studijní jazykové pobyty v zahraničí (19). Bolavým místem v otázce cizích jazyků je velký nedostatek aprobovaných učitelů (20). Ti často odcházejí ze státem dotovaných vzdělávacích institucí do soukromých škol, kde jsou lépe placeni. Vysoké procento „jazykářů“ (20) tvoří důchodci nebo lidé bez aprobace. Je velmi těžké vyčlenit finanční prostředky, které by pokryly zvýšený počet aprobovaných učitelů, a to se může přímo odrážet na kvalitě výuky cizích jazyků v ČR (33).

1.8.1 Motivace sester učit se cizí jazyk

Motivace sester k výuce cizích jazyků může mít mnoho podob. Odbourávání hranic, celosvětová globalizace, zvýšení informačního zatížení, migrace, otevírání pracovních trhů, nové studijní příležitosti či další celospolečenské nebo osobnostní okolnosti nutí, ať už přímo či nepřímo, zdravotní sestry podílet se pasivní nebo aktivní formou na vzdělání a studiu cizích jazyků. Také požadavky států EU, aby si každý člověk osvojil kromě své mateřštiny ještě alespoň dva cizí jazyky, se i u nás stávají samozřejmostí. Sestry mohou studiem cizích jazyků získávat nové poznatky a poté je využívat v praxi. Toto je důležité pro další vývoj a seberealizaci sester. Ovládat cizí jazyk znamená snadnější překonávání lidských bariér, bariér mezi státy a národy. Je zdrojem radosti z komunikace, pracovní náplní a může se stát i inspirací pro ostatní, dále se vzdělávat a zdokonalovat svůj jazykový projev (31). Důvody motivace zdravotní sestry učit se cizí jazyk:

- Ulehčuje a zjednodušuje komunikaci sestry se zahraničními pacienty.

- Zlepšuje práci ve zdravotnickém kolektivu.
- Umožňuje snadnější orientaci v problematice.
- Otevírá nové pracovní schopnosti.
- Zvyšuje respekt u ostatních pracovníků.
- Zvyšuje finanční ohodnocení a možnosti nabídky práce.
- Rozšiřuje zdravotnický obzor.
- Umožňuje poznávání nových lidí, míst, států a kultur.
- Zvyšuje možnosti rozvoje kariéry (4).

1.8.2 Význam cizích jazyků pro práci sestry

Na význam osvojení si cizího jazyka a možnosti použití odborné terminologie v cizím jazyce zdravotníky poukázala již v minulosti autorka Horňáková (6, str. 109). Využití a význam výuky cizích jazyků je také jednou ze sdílených priorit vzdělávání v zemích Evropské unie. Zdravotníkům může cizí jazyk napomáhat v rozšíření jejich horizontu osobních a společenských hodnot, kultury a tradic. Je zde možno uvést Maslowovu úvahu, že se člověku výukou cizích jazyků otevírají neohraničené možnosti vlastního růstu a rozvoje, ale také uvědomování si zodpovědnosti za své cíle v oblasti osvojení si cizího jazyka a tudíž posunu „k vrcholu pyramidy“ (6, str. 113).

Komunikace v cizím jazyce by měla být cestou k plnému lidství a podporou k pozitivnímu růstu člověka. Sestra komunikací v cizím jazyce mírní nebo odstraňuje možné bariéry v péči o zahraniční pacienty, zpřehledňuje možné problematické situace související s hospitalizací či léčbou cizinců. Také může efektivně předcházet nedorozuměním nebo konfliktním situacím, vycházejících z neznalosti zvyklostí odlišných kultur. Jak ukazují četné výzkumy, jsou pro jednotlivá etnika způsoby verbální komunikace zcela specifické a je tedy zcela nutné tuto skutečnost respektovat (23). Sestra má také roli komunikátorky - edukátorky, ta jí umožňuje s pacientem navázat úzký kontakt a získat od něj důležité informace pro realizaci ošetrovatelského procesu nebo naopak pacienta dostatečně informovat o událostech již probíhajících či nadcházejících. V neposlední řadě má znalost cizího jazyka u sester velký vliv na nové

pracovní možnosti, často v zahraničí, kde jsou lépe platově ohodnoceny, mohou si rozšířit zdravotnický obzor a rozvíjet svoji kariéru (4).

1.9 Tlumočnické služby v ČR

Rozsah překladatelských služeb se liší v závislosti na překladatelské firmě či agentuře. Mezi základní překladatelské služby patří samotný překlad textů do cizích jazyků i z nich. Někteří překladatelé a překladatelské agentury zajišťují pouze oboustranný překlad z češtiny a do ní. Mezi zákazníky je ovšem žádána také služba přímého překladu mezi jazyky, např. mezi angličtinou a němčinou. Nejčastějšími zakázkami jsou odborné a technické překlady. Jazykové agentury sestaví jakýsi terminologický glosář díky používanému softwaru pro překladatele. Tento na míru vytvořený slovník se hodí hlavně osobám, jež často překládají texty z jednoho oboru. Zvláštní skupinou odborných překladů jsou ověřené soudní překlady, které jsou vyžadovány při jednání se státními orgány. Soudní tlumočení poskytují pouze specializovaní soudní překladatelé nebo tlumočníci, kteří jsou jmenováni krajským soudem. Zvláštním příkladem tlumočení je také tlumočení do znakové řeči, to má však několik druhů, jež se od sebe vzájemně liší. Velmi častou službou bývají i expresní překlady, které je renomovaná agentura schopna vyhotovit do 24 hodin. Mezi speciální služby patří například korektura textů rodilým mluvčím (29). Povolání tlumočnicka a překladatele bývá někdy propojeno v jedné osobě, tlumočnick – překladatel. Jeho práce je náročná na okamžitou pozornost – není možnost konzultace s kolegy – zvláště pak při simultánním tlumočení by měl tlumočnick obdržet všechny nutné podklady předem. Tlumočnické služby mohou využívat jednotlivci či malé skupiny. Samozřejmostí při poskytování tlumočnických služeb je garance mlčenlivosti a zachování diskrétnosti včetně ochrany veškerých osobních údajů získaných během práce. Překladatelé a tlumočníci by se měli řídit k těmto účelům vypracovaným etickým kodexem překladatele a tlumočnicka (15).

1.9.1 Využití tlumočnicků v českých zdravotnických zařízeních

Základem každé kultury a jazyka je mluvená řeč. Pro cizince nedisponujícího znalostí jazyka země, v níž je hospitalizován, přináší neschopnost vyjádřit své pocity, problémy nebo celkově porozumět dané situaci desaturaci potřeby komunikace, ale i potřeby jistoty a bezpečí. Nedostatečná informovanost často vede k chybnému rozhodování nebo nedodržování léčebného režimu a z toho plynoucích komplikací, které v důsledku mohou pro nemocniční zařízení znamenat i zvýšenou finanční zátěž (30). Mělo by proto být v naprostém zájmu zdravotnických zařízení pacientovi zajistit v průběhu jeho hospitalizace péči, která mu bude vysvětlena jasným a pro něj přijatelným způsobem tak, aby měl pacient při vyjádření souhlasu či nesouhlasu s dalším léčebným, terapeutickým postupem zajištěn adekvátní přísun informací. To ostatně ukládá zdravotnickému personálu i zákon 20/1966 Sb., který podmiňuje provedení léčebných a diagnostických výkonů pacientovým souhlasem. U pacientů – cizinců je naprosto nutné se o srozumitelnosti určitého sdělení přesvědčit, bez řádného vysvětlení ani nelze souhlas očekávat (9). Nabídka či přímé využití služeb tlumočnicka je v takových situacích na místě. Reakce pacientů – cizinců, ale mnohdy i jejich rodiny, bývá převážně pozitivní a v důsledku velmi přínosná ve spolupráci se zdravotníky již po prvním tlumočení.

České nemocnice bohužel zatím nedisponují tlumočnickými vlastními. Spíše prostřednictvím brožur informují či doporučují pacientům, kteří nekomunikují v angličtině nebo němčině, aby si sami zajistili tlumočnicka, popřípadě jiného prostředníka. Do té doby se celková komunikace odehrává pomocí personálu se základními znalostmi cizího jazyka či prostřednictvím někoho z rodiny. Pakliže tyto opatření selhávají, je zcela nezbytné zajistit tlumočnickou službu pro pacienta tak, aby mohl být plně informován o vývoji a průběhu své hospitalizace. Kontakt s tlumočnickou službou zajistí buď sestra, nebo lékař. Většinou samy nemocnice mají ve svém intranetu kontakty na databázi překladatelů, ovšem kontaktovat mohou jakékoliv překladatelské sdružení. Tlumočníci jsou nejčastěji využíváni pro mluvené tlumočení, ale i pro překlady různých dokumentů, souvisejících s léčbou a hospitalizací cizinců (18).

Velmi zajímavě vyřešili problém jazykové bariéry mezi zdravotníky a hospitalizovanými cizinci v Německu. Jedna Mnichovská nemocnice vypracovala projekt, jehož základem je využití tlumočnicků z vlastních řad, kdy se tlumočnickem stává vlastní zaměstnanec nemocnice. Na tuto pozici jsou vybíráni především cizinci žijící v Německu, plynně komunikující v německém jazyce. Svoji jazykovou způsobilost nemusejí prokazovat žádnými osvědčeními, k tlumočení musí dát souhlas jak pacient, tak tlumočnick. Jediný rozdíl mezi profesionálním tlumočnickem a tímto překladatelem je zákaz překladu jakýchkoliv dokumentů a právních textů.

Pro zdravotníky má pak využití či přítomnost tlumočnicka po dobu hospitalizace pacienta - cizince zcela zásadní význam. Jazyková bariéra padá, sestra může lépe získávat informace nezbytné pro komplexní vykonávání ošetrovatelské péče a také lépe chápe postoje a rozhodnutí ze strany pacienta. Snáze získává ošetrovatelskou anamnézu, pacientovi prostřednictvím tlumočnicka umožní plné vysvětlení a pochopení jednotlivých úkonů či procedur, a tím v důsledku předchází různým negativním dopadům na poskytovanou ošetrovatelskou péči (27).

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle

Cíl 1 – Zjistit míru jazykové bariéry z pohledu cizinců

Cíl 2 – Zjistit dopad jazykové bariéry na úroveň ošetrovatelské péče

2.2 Hypotézy

H1 – Ošetrovatelská péče je závislá na jazykových a komunikačních dovednostech sester a cizinců

H2 – Jazykové bariéry sester jsou značné v souvislosti s deficitem znalosti cizích jazyků

H3 – Jazykové bariéry mohou mít negativní dopad na úroveň ošetrovatelské péče

3. Metodika

3.1 Použité metody

Při zpracovávání bakalářské práce byla použita sekundární analýza dat. Vzhledem k zadanému tématu této práce jsem se rozhodla zvolit kvantitativní výzkumné šetření, formou dotazování. Technikou sběru dat byl dotazník (viz Přílohy 1 - 3). Bylo rozdáno 120 dotazníků, z nichž se vrátilo celkem 85 vhodných pro výzkum. Výzkumný soubor tak tvořilo 85 respondentů (100%).

Výsledky, které po vyhodnocení dotazníků vplynuly, byly zpracovány v programu Microsoft Excel a numerické hodnoty těchto výsledků graficky znázorněny a doplněny popisem.

Vlastní dotazník obsahoval 30 otázek, které byly rozděleny do pěti tématických okruhů. První část byla zaměřena na obecné informace jako jsou věk, vzdělání, zaměstnání a národnost respondentů. Část druhá se týkala četnosti a rozsahu jazykových bariér českých sester z pohledu cizinců a souvislostí mezi chováním cizinců a snížením těchto bariér. Třetí tématický okruh byl zaměřen na priority kontra nedostatky sester, právě v přístupu k cizincům. Čtvrtá oblast otázek se zabývala negativním dopadem jazykových bariér sester na úroveň cizincům poskytované ošetrovatelské péče a konečně část pátá zjišťovala výhody a efektivitu tlumočnických služeb při poskytování ošetrovatelské péče pacientům odlišných kultur a možností těmito službami zvyšovat kvalitu komplexní multikulturní péče v ČR.

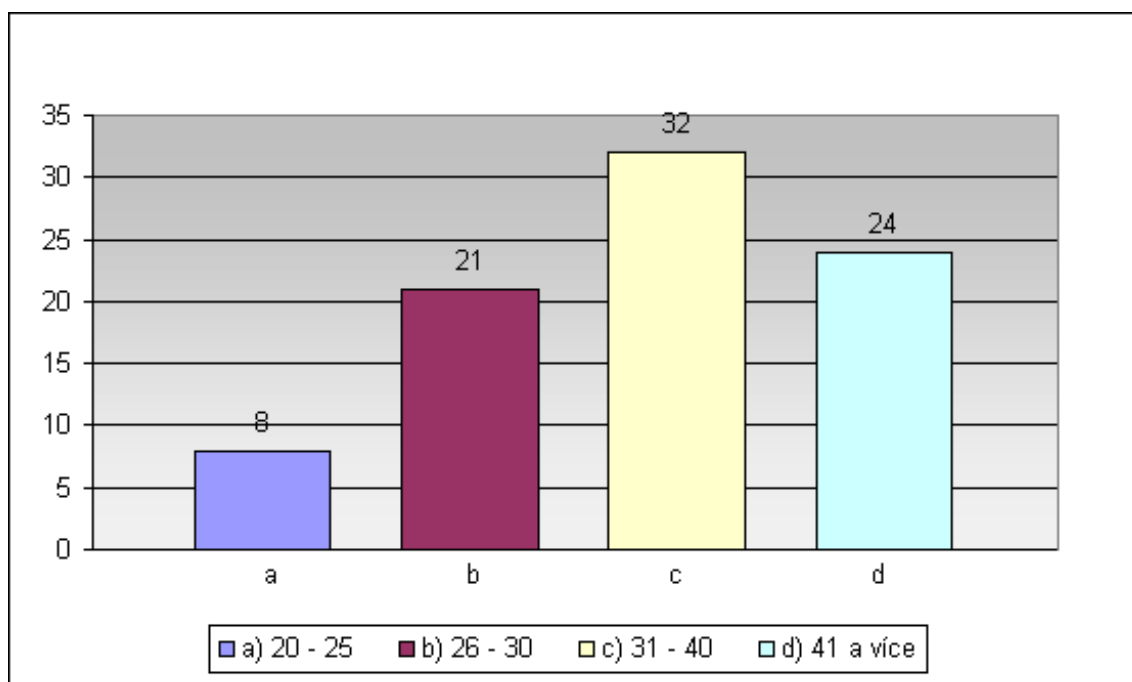
3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumné šetření bylo zaměřeno na zahraniční pacienty, využívající lékařskou a ošetrovatelskou péči v ambulantních provozech českých zdravotnických zařízení. Do výběrového souboru bylo zařazeno 85 respondentů, z tohoto počtu se výzkumného šetření zúčastnilo nejvíce respondentů německé 31, italské 16 a anglické 12 národnosti (viz Graf 4). Výzkumné šetření bylo realizováno ve dvou krajích České republiky,

na pracovištích center reprodukční medicíny a endokrinologie města Plzně a K. Varů.
Návratnost dotazníků byla 71%.

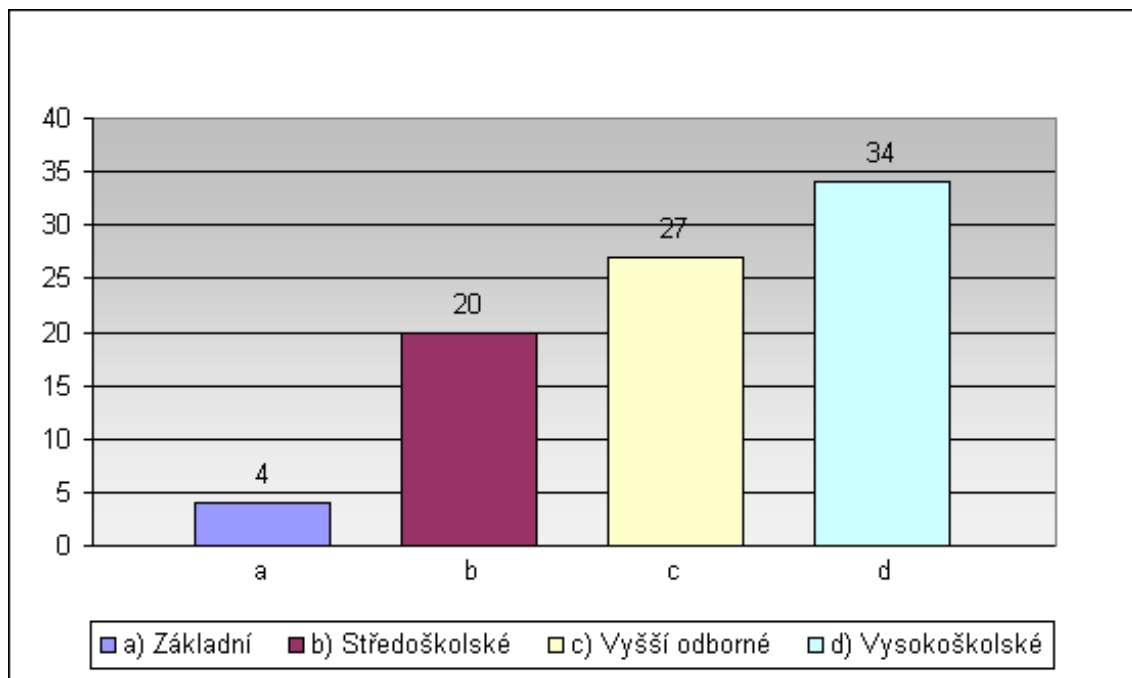
4. Výsledky

Graf 1 Věkové rozmezí respondentů



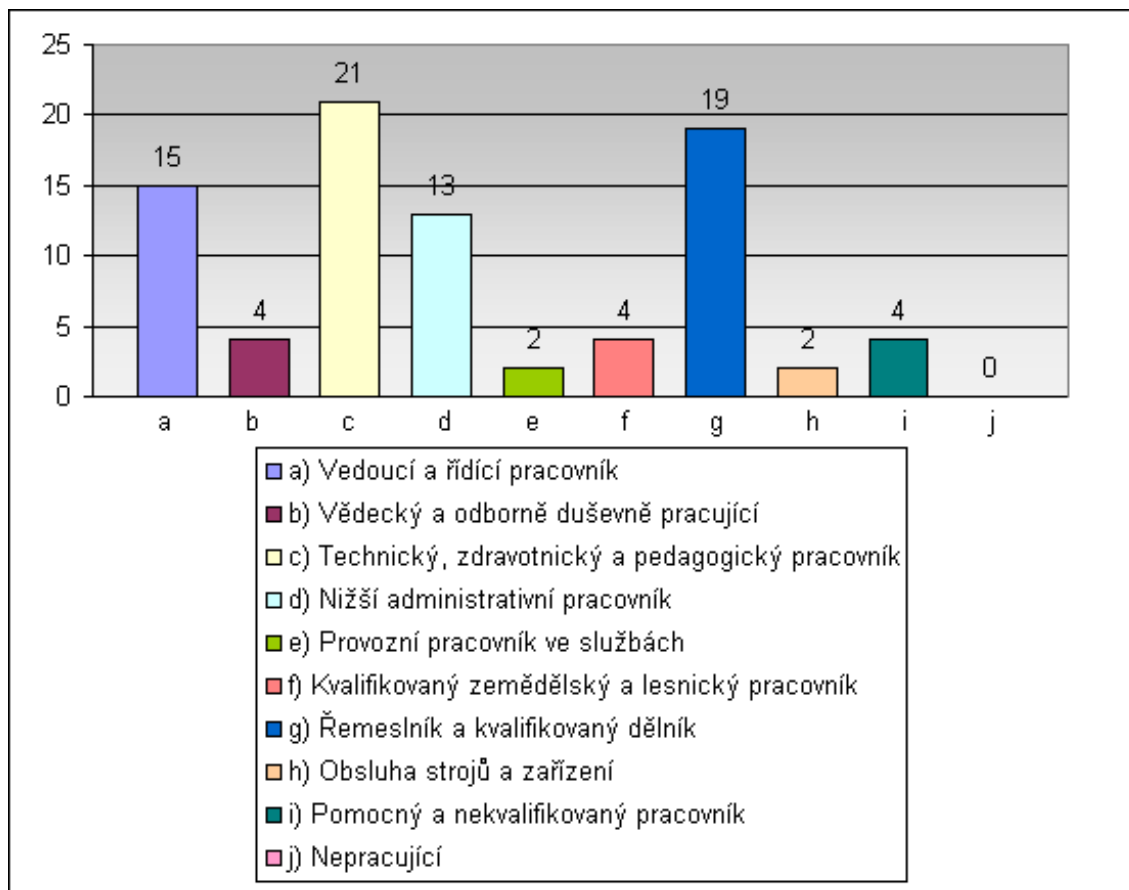
Z celkového počtu 85 respondentů (100%) bylo 8 (9,4%) mezi 20-25 lety, 21 (24,7%) mezi 26-30 lety, 32 (37,6 %) bylo ve věkovém rozmezí 31-40 let a 24 respondentů (28,2 %) odpovědělo, že je starší 41 let.

Graf 2 Vzdělání respondentů



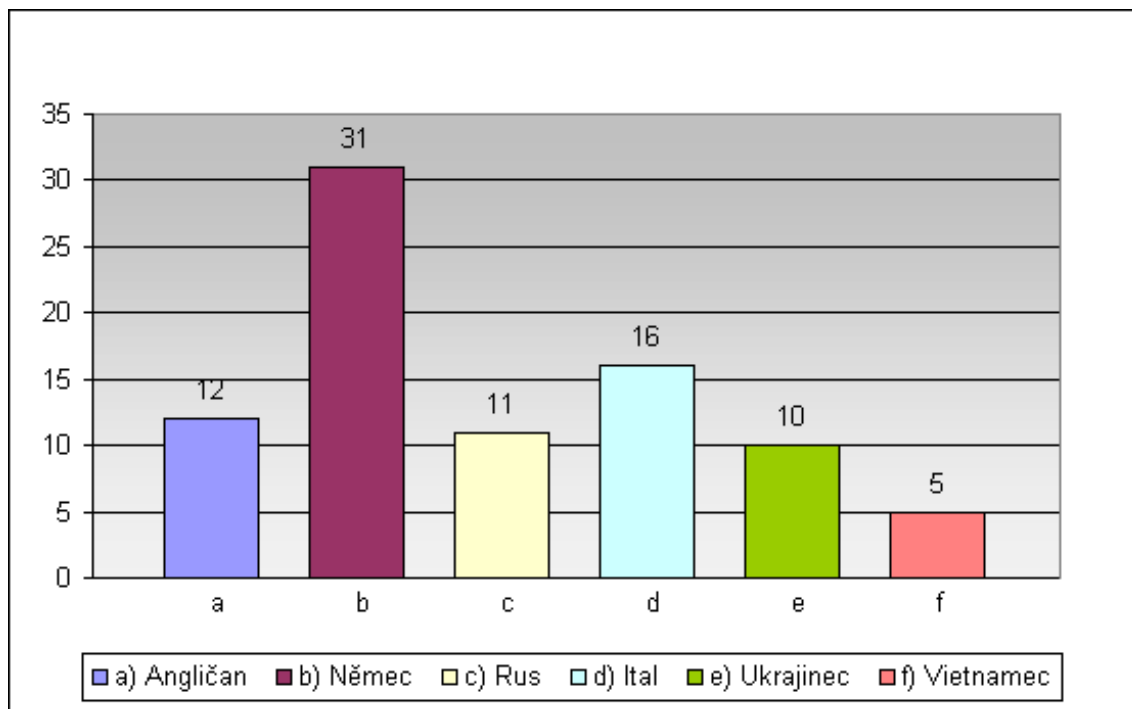
Z 85 (100%) dotázaných uvedli 4 (4,7%) respondenti základní vzdělání, 20 (23,5%) středoškolské, 27 (31,8%) vyšší odborné a 34 (40%) vysokoškolské vzdělání.

Graf 3 Zaměstnání respondentů



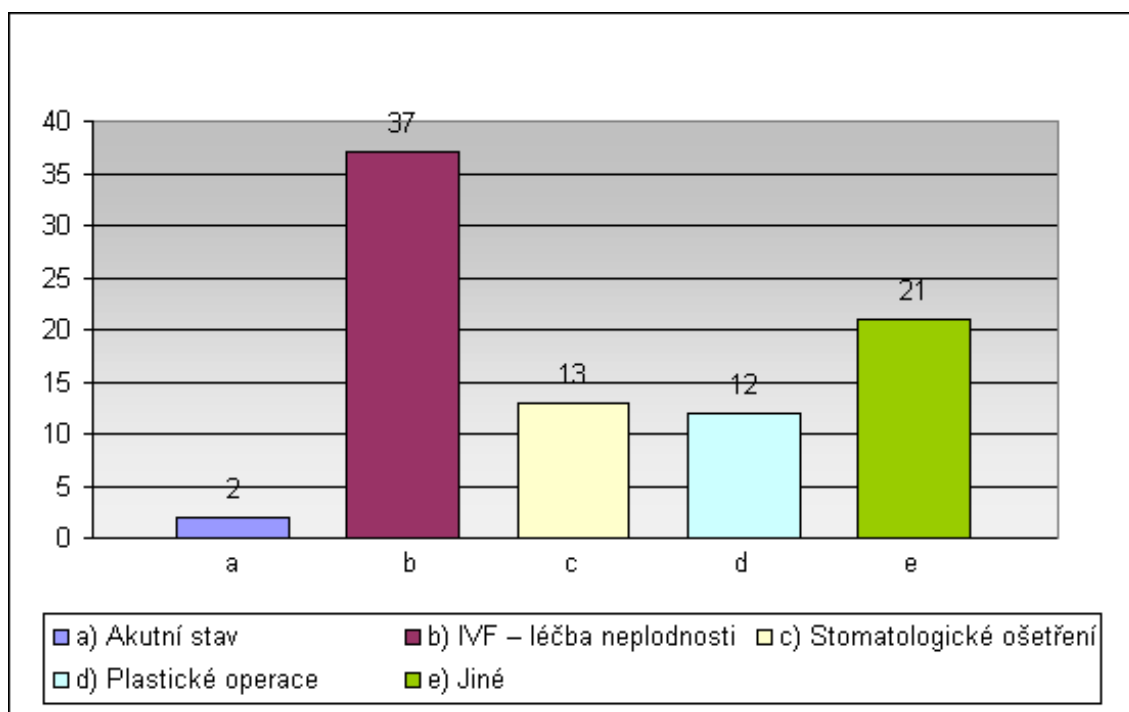
Z celkového počtu 85 (100%) dotázaných bylo ve vedoucím postavení 15 (17,6%) respondentů, 4 (4,7%) pracovali duševně nebo jako vědečtí pracovníci, v technickém, zdravotnickém či pedagogickém směru pracovalo 21 (24,7%) respondentů, v administrativě pracovalo 13 (15,3%) dotázaných, ve službách 2 (2,4%), v zemědělství a lesnictví pak 4 (4,7%), jako řemeslník nebo dělník 19 (22,4%), stroje a zařízení obsluhovali 2 (2,4%) a jako pomocný nekvalifikovaný personál pracovali 4 (4,7%) respondenti. Nepracovalo 0 (0%) respondentů.

Graf 4 Národnost respondentů



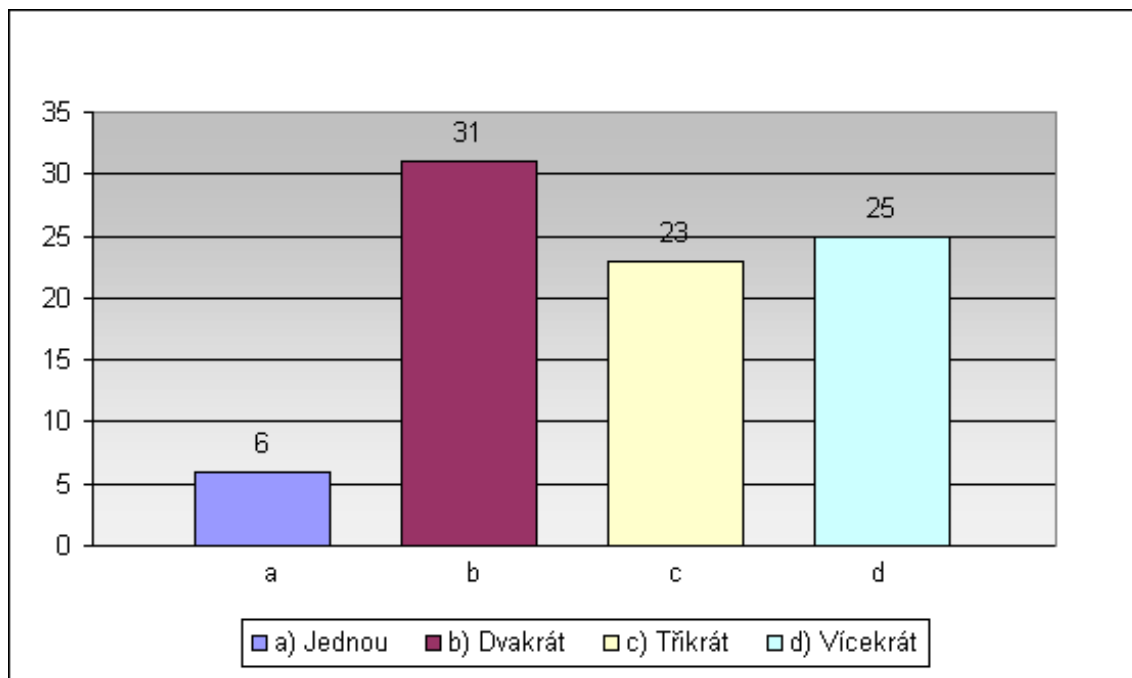
Z 85 (100%) respondentů uvedlo 12 (14,1%) národnost anglickou, 31 (36,5%) německou, 11 (12,9%) ruskou, 16 (18,8%) italskou, 10 (11,8%) ukrajinskou a 5 (5,9%) vietnamskou.

Graf 5 Důvod ošetření/léčby v českých zdravotnických zařízeních



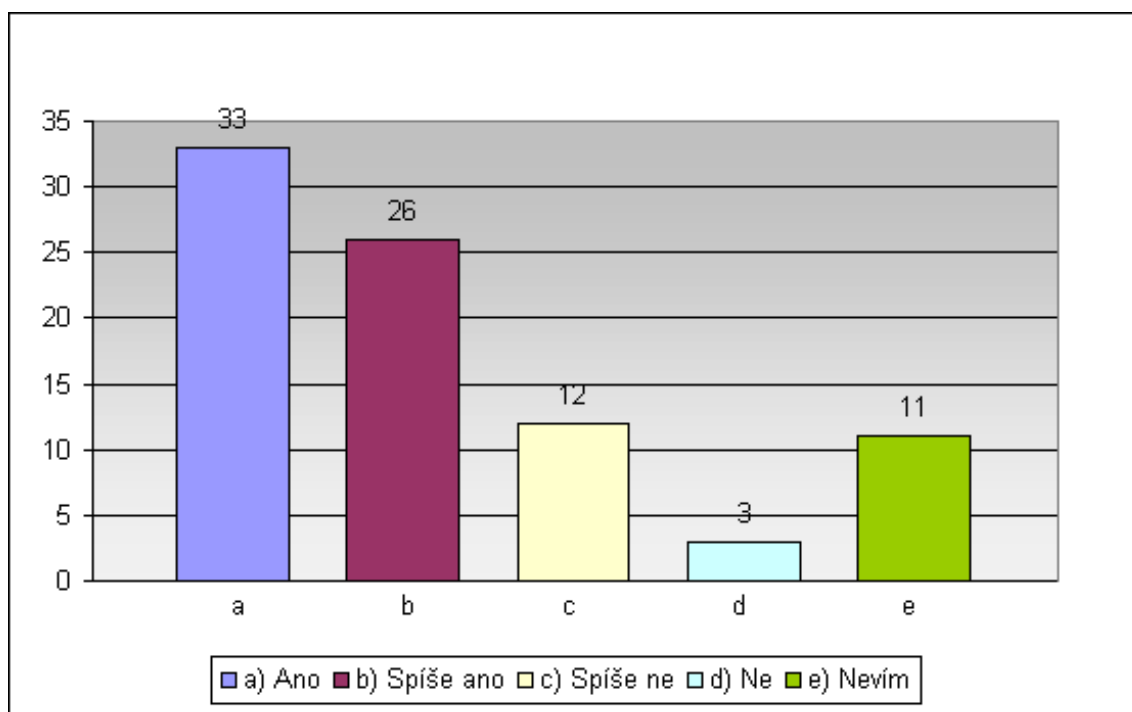
Jako důvod využití ošetření/léčby v českých zdravotnických zařízeních uvedli z 85 (100%) 2 (2,4%) respondenti akutní stav, 37 (43,5%) léčbu neplodnosti, 13 (15,3%) stomatologické ošetření, 12 (14,1%) plastické operace a celých 21 (24,7%) dotázaných navštívilo české zdravotnické zařízení z jiných důvodů.

Graf 6 Počet návštěv českých zdravotnických zařízení



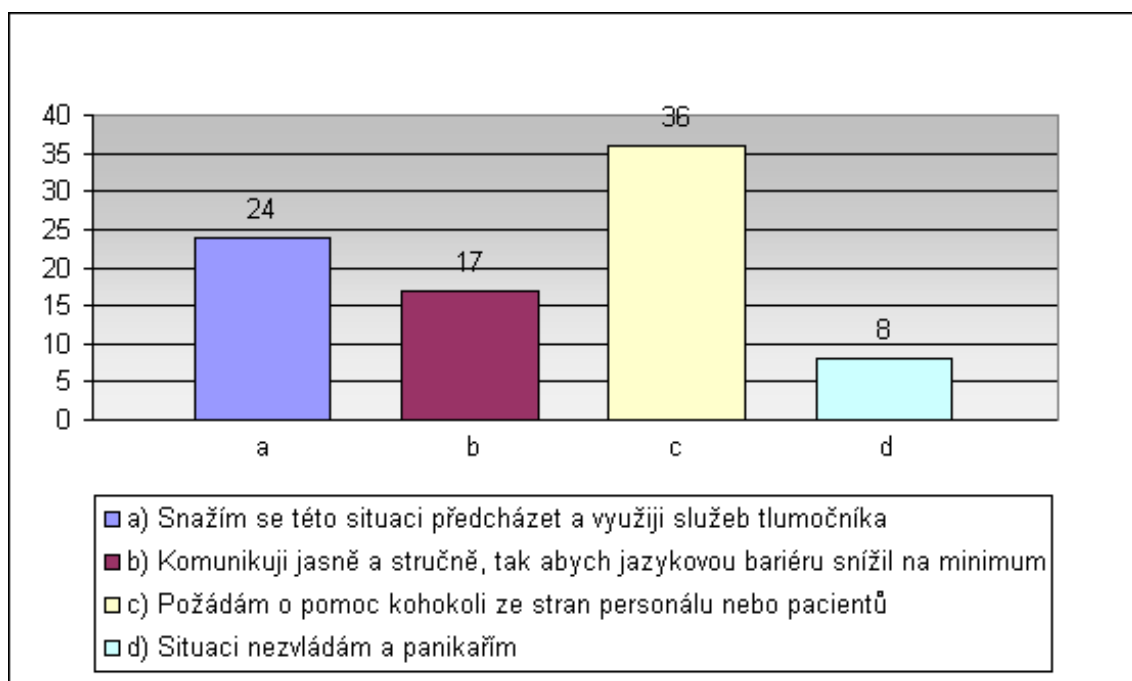
Z 85 (100%) respondentů navštívilo 6 (7,1%) česká zdravotnická zařízení jednou, 31 (36,5%) dvakrát, 23 (27%) třikrát a 25 (29,4%) dotázaných vícekrát.

Graf 7 Snížení jazykové bariéry v souvislosti s chováním cizince



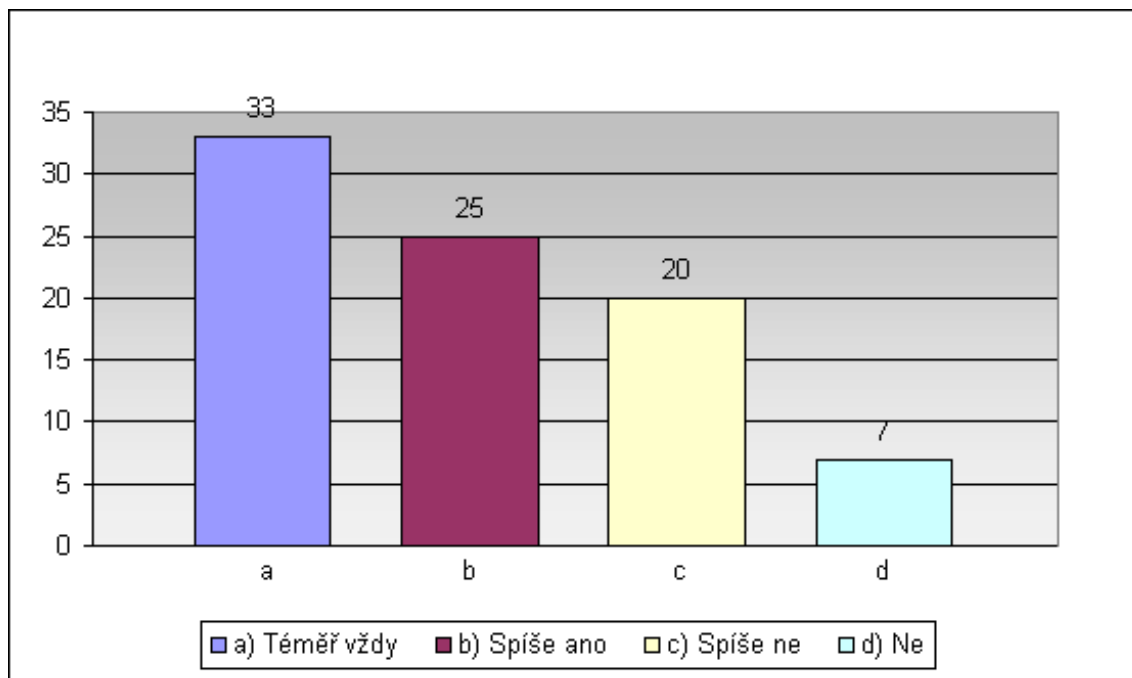
33 (38,8%) z 85 (100%) respondentů je přesvědčeno, že může svým chováním ovlivnit nebo dokonce snížit jazykovou bariéru, spíše ano uvedlo 26 (30,6%), spíše ne 12 (14,1%), ne 3 (3,5%) a 11 (12,9%) dotázaných neví, zda by bylo schopno svým chováním jazykovou bariéru snížit.

Graf 8 Způsob cizince vyrovnat se s jazykovou bariérou



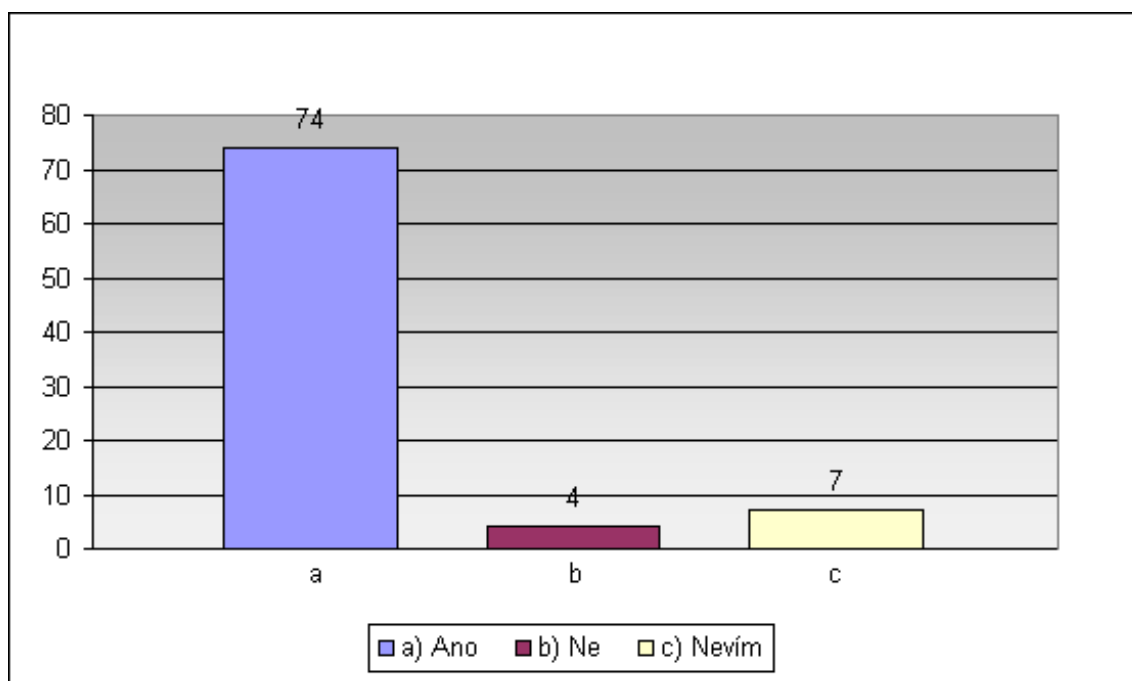
24 (28,2%) z 85 (100%) dotázaných se snaží jazykové bariéry předejít a využívá služeb tlumočnicka, 17 (20%) komunikuje jasně a stručně, 36 (42,4%) by požádalo o pomoc personál nebo pacienty a 8 (9,4%) respondentů by dle svého mínění situaci nezvládlo.

Graf 9 Četnost jazykové bariéry ze strany sester



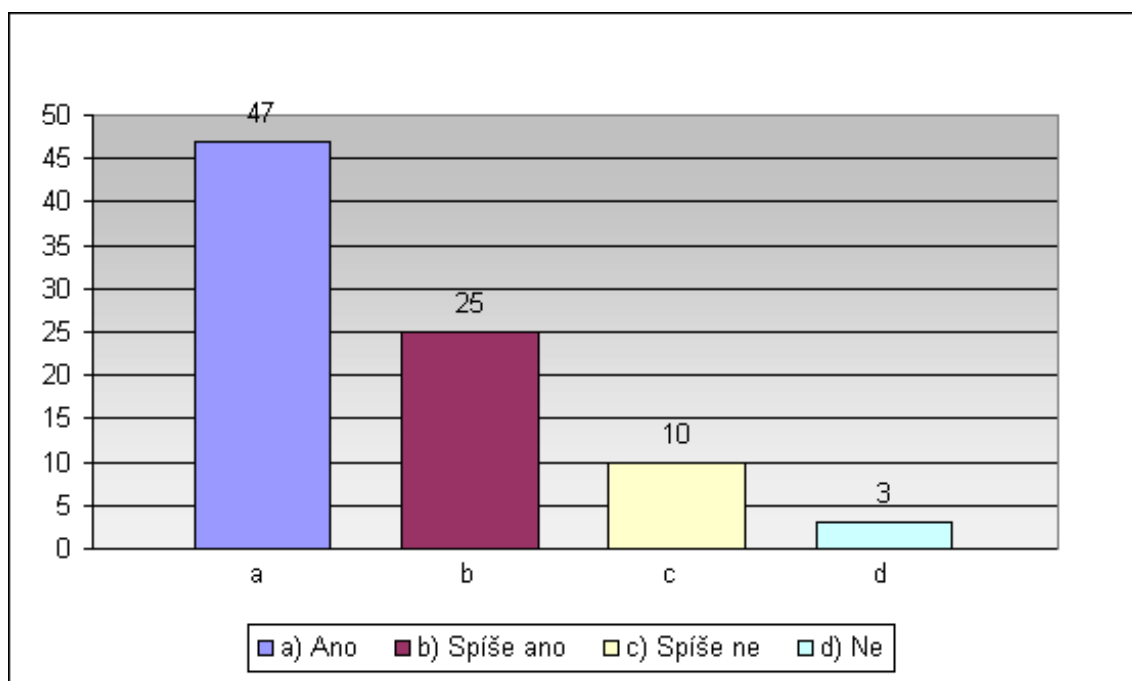
Téměř vždy se z 85 (100%) respondentů setkala s jazykovou bariérou sester 33 (38,8%) dotázaných, spíše ano 25 (29,4%), spíše ne 20 (23,5%) a 7 (8,2%) dotázaných se ze strany sester s jazykovou bariérou neseťkalo.

Graf 10 Zařazení cizojazyčných sester do pracovního týmu



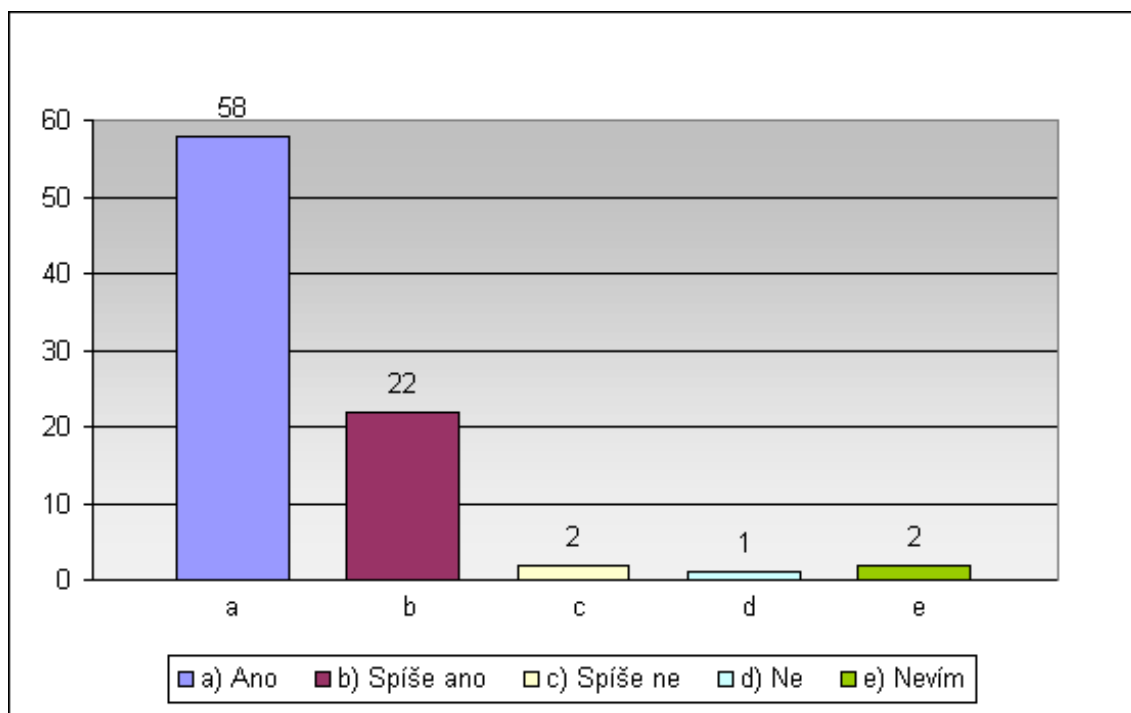
Z celkového počtu 85 (100%) respondentů by 74 (87%) uvítalo zařazení cizojazyčných sester do pracovního týmu, 4 (4,7%) s touto myšlenkou nesouhlasí a 7 (8,2%) dotázaných neví.

Graf 11 Zvládnutí jednoho světového jazyka sestrami



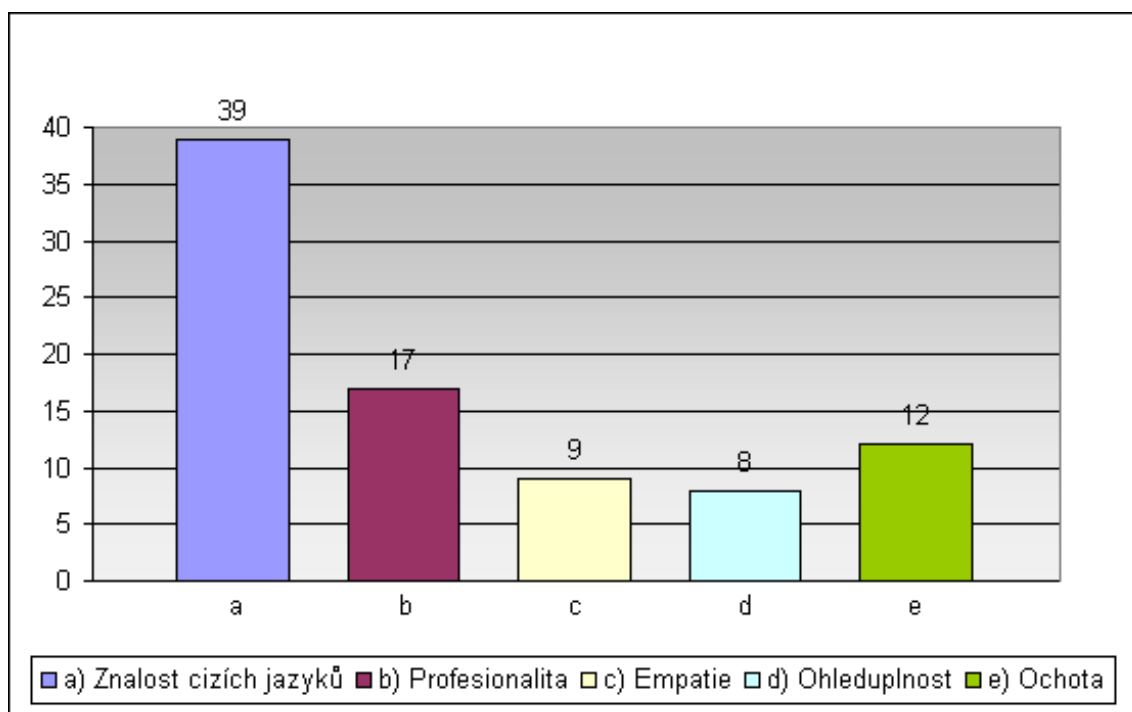
Z 85 (100%) respondentů si 47 (55,3%) myslí, že by sestry měly ovládat jeden světový jazyk, spíše ano uvedlo 25 (29,4%) dotázaných, spíše ne 10 (11,8%) a 3 (3,5%) respondenti si nemyslí, že by sestry měly automaticky ovládat alespoň jeden světový jazyk.

Graf 12 Sestry schopné komunikace v cizím jazyce jako základ kvality poskytované ošetrovatelské péče



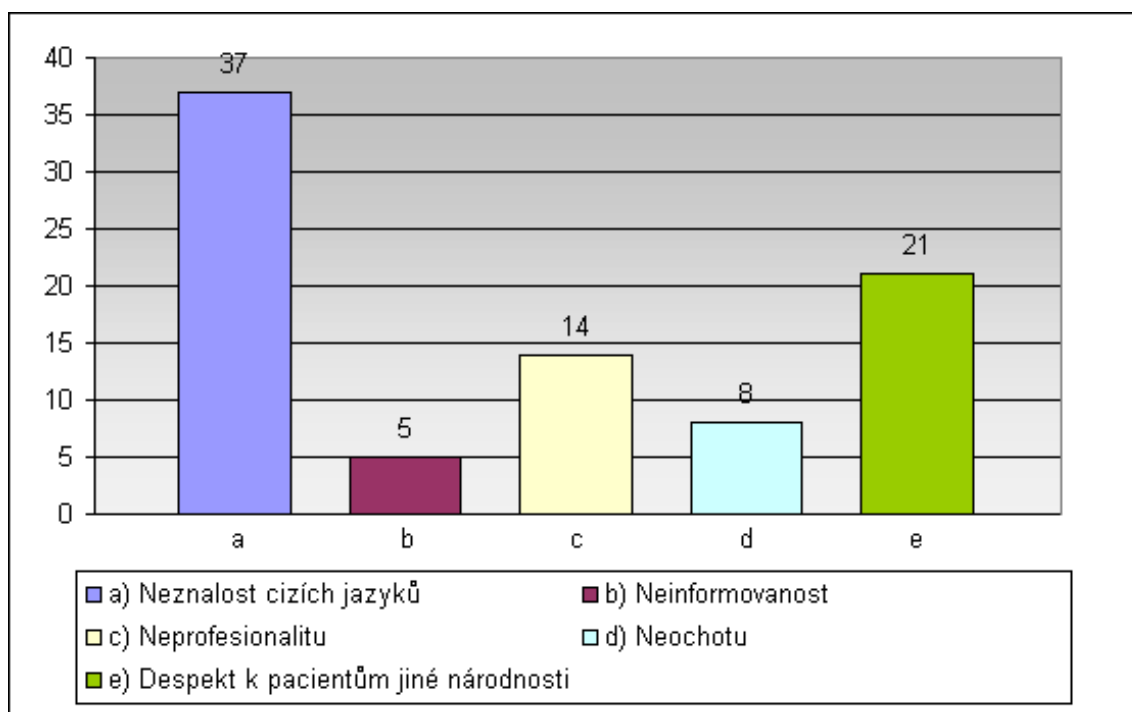
Z 85 (100%) vnímá 58 (68,2%) respondentů sestry schopné komunikace v cizím jazyce jako základní prioritu pro kvalitu jim nabízené ošetrovatelské péče, spíše ano uvedlo 22 (25,9%) dotázaných, spíše ne 2 (2,4%), ne uvedl 1 (1,2%) dotázaný a 2 (2,4%) respondenti neví.

Graf 13 Priority v chování českých sester z pohledu cizinců



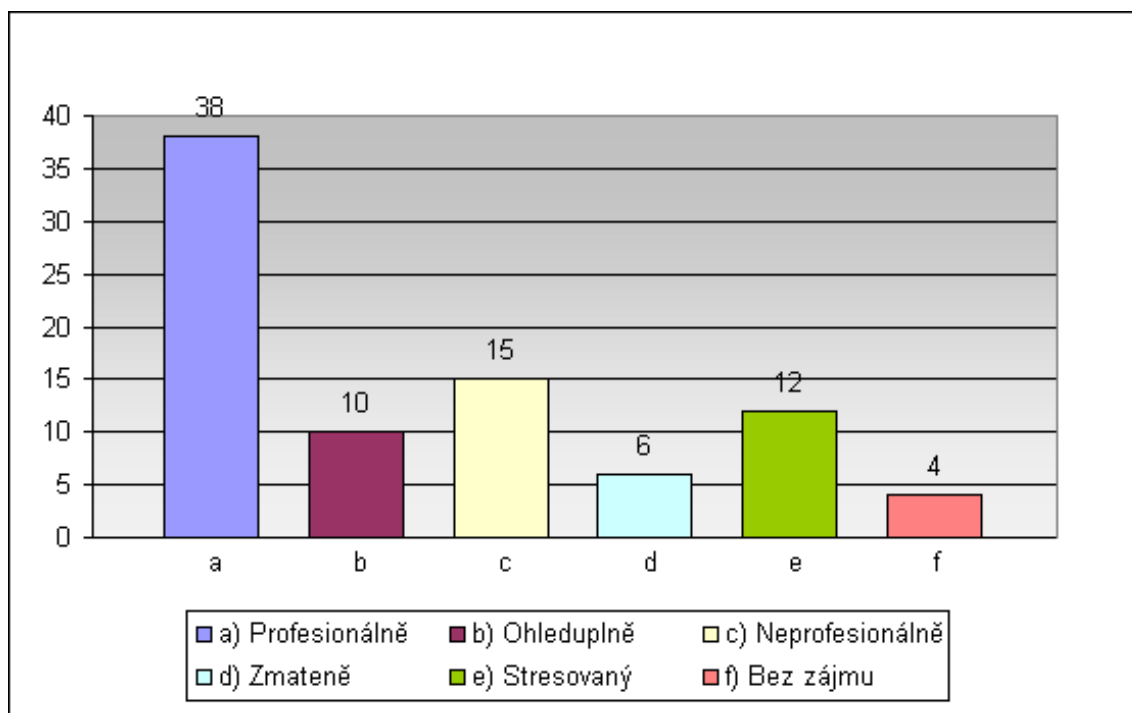
Co se týče schopností nebo vlastností, které by neměly chybět českým sestřím, označilo z celkového počtu 85 (100%) respondentů jako prioritní 39 (45,9%) znalost cizích jazyků, 17 (20%) vybralo profesionalitu, 9 (10,6%) dotázaných označilo empatii, 8 (9,4%) uvedlo ohleduplnost a 12 (14,1%) ochotu.

Graf 14 Eliminace nedostatků v chování českých sester z pohledu cizinců



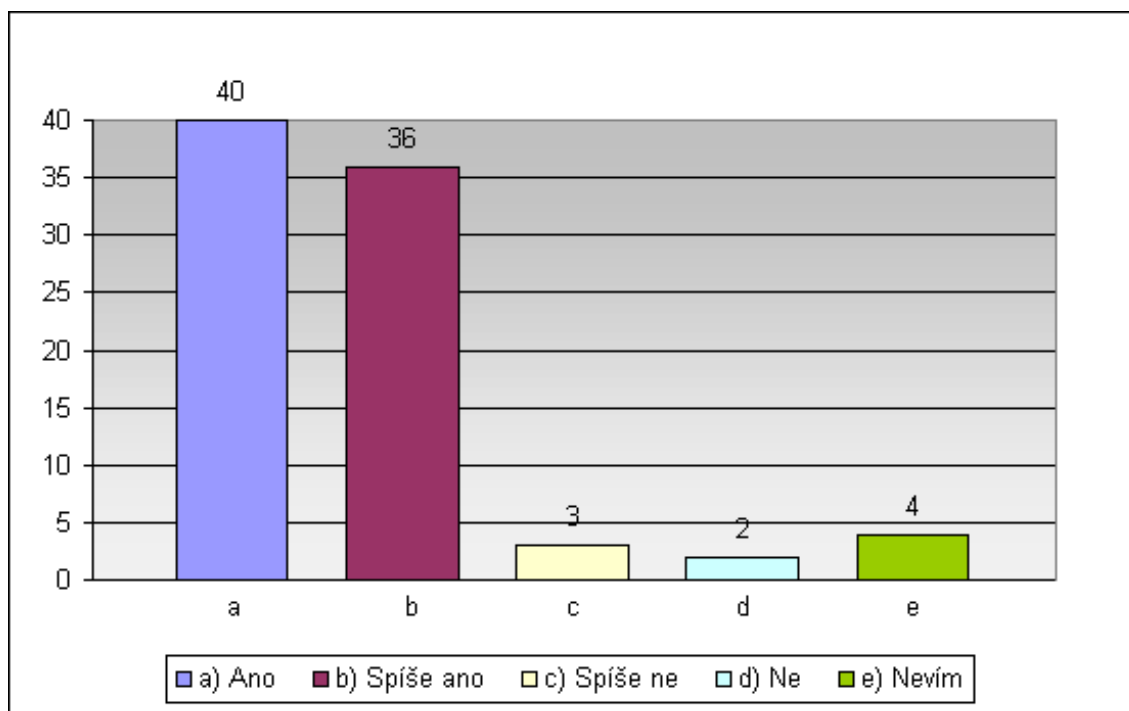
Z vlastností nebo chování, které by naopak měly české sestry eliminovat, vybralo z 85 (100%) 37 (43,5%) respondentů neznalost cizích jazyků, 5 (5,9%) neinformovanost, 14 (16,5%) neprofesionalitu, 8 (9,4%) neochotu a 21 (24,7%) dotázaných despekt k pacientům jiné národnosti.

Graf 15 Působení českých sester na cizince během pobytu v českém zdravotnickém zařízení



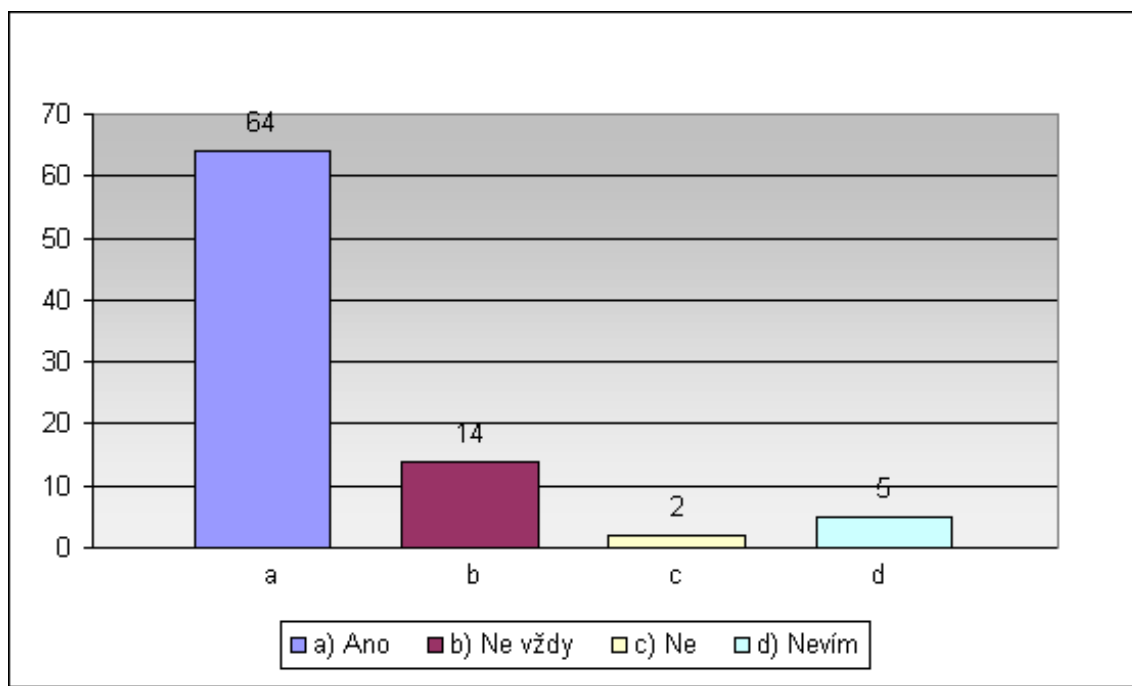
Z celkového počtu 85 (100%) respondentů působily české sestry na 38 (44,7%) dotázaných profesionálně, na 10 (11,8%) ohleduplně, na 15 (17,6%) neprofesionálně, na 6 (7,1%) zmateně, na 12 (14,1%) stresovaně a na 4 (4,7%) dotázané jako bez zájmu.

Graf 16 Efektivita sester komunikujících v cizím jazyce pro vyšší informovanost o ošetrovatelské péči/léčbě cizince



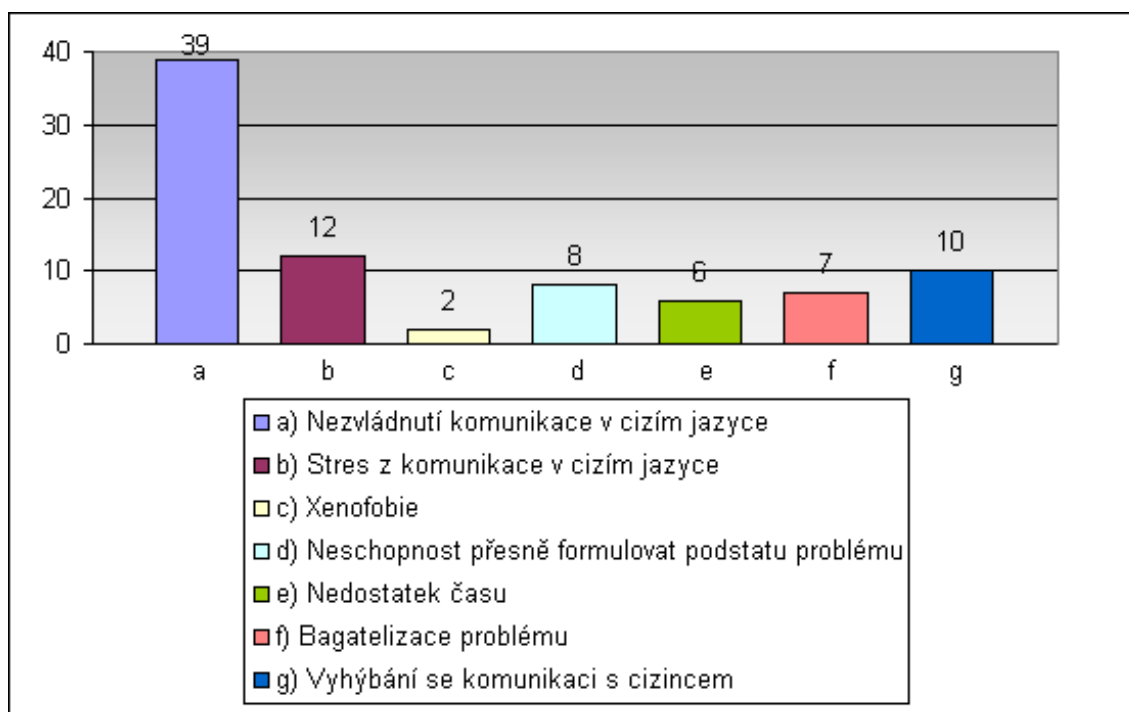
40 (47,1%) dotázaných z celkového počtu 85 (100%) respondentů si myslí, že sestry komunikující cizím jazykem by mohly zefektivnit způsob a průběh ošetrovatelské péče či léčby, spíše ano uvedlo 36 (42,4%) dotázaných, spíše ne 3 (3,5%), ne 2 (2,4%) a 4 (4,7%) neví, zda by tyto sestry byly schopny docílit vyšší efektivity v souvislosti s vyšší informovaností pacienta o způsobu či průběhu ošetrovatelské péče/léčby.

Graf 17 Sestry komunikující v cizím jazyce a předejití nepřehledným a stresovým situacím



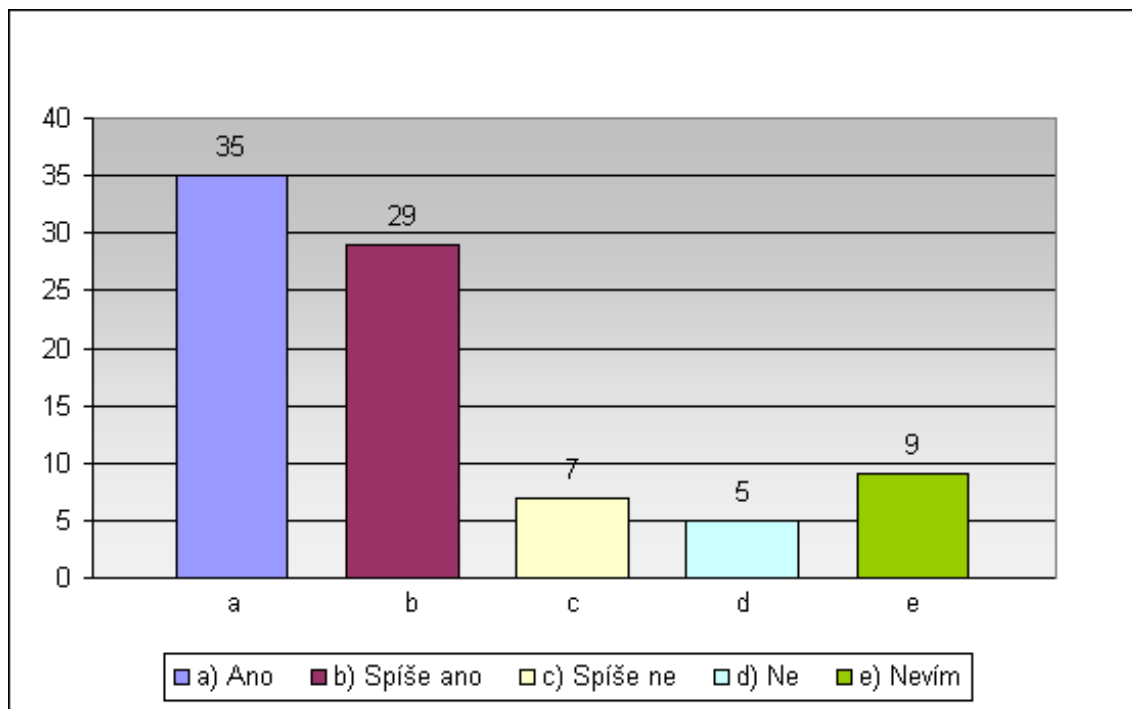
64 (75,3%) z 85 (100%) dotázaných cizinců si myslí, že sestry komunikující cizím jazykem jsou schopny předcházet nepřehledným a stresovým situacím, 14 (16,5%) uvedlo, že tomu tak nemusí být vždy, 2 (2,4%) dotázaní odpověděli ne a 5 (5,9%) neví, zda by tyto sestry byly schopny takovým situacím předcházet.

Graf 18 Nejčastější chyby v komunikaci a v přístupu českých sester k cizinci



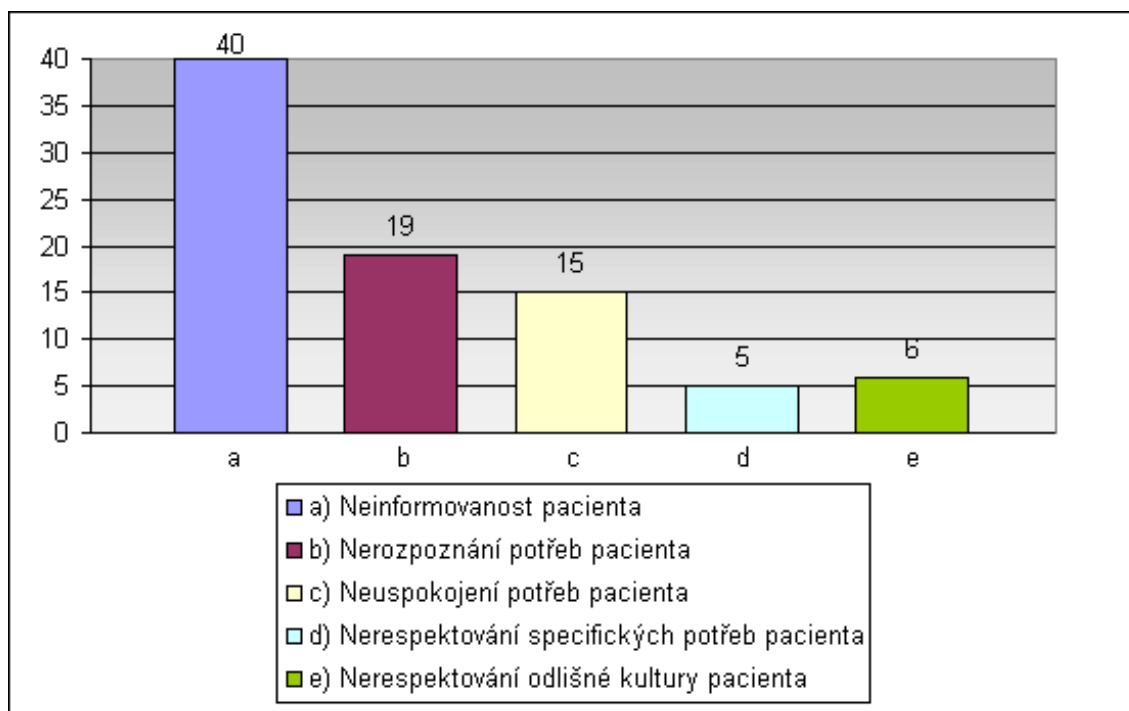
Jako nejčastější chybu v přístupu českých sester k cizincům vybralo z 85 (100%) respondentů 39 (45,9%) dotázaných nevládnutí komunikace v cizím jazyce, 12 (14,1%) stres z komunikace v cizím jazyce, 2 (2,4%) xenofobii, 8 (9,4%) neschopnost přesně formulovat podstatu problému, 6 (7,1%) nedostatek času, 7 (8,2%) bagatelizaci problému a 10 (11,8%) vyhýbání se komunikaci s cizinci.

Graf 19 Negativní působení jazykové bariéry na poskytovanou ošetrovatelskou péči



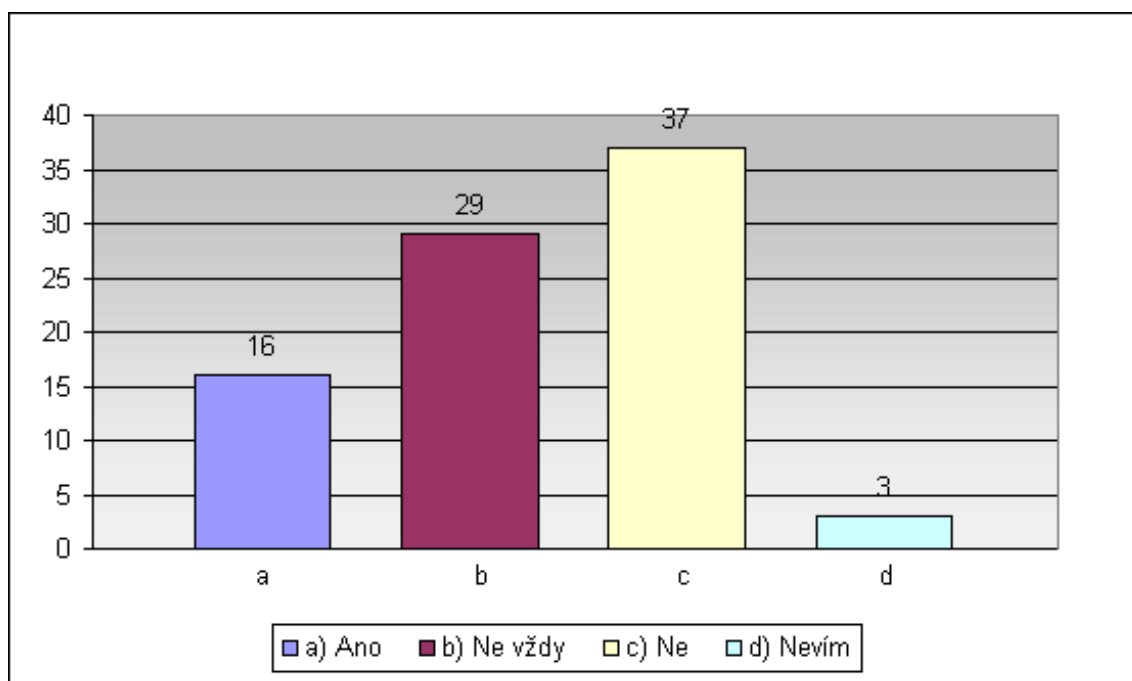
To, že jazyková bariéra může negativně ovlivnit poskytovanou ošetrovatelskou péči, si myslí z 85 (100%) 35 (41,1%) respondentů, spíše ano uvedlo 29 (34,1%) dotázaných, spíše ne 7 (8,2%), ne 5 (5,9%) a 9 (10,6%) respondentů neví, zda jazyková bariéra může ošetrovatelskou péči negativně ovlivnit.

Graf 20 Jazyková bariéra českých sester a její negativní dopady na ošetrovatelskou péči z pohledu cizinců



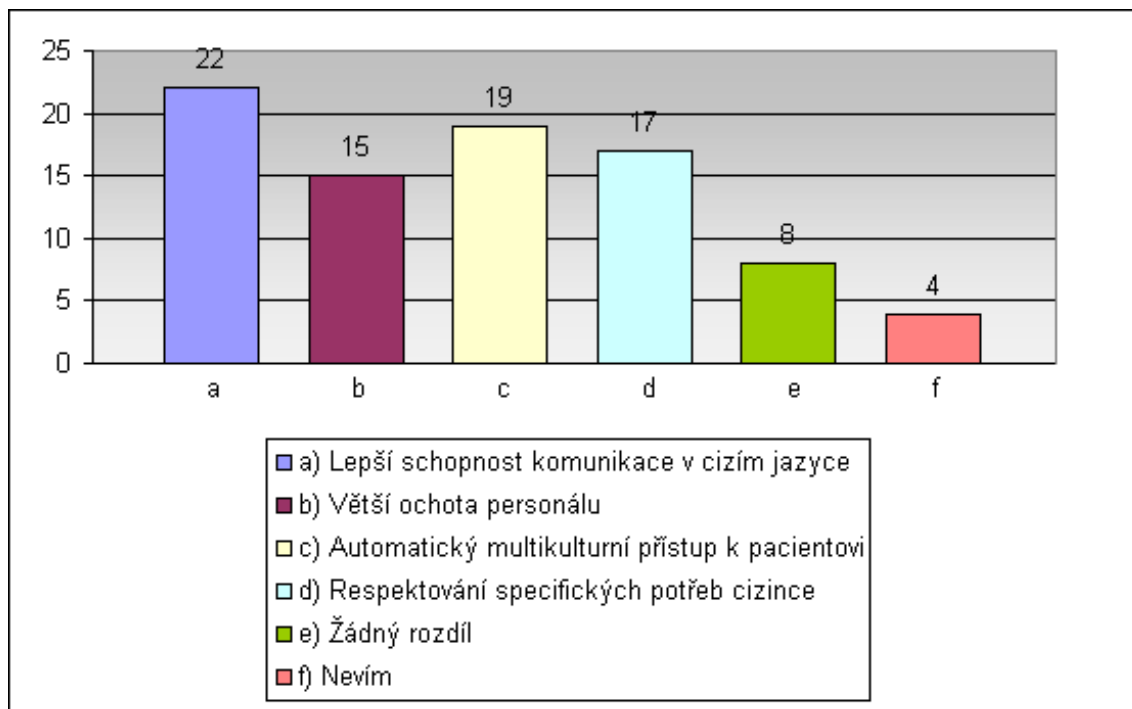
Z celkového počtu 85 (100%) respondentů odpovědělo plných 40 (47,1%) dotázaných, že jazyková bariéra sester měla negativní vliv na jejich informovanost, 19 (22,4%) uvedlo, že tato bariéra vedla k nerozpoznání jejich potřeb a u 15 (17,6%) z nich nebyly jejich potřeby sestrami vůbec uspokojeny, 5 (5,8%) uvedlo, že nebyly respektovány jejich specifické potřeby a 6 (7,1%) respondentů si myslí, že nebyla respektována jejich kultura.

Graf 21 Zohlednění specifických požadavků cizinců českými sestrami



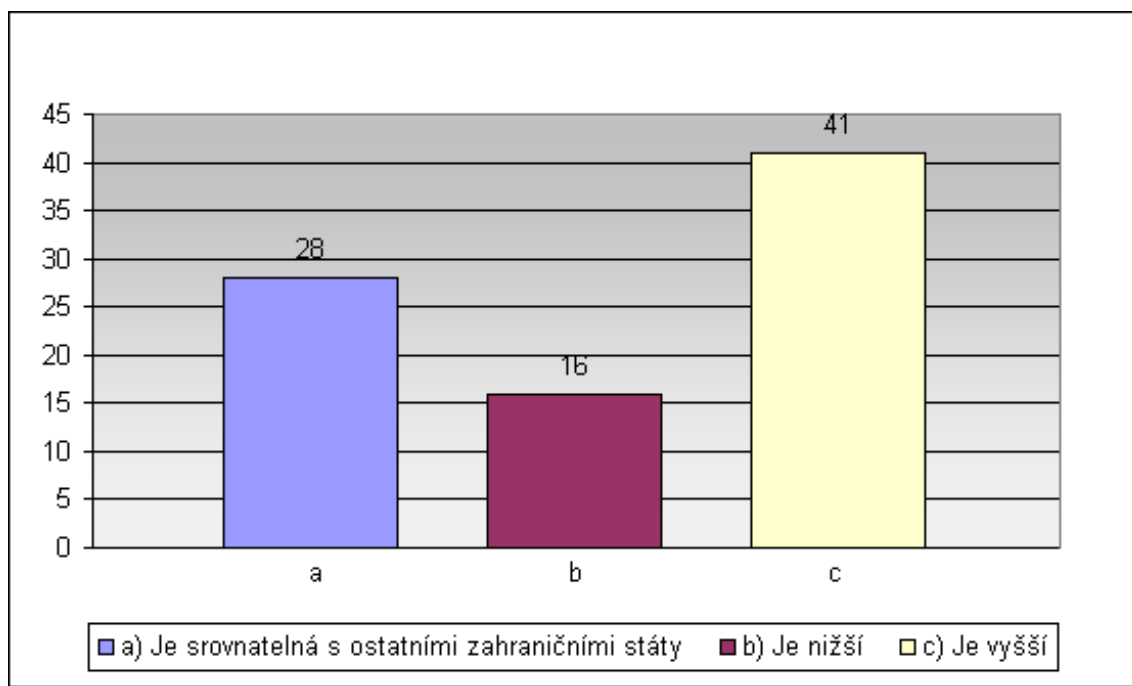
16 (18,8%) z 85 (100%) respondentů uvedlo, že specifické požadavky vztahující se k jejich kultuře či národnosti byly v českých zdravotnických zařízeních zohledňovány, ne vždy označilo 29 (34,1%), ne 37 (43,5%) dotázaných a 3 (3,5%) neví, zda byly jejich specifické požadavky zohledněny.

Graf 22 Rozdíl ošetrovatelské péče o cizince u nás a v zahraničí



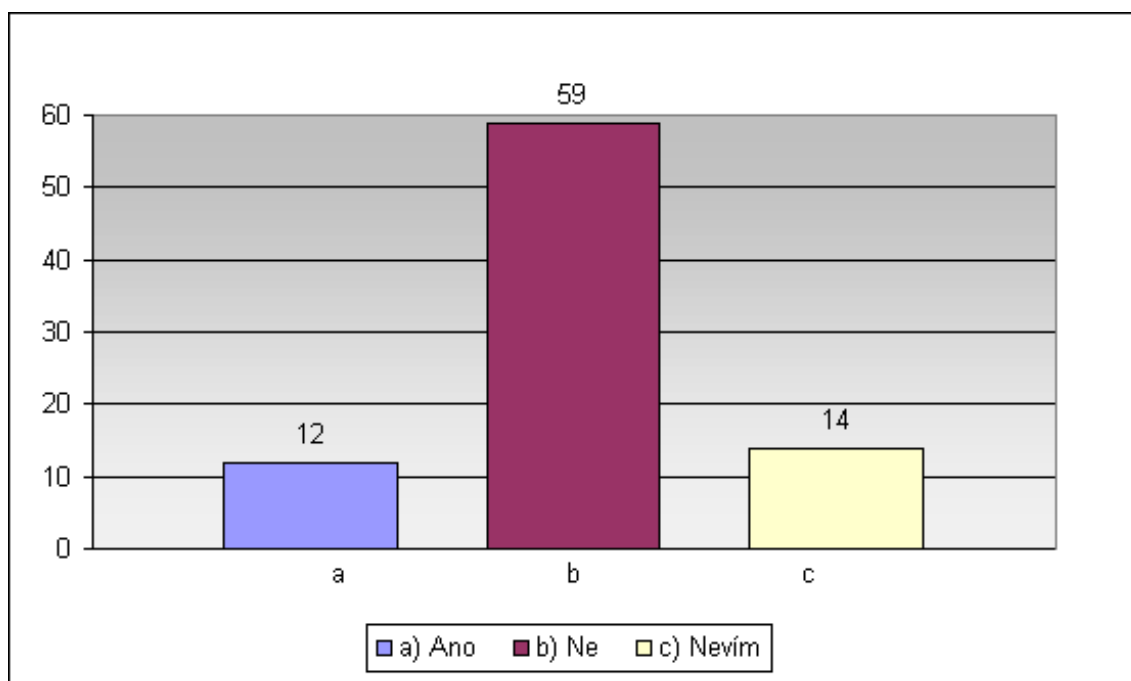
Rozdíl mezi ošetrovatelskou péčí v českých zdravotnických zařízeních a v zahraničí z celkového počtu 85 (100%) vidí 22 (25,9%) respondentů v lepší schopnosti komunikace v cizím jazyce, 15 (17,6%) ve větší ochotě personálu, 19 (22,4%) v automatickém multikulturním přístupu k pacientovi, 17 (20%) v respektování specifických potřeb cizince, 8 (9,4%) dotázaných nevidí žádný rozdíl a 4 (4,7%) neví, zda takový rozdíl existuje.

Graf 23 Míra jazykové bariéry českého nemocničního personálu oproti personálu v zahraničí



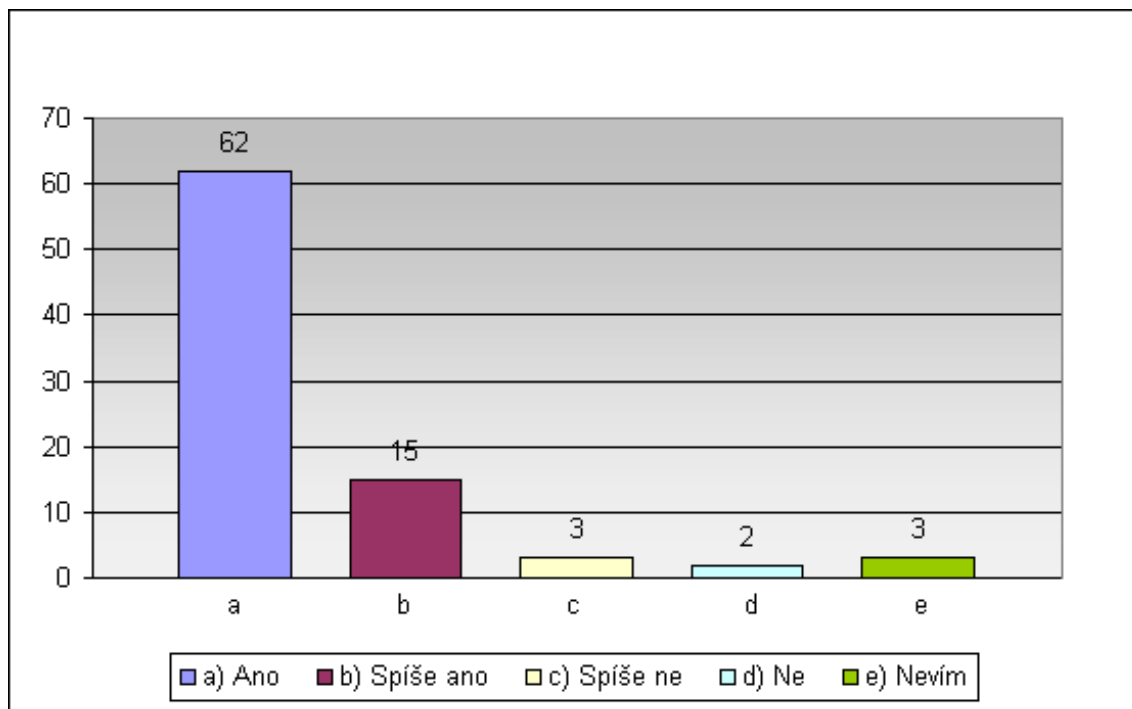
Z celkového počtu 85 (100%) respondentů 28 (32,9%) uvedlo, že míra jazykové bariéry českého nemocničního personálu je srovnatelná se zahraničím, 16 (18,8%) odpovědělo, že míra jazykové bariéry českého zdravotnického personálu je nižší a 41 (48,3%) označilo tuto jazykovou bariéru za vyšší.

Graf 24 Nabídka českých zdravotnických zařízení k využití tlumočnické služby



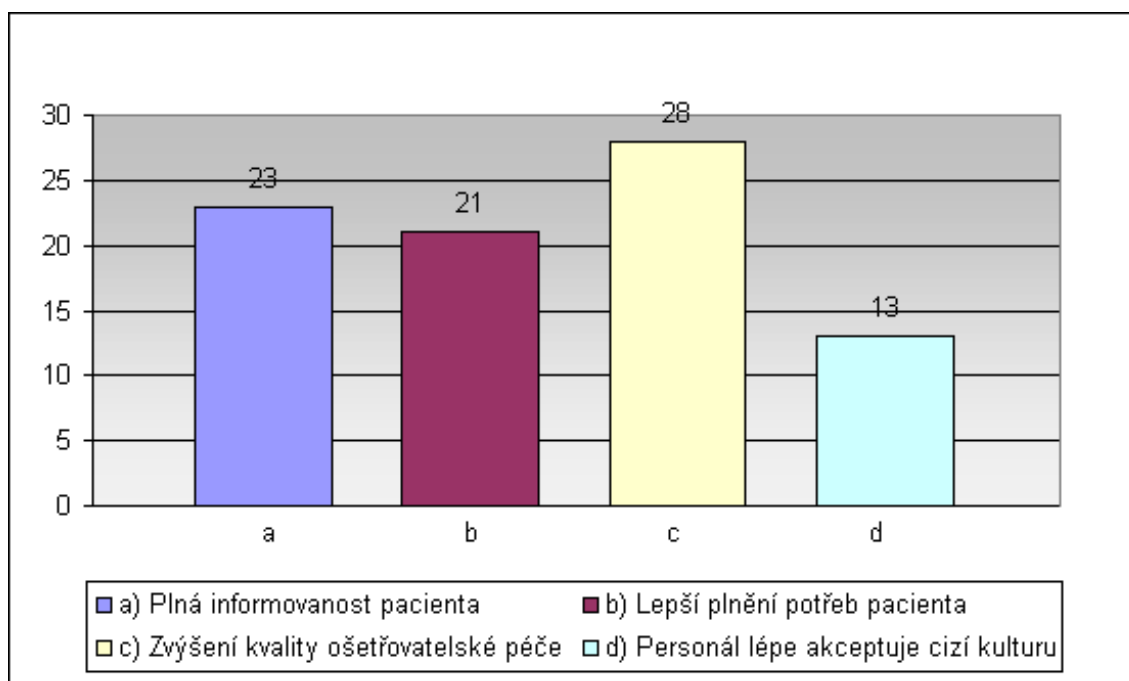
12 (14,1%) z 85 (100%) respondentů uvedlo, že jim v průběhu léčby v českém zdravotnickém zařízení byla nabídnuta možnost využití tlumočnické služby, oproti tomu celých 59 (69,4%) dotázaných uvedlo, že jim tato možnost nebyla vůbec nabídnuta a 14 (16,5%) si nevzpomíná nebo neví, zda jim byla tato nabídka poskytnuta.

Graf 25 Využití nabídky tlumočnické služby cizincem



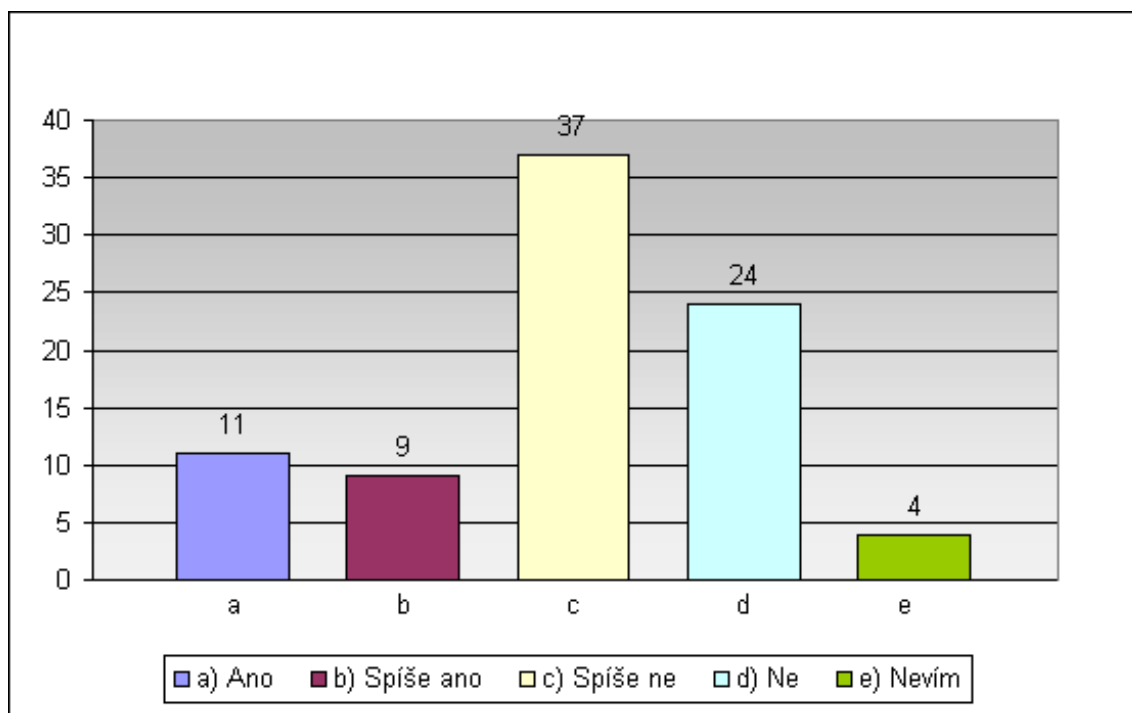
Z 85 (100%) respondentů by plných 62 (72,9%) nabídku na využití tlumočnické služby využilo, spíše ano 15 (17,6%), spíše ne 3 (3,5%), ne 2 (2,4%) a 3 (3,5%) dotázaní neví, zda by této nabídce využili.

Graf 26 Výhody využití tlumočnických služeb v českých zdravotnických zařízeních



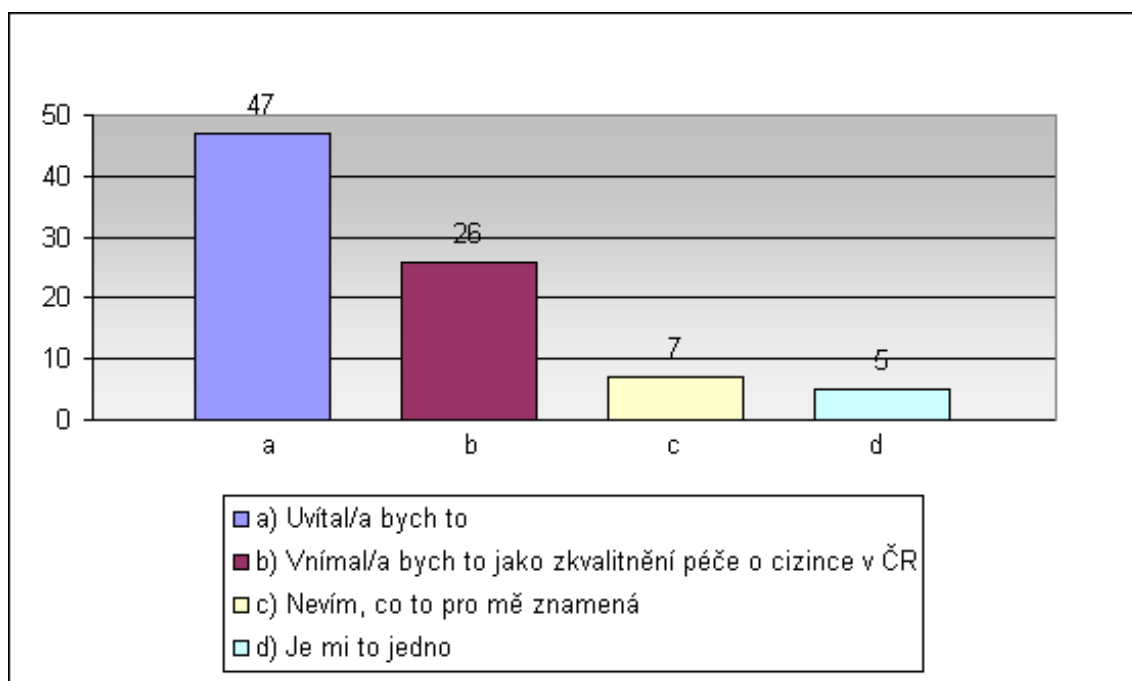
23 (27,1%) z 85 (100%) dotázaných spatřuje výhodu využití tlumočnicka v plné informovanosti pacienta, 21 (24,7%) v lepším plnění potřeb pacienta, 28 (32,9%) ve vyšší kvalitě ošetrovatelské péče a 13 (15,3%) respondentů si myslí, že personál lépe akceptuje cizí kulturu.

Graf 27 Česká zdravotnická zařízení a efektivní využití tlumočnických služeb v souvislosti s ošetrovatelskou péčí/léčbou cizinců



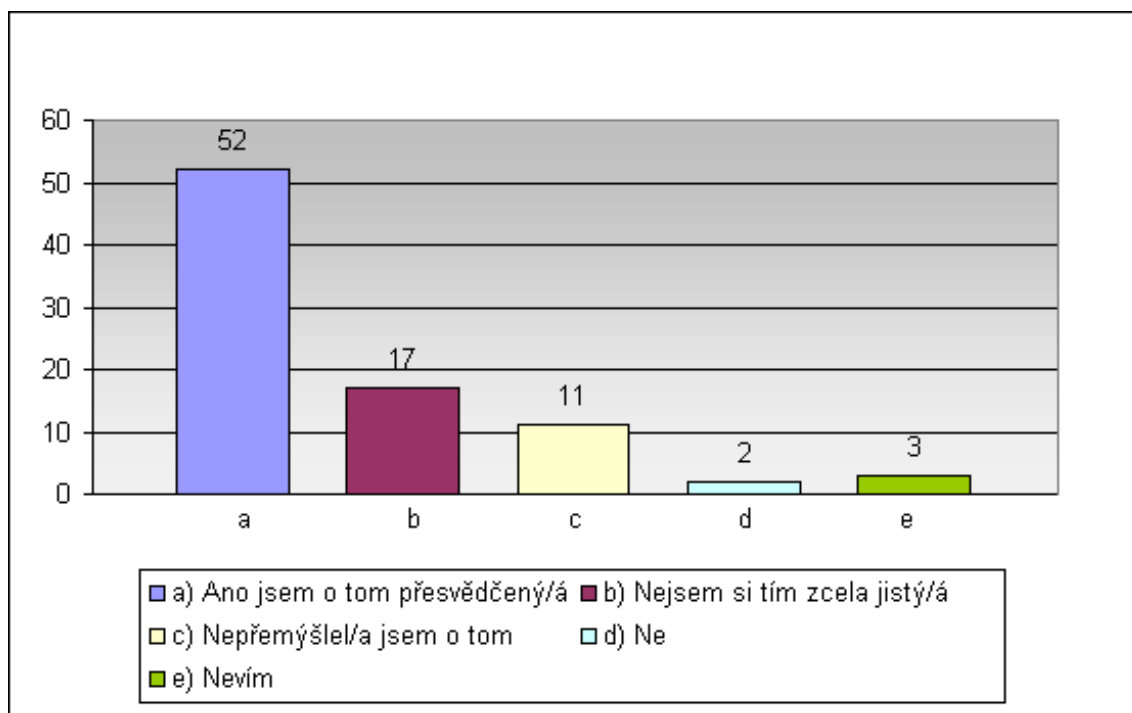
11 (12,9%) z 85 (100%) respondentů si myslí, že česká zdravotnická zařízení dostatečně využívají tlumočnických služeb, spíše ano 9 (10,6%), spíše ne 37 (43,5%), ne uvedlo 24 (28,2%) respondentů a 4 (4,7%) dotázaní neví, zda jsou tyto služby v českých zdravotnických zařízeních efektivně využívány.

Graf 28 Tlumočnická centra jako součást českých nemocničních zařízení



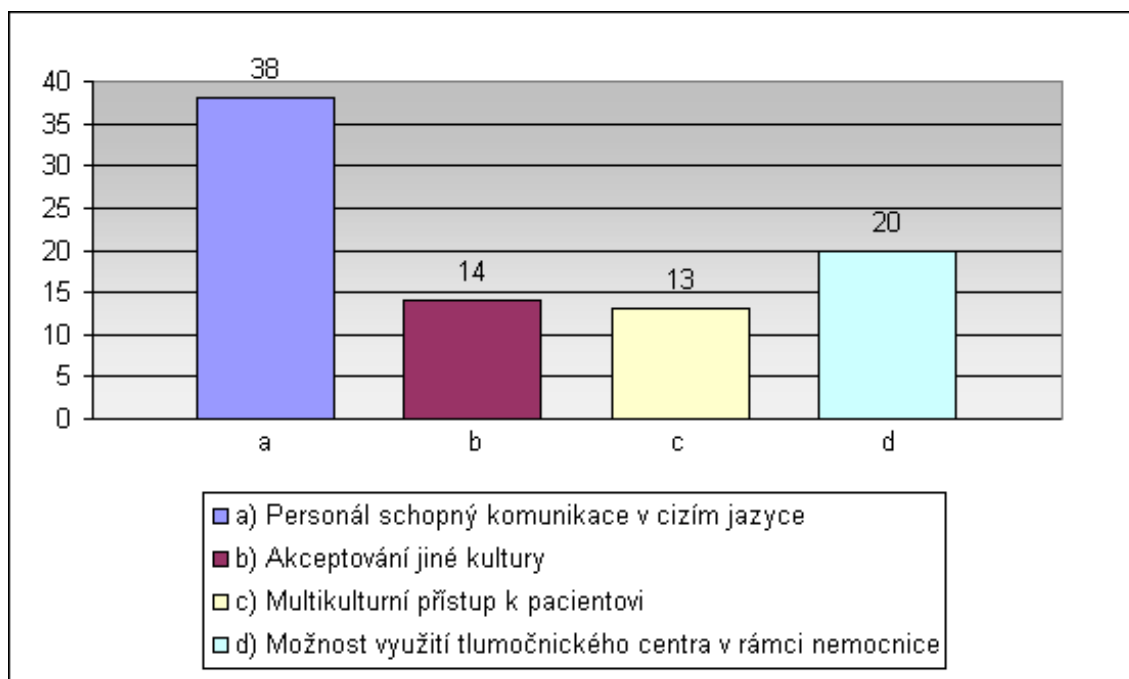
Myšlenku zřízení tlumočnických center v areálech českých zdravotnických zařízení by z celkového počtu 85 (100%) uvítalo 47 (55,3%) respondentů, 26 (30,6%) by toto vnímalo jako zkvalitnění péče o cizince v ČR, 7 (8,2%) neví přesně, co tato idea pro ně znamená a 5 (5,9%) dotázaných to nezajímá.

Graf 29 Automatické využívání tlumočnických center v souvislosti s ošetrovatelskou péčí/léčbou o cizince



52 (61,2%) z 85 (100%) respondentů uvedlo, že by se využívání tlumočnických center mělo stát v ČR samozřejmostí, zcela jisto si není 17 (20%) dotázaných, 11 (12,9%) o tom nepřemýšlelo, 2 (2,4%) nesouhlasí s automatickým využíváním těchto služeb a 3 (3,5%) neví, zda by se využívání tlumočnických služeb mělo stát samozřejmostí.

Graf 30 Možnosti zvyšování kvality ošetrovatelské péče o cizince v českých zdravotnických zařízeních



Zvyšování kvality ošetrovatelské péče o cizince v českých zdravotnických zařízeních z 85 (100%) respondentů spatřuje 38 (44,7%) dotázaných v personálu schopném komunikace v cizím jazyce, 14 (16,5%) v akceptování jiné kultury, 13 (15,3%) v multikulturním přístupu k pacientovi a 20 (23,5%) dotázaných uvedlo možnost využití tlumočnického centra v rámci nemocnice.

5. Diskuze

Výzkumná část bakalářské práce měla za úkol posoudit míru jazykové bariéry v českých zdravotnických zařízeních mezi sestrami, poskytujícími ošetrovatelskou péči a pacienty, pocházejícími ze zahraničí a mnohdy vyznávajícími odlišnou kulturu a víru, právě z pohledu těchto cizinců. Dále pak bylo jejím úkolem zjistit dopad této jazykové bariéry na úroveň sestrami poskytované ošetrovatelské péče v českých nemocnicích. Dotazník, který byl pro respondenty připraven, lze rozdělit do pěti tématických okruhů. První část se týká obecných informací, které se vztahují k respondentům, jako například jejich věk, vzdělání, zaměstnání nebo národnost, a také zmiňuje četnost a důvody návštěv cizinců v českých zdravotnických zařízeních. Druhá část vysvětluje souvislost mezi chováním a komunikací cizince ve vztahu k jazykové bariéře (H1) a je především zaměřena na četnost a rozsah jazykových bariér u českých sester a na zvládnutí komunikace sester alespoň v jednom světovém jazyce (H2). Zabývá se také reakcí respondentů na zařazení cizojazyčných sester do pracovních týmů českých nemocnic. Část třetí se vztahuje k sestram jako takovým, k jejich prioritám, kvalitám, ale i k nejčastějším chybám vznikajícím v komunikaci a přístupu právě ve styku s cizinci (H1). Čtvrtý tématický okruh se dotýká negativního dopadu jazykových bariér mezi sestrou a cizincem na úroveň jemu poskytované ošetrovatelské péče (H3) a konečně část pátá se zaměřuje nejen na využívání, efektivitu a výhody tlumočnických služeb ve vztahu s ošetrovatelskou péčí o pacienty odlišných kultur, ale také možnostmi neustálého zvyšování kvality poskytované ošetrovatelské péče pro cizince v českých zdravotnických zařízeních (H3).

Údaje o věku respondentů (viz Graf 1) vypovídají o nejpočetnějším zastoupení skupiny ve věkovém rozmezí 31-40 let, a to plných 32 (37,6%) z 85 (100%) dotázaných. Vzdělání respondentů je převážně vysokoškolské 34 (40%) nebo vyšší odborné 27 (31,8%), jen 4 (4,7%) dotázaní uvedli vzdělání základní (viz Graf 2). Dotazovaní respondenti pracovali nejvíce v profesích technického, zdravotnického či pedagogického směru 21 (24,7%), ale i řemeslníci nebo kvalifikovaní dělníci 19 (22,4%) nebyli zanedbatelným číslem (viz Graf 3). Z uvedených národností (viz

Graf 4) byli z celkového počtu 85 (100%) respondentů v největším měřítku zastoupeni Němci 31 (36,5%), Italové 16 (18,8%) a Angličané 12 (14,1%), výzkumného šetření se zúčastnilo již méně Rusů 11 (12,9%), 10 (11,8%) Ukrajinců a v neposlední řadě 5 (5,9%) respondentů vietnamské národnosti.

H1 předpokládá, že ošetrovatelská péče je závislá na jazykových a komunikačních dovednostech českých sester, ale i cizinců. S touto hypotézou úzce souvisí třetí tématický okruh otázek. Komunikační a jazyková vybavenost českých sester je obzvláště v dnešní době velmi důležitou, a jak uvádí kolektiv autorů při Olomoucké univerzitě, téměř nepostradatelnou složkou osobnosti každé z nich. Je základním předpokladem pro poskytování komplexní ošetrovatelské péče. Česká sestra se už nesetkává s cizinci jen v rámci dovolených a různých mezinárodních seminářů nebo zahraničních stáží, kde se toto ostatně předpokládá, ale přímo na svém pracovišti. Na význam osvojení si cizího jazyka a možnosti použít v běžné ošetrovatelské praxi odbornou terminologii v cizím jazyce sestrami, již dříve poukazovala autorka Horňáková (6). Z výzkumného šetření v této oblasti vyplývá (viz Graf 12) a zcela potvrzuje H1, že cizinec primárně vidí sestru komunikující v cizím jazyce jako základ kvality jemu poskytované ošetrovatelské péče 58 (68,2%). Stejně tak v následujících dvou otázkách, kde byly sledovány priority (viz Graf 13) nebo naopak nedostatky (viz Graf 14) českých sester v souvislosti s jejich chováním k cizincům, uváděli respondenti v první řadě znalost či neznalost cizího jazyka. Je patrné, že cizinec si je vědom kvalit českých sester (viz Graf 15), sestry na něj zapůsobily převážně kladně, jako profesionálky schopné samostatného úsudku a empatického cítění, nicméně chápe jejich jazykovou vybavenost jako přímo úměrnou jemu poskytované ošetrovatelské péči. Sestra využívající plně svých jazykových schopností je totiž schopna dle názoru 40 (47,1%) respondentů (viz Graf 16) v plné míře zefektivnit přenos informací týkajících se ošetrovatelské péče nebo jejich léčby, či předcházet situacím, které jsou pro cizince nepřehledné a v důsledku toho stresové (viz Graf 17). Teze autorky Špirudové, a v tomto bodě s ní plně souhlasím, uvádí, že sestra nekomunikující v cizím jazyce nemůže, a ani neumí tyto situace eliminovat či řešit a není schopna pacienta odlišné kultury uchránit před neinformovaností, stresem a v důsledku i v nedostatečném

plnění cizincových potřeb (viz Graf 20). Ovšem nejen komunikační schopnosti sester jsou důležité, na výsledku se v konečné fázi podílejí i sami cizinci svým chováním (viz Graf 7). U pacienta, který neumí nebo nechce svým chováním přispět k efektivnější komunikaci, je pak pro sestru velmi složité najít správný individuální přístup a plnit jeho potřeby, a i proto je H1 bez výjimky potvrzena. Ošetrovatelská péče úzce souvisí a je závislá na komunikační a jazykové vybavenosti českých sester a cizinců.

Jen jako zajímavost bych chtěla uvést fakt, že národnost respondentů se významně podílela na pozitivním a negativním hodnocení českých sester cizinci. Respondenti anglické a italské národnosti hodnotili jazykové bariéry českých sester spíše v pozitivním slova smyslu, zatímco respondenti národnosti německé naopak. Jazykové bariéry českých sester byly z jejich pohledu mnohem vyšší oproti jiným zahraničním státům. Dalo by se tedy říci, že objektivní údaje respondentů jsou často ovlivněny ještě jinými nepředpokládanými aspekty, jako například zde, mentalitou cizinců.

H2 uvádí, že jazykové bariéry jsou značné v souvislosti s deficitem znalosti cizích jazyků. K této hypotéze se vztahuje především druhý tematický okruh otázek. Kolik znáš jazyků, tolikrát jsi člověkem. Jazyková politika našeho státu převzala politiku Rady Evropy a Evropské unie. Jejím cílem je zlepšit úroveň jazykového vzdělávání tak, aby každý občan byl krom svého rodného jazyka schopen plně komunikovat ještě dvěma cizími jazyky. Sestry se mohou na českých středních školách účastnit vzdělávacího programu, ve kterém jsou do výuky zařazeny dva povinné jazyky a samozřejmostí jsou výměnné pobyty. České vysoké školy už ovšem pohlížejí na další jazykové vzdělávání jako na ryze osobní záležitost toho kterého studujícího. Z výzkumného šetření v této oblasti vyplývá a potvrzuje danou H2, že i přes kvalitní nabídku jazykového vzdělání v českých školách se s jazykovou bariérou sester na základě neznalosti cizího jazyka z celkového počtu 85 (100%) cizinců setkala 33 (38,8%) respondentů a 25 (29,4%) dotázaných uvedlo, že jazykové bariéry sester se nejspíše zakládaly na neznalosti cizího jazyka (viz Graf 9). I z grafu 18 je tato skutečnost více než zřejmá, celých 39 (45,9%) z 85 (100%) dotázaných uvedlo jako nejčastější pracovní nedostatek českých sester neznalost cizího jazyka. Proč tomu tak

je? Myšlenka, ve které se kolektiv autorů Olomoucké univerzity přiklání k názoru, že není-li sestra po ukončení svého povinného vzdělání dostatečně motivována, například snahou vycestovat za prací do zahraničí, novými pracovními možnostmi či rozvojem své osobní kariéry, k dalšímu navazujícímu jazykovému vzdělávání, vysvětluje, proč se sestry nesnaží svoji jazykovou vybavenost udržovat nebo dále zdokonalovat. Mohli bychom tedy usuzovat, že české sestry vnímají další jazykové sebevzdělávání spíše jako věc svého osobního zájmu a ne jako automatickou složku svých schopností v rámci poskytování ošetrovatelské péče. Samozřejmým očekáváním respondentů je dokonalé zvládnutí alespoň jednoho světového jazyka sestrou (viz Graf 11). Překvapující skutečností se v rámci tohoto šetření jeví přání 74 (87%) dotázaných zařadit záměrně do pracovního týmu cizojazyčný personál, schopný poskytnout cizinci komplexní multikulturní ošetrovatelskou péči. K potvrzení H2 přispěl i výsledek výzkumného šetření, zjišťující míru jazykové bariéry českých sester a sester v zahraničí (viz Graf 23), kdy byla tato míra 41 (48,3%) respondenty vnímána jako vyšší v porovnání se zahraničím.

H3 předpokládá, že jazykové bariéry mohou mít negativní dopad na úroveň ošetrovatelské péče. Na tuto hypotézu navazuje čtvrtý tematický okruh otázek, záměrně zaměřený na tuto problematiku. Negativním dopadem jazykové bariéry na úroveň ošetrovatelské péče v České republice můžeme chápat již neuspokojení základních potřeb pacienta odlišné kultury. Mohli bychom usuzovat, že vidíme-li tohoto pacienta z pohledu bio-psycho-sociálního, můžeme tyto potřeby dopředu předpokládat, tento úsudek sice koreluje s tezí H. Maslowa, že lidé jsou si ve svých potřebách podobnější, než by na první pohled mohlo být zřejmé, ale nemohu s ním zcela souhlasit. Obzvláště pokud se jedná o ošetrovatelskou péči o cizince a plnění jejich potřeb, přikláním se k ošetrovatelskému modelu Madeleine Leiningerové, který respektuje pacienta rozdílné kultury, jeho filozofický názor a hodnoty, které se transkulturně liší. Tento holistický model je orientován na kvalitu a plně respektuje pacientovu individualitu. Respondenti tohoto výzkumného šetření poukazují na to (viz Graf 20), že jazykové bariéry sester mohou mít v konečném důsledku velmi negativní dopad na jejich informovanost 40 (47,1%), 19 (22,4%) dotázaných uvedlo, že jejich potřeby nebyly v souvislosti

s jazykovou bariérou sester vůbec rozpoznány a v 15 (17,6%) případech nebyly tyto potřeby vyplněny. To plně potvrzuje výše uvedenou hypotézu. Pro zajímavost, plných 37 (43,5%) z 85 (100%) respondentů uvedlo nezohlednění jejich specifických požadavků a u 29 (34,1%) dotázaných nebyla tato specifika jejich kultury zohledňována vždy. V některých případech se respondenti setkali s nezájmem sester a s bagatelizací jejich skutečných potřeb (viz Graf 18).

Pátá oblast výzkumného šetření byla orientována na využití tlumočnických služeb v rámci českých nemocnic. Velkým překvapením pro mě bylo téměř nadšení ze strany respondentů v souvislosti s myšlenkou zbudování mateřských tlumočnických center přímo v areálech českých zdravotnických zařízení (viz Graf 28). Nabídku na využití tlumočnické služby by zcela určitě využilo 62 (72,9%) respondentů (viz Graf 24). Z grafu 26 je patrné, že respondenti vysloveně kladně hodnotí využití služeb tlumočnicka, ve smyslu dobré informovanosti 23 (27,1%), 21 (24,7%) dotázaných uvedlo znatelné zlepšení v plnění jejich potřeb sestrou, dalšími důvody k využití tlumočnicka bylo také zvýšení kvality ošetrovatelské péče a lepší akceptace nebo porozumění jiné kultury sestrou. Ačkoli jsou mateřská tlumočnická centra již využívána, například v Německu nebo Finsku, nemá zatím tato idea v České republice žádný ohlas, tak, aby se myšlenka mohla stát skutečností. Přitom z výzkumného šetření jednoznačně vyplynulo respondenty nanejvýš kladné přijetí tlumočnických služeb v souvislosti s poskytováním ošetrovatelské péče v českých zdravotnických zařízeních. Tento fakt koreluje i se srovnávanou literaturou, kdy se konkrétně Špirudová zmiňuje, že již první tlumočení zvyšuje compliance a zkušenosti sester, ale i pacientů jsou kladné (28). Efektivní využívání těchto center v rámci českých nemocnic by vedlo k podstatnému snížení jazykových bariér mezi sestrami a cizinci a v konečném důsledku i k plynulému zvyšování kvality multikulturní ošetrovatelské péče o tyto pacienty.

6. Závěr

Záměrem této bakalářské práce bylo zjistit, jak rozsáhlá je jazyková bariéra českých sester z pohledu zahraničních pacientů a jak může tento jazykový handicap českého zdravotnického personálu v konečném důsledku ovlivnit úroveň poskytované ošetrovatelské péče.

Při formulování cíle a vlastních hypotéz jsem vycházela ze své osobní zkušenosti sestry pracující v zahraničí, kde prioritou k poskytování kvalitní ošetrovatelské péče bylo především dokonalé zvládnutí cizího jazyka. Po této pracovní zkušenosti jsem si uvědomila, jak důležitá je jazyková vybavenost sestry, a to nejen pro její osobní život, ale i v souvislosti s její profesí. Byla jsem velmi zvědavá, zda v tomto výzkumném šetření české sestry z pohledu cizinců obstojí. Dle údajů Českého statistického úřadu je totiž zřejmé, že zahraniční klientela v českých zdravotnických zařízeních každým rokem narůstá, a tak by se dalo logicky předpokládat, že s tímto číslem bude růst i počet sester plynně komunikujících v cizím jazyce.

Výsledky vycházející z výzkumného šetření nebyly, dle mého názoru, optimistické. Míra jazykové bariéry českých sester byla očima cizinců hodnocena oproti zahraničí jako vyšší právě z důvodu jejich jazykové nevybavenosti. Cizinci udávali také přímou souvislost tohoto deficitu s úrovní jim poskytované ošetrovatelské péče, ale byli si také vědomi toho, že i svým chováním a přístupem mohou jazykovou bariéru snížit nebo naopak navýšit. Jazyková bariéra sester se ze strany cizinců neodrážela negativně jen ve velmi nízké informovanosti těchto pacientů, ale mnohdy i přehlížením či neplněním jejich skutečných potřeb a despektem k odlišné kultuře pacienta. Podíváme-li se na věc ze strany sestry komunikující v cizím jazyce, budou pro ni tato úskalí multikulturní péče daleko lépe zvládnutelná a podstatně dříve docílí efektivnějšího plnění potřeb i spolupráce cizince, než sestra v cizím jazyce nekomunikující. Další nevyužitou možností, jak docílit zkvalitnění multikulturní péče, je zbudovat mateřská tlumočnická centra přímo v areálech českých nemocnic nebo lépe využívat tlumočnických služeb v rámci těchto zařízení. Překvapivě se tato myšlenka setkala s velkým ohlasem u většiny respondentů. Efektivní využívání těchto center by zcela

jistě vedlo ke snížení jazykových bariér mezi sestrami a cizinci a zároveň i ke zkvalitnění multikulturní ošetrovatelské péče o cizince.

7. Seznam použité literatury

1. BLÁHA, K., STAŇKOVÁ, M. aj. *Sestra a pacient, zdravotnické právo v ošetrovateľskej praxi II*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovateľství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. 67 s. ISBN není uvedeno.
2. ČSÚ - POČET CIZINCŮ V ČR
http://www.czso.cz/csu/cizinci.nsf/kapitola/ciz_pocet_cizincu
3. DE VITO, J. *Základy mezilidské komunikace*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2001. 420 s. ISBN 80-7169-988-8.
4. HANZLÍKOVÁ, M. a kol. *Svět cizích jazyků dnes: Inovační trendy v cizojazyčné výuce*. 1. vyd. Bratislava: Pedagogické vydavateľstvo Didaktis, 2004. 188 s. ISBN 80-89160-11-5.
5. HONZÁK, R. *Komunikační pasti v medicíně: praktický manuál komunikace lékaře s pacientem*. 2. vyd. Praha: Galén, 1999. 165 s. ISBN 80-7262-032-0.
6. HORŇÁKOVÁ, A. *Význam ovládania ošetrovateľskej terminologie v cudzom jazyku pre prácu zdravotníka v zahraničí*. In *Ošetrovateľstvo 21. storočia v procese zmien: zborník z konferencie*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa, 2005. S 109-114. ISBN 80-8050-886-0.
7. INTEGRACE CIZINCŮ V ČR
http://www.mpsv.cz/files/clanky/6597/integrace_cizincu.pdf

8. IVANOVÁ, K., ŠPIRUDOVÁ, L., KUTNOHORSKÁ, J. *Multikulturní ošetrovatelství I*. 1. Vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2005. 248 s. ISBN 80-247-1212-1.
9. JIHOČESKÁ UNNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH, ZSF. *Všeobecná sestra pro absolventy vyšších odborných škol*. 1. Vyd. České Budějovice: Vlastimil Johanus Tiskárna, 2008. 310 s. ISBN není uvedeno.
10. KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. *Komunikace a stres*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2004. 24 s. ISBN 80-7071-246-5.
11. KRISTOVÁ, J. *Komunikácia v ošetrovatelstve*. vyd. neuvedeno. Brno: Osveta, 2004. 211 s. ISBN 80-8063-160-3.
12. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
13. KUSÁ, M. *Psychologická problematika hospitalizace*
http://www.zis.naskok.cz/index.php/studijni_materialy/psychologie/psychologicka_problematika_hospitalizace
14. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2007. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
15. LEPILOVÁ, K. a kol. *K cizojazyčné řečové komunikaci ve sféře podnikání*. 1. Vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2004. 256 s. ISBN 80-7042-676-4.
16. MARÁDOVÁ, E. *Multikulturní porozumění*. 1. vyd. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. 44 s. ISBN 80-86991-82-2.

17. MASTILIAKOVÁ, D. a kol. *Česká společnost na prahu vstupu Evropské unie a její odraz v zdravotnické praxi*. vyd. nevedeno. Ostrava: Ostravská univerzita, ZSF, 2003. 133 s. ISBN 80-7042-344-7.
18. MASTILIAKOVÁ, D. a kol. *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče a respektování jejich transkulturní odlišnosti v rámci v českého právního řádu*. vyd. nevedeno. Ostrava: Ostravská univerzita, ZSF, 2002. 123 s. ISBN 80-7042-344-7.
19. NÁRODNÍ PLÁN VÝUKY CIZÍCH JAZYKŮ
http://www.syka.cz/narodni_plan.htm 2.3.2009
20. NÁRODNÍ PROJEKT BRÁNA JAZYKŮ
http://www.ucitelskenoviny.cz/obsah_clanku.php?vydani=07&rok=06&odkaz=narodni.htm 2.3.2009
21. NOVINKY ZÁKLADNÍHO VZDĚLÁNÍ
http://www.ucitelskenoviny.cz/obsah_clanku.php?vydani38&rok=04&odkaz=novinky.htm 2.3.2009
22. PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. Vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. 150 s. ISBN 80-247-1211-3.

23. PETRUCIJOVÁ, J., FEBER, J. *Multikulturalismus jako komunikační problém*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2005. 19 s. ISBN 80-7368-082-J.
24. PLAŇAVA, I. *Průvodce mezilidskou komunikací – přístupy, dovednosti, poruchy*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2005. 146 s. ISBN 80-247-0858-2.
25. POKORNÁ, A. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 86 s. ISBN 80-7013-440-2.
26. POKORNÝ, J. *Manuál tvořivé komunikace*. 2. přepracované a doplněné vyd. Brno: Akademické nakladatelství CERM, s.r.o., 2004. 300 s. ISBN 80-7204-330-7.
27. ŠPIRUDOVÁ, L. a kol. *Multikulturní ošetrovatelství ve vzdělávání sester na středních školách a vyšších školách*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. Výstup 1. roku práce na projektu, 2002.
28. ŠPIRUDOVÁ, L., TOMANOVÁ, D., KUDLOVÁ, P., HALMÖ, R. *Multikulturní ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. 248 s. ISBN 80-247-12-13-X.
29. TLUMOČENÍ
- <http://www.tlumoceni-preklady.cz/o-prekladatelstvi/prekladatelske-sluzby/> 2/09

30. TRACHTOVÁ, E. aj. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. 185 s. ISBN 57-851-02.
31. UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI, kolektiv autorů II. *Sociokulturní kontexty v ošetrovatelství a porodní asistenci, příspěvek k podpoře humánnější péče o člověka*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. 654 s. ISBN 80-244-1424-4.
32. VYBÍRAL, Z. *Psychologie komunikace*. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2005. 320 s. ISBN 80-7178-998-4.
33. VZDĚLÁVÁNÍ – MŠMT
<http://www.msmt.cz/vzdelavani>

8. Klíčová slova

cizí jazyk

multikulturní péče

komunikace

sestra

cizinec

9. Přílohy

Příloha č. 1 Dotazník ČJ

Příloha č. 2 Dotazník AJ

Příloha č. 3 Dotazník NJ

Příloha č. 1 Dotazník ČJ

Vážený pane/paní, jmenuji se Martina Motysová a jsem studentkou 3. ročníku oboru Ošetrovatelství na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích. Zajímám se o téma „Jazykové bariéry v ošetrovatelské péči z pohledu cizinců“, a proto Vás prosím o vyplnění následujícího dotazníku. Chtěla bych Vás požádat o co nejpravdivější údaje. Vámi poskytnuté údaje, budou využity pouze v rámci studie, zjišťující míru a dopad jazykové bariéry na poskytovanou ošetrovatelskou péči cizincům v českých zdravotnických zařízeních. Výsledky výzkumu mohou být využity v praxi a posloužit ke zvýšení kvality ošetrovatelské péče o cizince v České republice. Děkuji Vám za spolupráci a Váš čas.

1. Kolik je Vám let

- a) 20 – 25
- b) 26 – 30
- c) 31 – 40
- d) 41 a více let

2. Vaše vzdělání?

- a) Základní
- b) Středoškolské
- c) Vyšší odborné
- d) Vysokoškolské

3. Jaké je Vaše zaměstnání?

- a) Vedoucí a řídicí pracovník
- b) Vědecký a odborně duševně pracující
- c) Technický, zdravotnický a pedagogický pracovník
- d) Nižší administrativní pracovník
- e) Provozní pracovník ve službách
- f) Kvalifikovaný zemědělský a lesnický pracovník
- g) Řemeslník a kvalifikovaný dělník
- h) Obsluha strojů a zařízení
- i) Pomocný a nekvalifikovaný pracovník
- j) Nepracující

4. Jaké jste národnosti?

- a) Angličan
- b) Němec
- c) Rus
- d) Ital
- e) Ukrajinec
- f) Vietnamec

5. Z jakého důvodu využíváte, či jste využil/a možnost ošetření/ léčby v českých zdravotnických zařízeních?

- a) Akutní stav vyžadující okamžitou léčbu/ošetření
- b) IVF – léčba neplodnosti
- c) Stomatologické ošetření
- d) Plastické operace
- e) Jiné

6. Kolikrát jste podstoupil/a léčbu či ošetření v českých zdravotnických zařízeních?
- a) Jednou
 - b) Dvakrát
 - c) Třikrát
 - d) Vícekrát
7. Jak často se setkáváte při návštěvách nemocničního zařízení v České republice s jazykovou bariérou ze stran personálu?
- a) Téměř vždy
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Ne
8. Myslíte si, že by v pracovním týmu měl být zařazen personál, který je schopen komunikovat v cizím jazyce?
- a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím
9. Myslíte si, že by nemocniční personál měl ovládat alespoň jeden světový jazyk?
- a) Ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Ne

10. Vnímáte personál schopný komunikace v cizím jazyce jako prioritu, která je základem kvality Vám poskytované ošetrovatelské péče a je zásadní, pro kladný průběh Vaší další léčby a ošetrovatelské péče?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Ne
- d) Spíše ne
- e) Nevím

11. Myslíte si, že jazyková bariéra může negativně ovlivnit úroveň Vám poskytnuté ošetrovatelské péče?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne
- e) Nevím

12. Co by z Vašeho pohledu nemělo chybět zdravotnickému personálu v českých zdravotnických zařízeních?

- a) Znalost cizích jazyků
- b) Profesionalita
- c) Empatie
- d) Ohleduplnost
- e) Ochota

13. Co by naopak nemocniční personál v českých zdravotnických zařízeních mohl ve svém chování, či počínání eliminovat?

- a) Neznalost cizích jazyků
- b) Neinformovanost
- c) Neprofesionalitu
- d) Neochotu
- e) Despekt k pacientům jiné národnosti

14. Jak na Vás během pobytu v českém zdravotnickém zařízení působil nemocniční personál?

- a) Profesionálně
- b) Ohleduplně
- c) Neprofesionálně
- d) Zmateně
- e) Stresovaný
- f) Bez zájmu

15. Může Vám, dle Vašeho názoru, nemocniční personál, znalý komunikace v cizím jazyce, efektivněji pomoci docílit vyšší informovanosti, o způsobu a průběhu léčby či ošetrovatelské péče?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne
- e) Nevím

16. Myslíte si, že personál komunikující v cizím jazyce může předejít pro Vás různým nepřehledným a stresovým situacím?

- a) Ano
- b) Ne vždy
- c) Ne
- d) Nevím

17. Jaké pozorujete nejčastější chyby, problémy v komunikaci a v přístupu českého nemocničního personálu k Vám?

- a) Nezvládnutí komunikace v cizím jazyce
- b) Stres z komunikace v cizím jazyce
- c) Xenofobie
- d) Neschopnost přesně formulovat podstatu problému
- e) Nedostatek času
- f) Bagatelizace problému
- g) Vyhýbání se komunikaci s cizincem

18. Myslíte si, že svým chováním a snahou komunikovat můžete jazykovou bariéru snížit?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne
- e) Nevím

19. Jak se s jazykovou bariérou snažíte vyrovnat?

- a) Snažím se této situaci předcházet a využiji služeb tlumočnicka
- b) Komunikuji jasně a stručně, tak abych jazykovou bariéru snížil na minimum
- c) Požádám o pomoc kohokoli ze stran personálu nebo pacientů
- d) Situaci nezvládám a panikařím

20. Byla Vám během léčby nebo ošetření nabídnuta možnost využití tlumočnické služby?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

21. Kdyby Vám tato možnost byla poskytnuta využili/a byste ji?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne
- e) Nevím

22. V čem spatřujete výhodu využití tlumočnických služeb?

- a) Plná informovanost pacienta
- b) Lepší plnění potřeb pacienta
- c) Zvýšení kvality ošetrovatelské péče
- d) Personál lépe akceptuje cizí kulturu

23. Využívají česká zdravotnická zařízení dostatečně efektivně tlumočnické služby ve spojitosti s léčbou/ošetrovatelskou péčí cizinců?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne
- e) Nevím

24. Jak byste posoudil/a myšlenku zřízení tlumočnických center přímo v areálech českých zdravotnických zařízení?

- a) Uvítal/a bych to
- b) Vnímal/a bych to jako zkvalitnění péče o cizince v ČR
- c) Nevím, co to pro mě znamená
- d) Je mi to jedno

25. Myslíte si, že by se využívání tlumočnických center v péči o cizince mělo stát v České republice samozřejmostí?

- a) Ano jsem o tom přesvědčený/á
- b) Nejsem si tím zcela jistý/á
- c) Nepřemýšlel/a jsem o tom
- d) Ne
- e) Nevím

26. Jsou v českých zdravotnických zařízeních zohledňovány Vaše specifické požadavky vztahující se k Vaší kultuře či národnosti?

- a) Ano
- b) Ne vždy
- c) Ne
- d) Nevím

27. V čem spatřujete zvyšování kvality ošetrovatelské péče o cizince v českých zdravotnických zařízeních?

- a) Personál schopný komunikace v cizím jazyce
- b) Akceptování jiné kultury
- c) Multikulturní přístup k pacientovi
- d) Možnost využití tlumočnického centra v rámci nemocnice

28. Uveďte rozdíl mezi ošetrovatelskou péčí o cizince v českých zdravotnických zařízeních a jiných zahraničních státech:

- a) Lepší schopnost komunikace v cizím jazyce
- b) Větší ochota personálu
- c) Automatický multikulturní přístup k pacientovi
- d) Respektování specifických potřeb cizince
- e) Žádný rozdíl
- f) Nevím

29. Porovnejte prosím míru jazykové bariéry českého nemocničního personálu oproti personálu jiných zahraničních států:

- a) Je srovnatelná s ostatními zahraničními státy
- b) Je nižší
- c) Je vyšší

30. Jaké negativní dopady, může mít jazyková bariéra sester na Vám poskytovanou ošetrovatelskou péči?

- a) Neinformovanost pacienta
- b) Nerozpoznání potřeb pacienta
- c) Neuspokojení potřeb pacienta
- d) Nerespektování specifických potřeb pacienta
- e) Nerespektování odlišné kultury pacienta

Příloha č. 2 Dotazník AJ

Dear lady/gentleman,

My name is Martina Motysová and I study at Jihočeská univerzita in České Budějovice, my specialisation is 'Nursing'. Currently I am in the third year of my studies.

I am interested in the topic 'Language Barriers in Nursing from the Foreigners' Point of View' and therefore I would like to ask you to complete the following form. Please, state only the true information. The provided information will be used only for this study. The aim of the study is to identify the impact of the language barrier on the nursing care of foreigners in Czech health services. The results might be used practically for quality improvement of the nursing care of foreigners in the Czech Republic. Thank you very much for cooperation and time.

1. How old are you?

- a) 20 – 25
- b) 26 – 30
- c) 31 – 40
- d) 41 and more

2. What is your highest education?

- a) Elementary
- b) Secondary
- c) Advanced vocational training
- d) University education

3. What is your job?

- a) Management staff
- b) Research worker
- c) Technical, medical and pedagogical worker
- d) Lower administrative worker
- e) Operational worker in services
- f) Qualified agriculture and forest worker
- g) Handicraftsman and qualified worker
- h) Machine operator
- i) Helping and not qualified personnel
- j) Not working

4. What is your nationality?

- a) English
- b) German
- c) Russian
- d) Italian
- e) Ukraine
- f) Vietnamese

5. Why have you decided to use Czech health services?

- a) Emergent status requiring immediate treatment
- b) IVF – infertility treatment
- c) Dental treatment
- d) Plastic surgery
- e) Other

6. How many times have you visited the Czech health services?

- a) Once
- b) Twice
- c) Three times
- d) More

7. How often do you meet with personnel language barrier in the Czech health services?

- a) Almost always
- b) Rather yes
- c) Rather no
- d) Never

8. Do you think that in the team there should be personnel able to communicate in a foreign language?

- a) Yes
- b) No
- c) I don't know

9. Do you think the health services staff should be able to use at least one foreign language?

- a) Yes
- b) Rather yes
- c) Rather no
- d) No

10. Do you think that the health services personnel able to communicate in a foreign language is a priority fundamental for the quality of the health care provided to you and is essential for positive process of further treatment and nursing care?

- a) Yes
- b) Rather yes
- c) No
- d) Rather no
- e) I don't know

11. Do you think that language barrier can negatively influence the level of the health care provided to you?

- a) Yes
- b) Rather yes
- c) No
- d) Rather no
- e) I don't know

12. According to your opinion what shouldn't the health care personnel lack?

- a) Knowledge of foreign languages
- b) Professionalism
- c) Empathy
- d) Discreetness
- e) Readiness

13. What could be eliminated in behaviour of the Czech health care personnel?

- a) Unfamiliarity with foreign languages
- b) Lack of information
- c) Unprofessional conduct
- d) Unwillingness
- e) Contempt of foreign patients

14. What was the impression of the Czech health care personnel upon you while your stay in the Czech health care centre?

- a) Professional
- b) Considerate
- c) Chaotic
- d) Stressed
- e) Lack of interest

15. According to your opinion, can the health care personnel able to communicate in a foreign language more efficiently explain the method and process of treatment and health care to you?

- a) Yes
- b) Rather yes
- c) No
- d) Rather no
- e) I don't know

16. Do you think that the health care personnel communicating in a foreign language can eliminate for you confusing and stressful situations?

- a) Yes
- b) Not always
- c) No
- d) I don't know

17. What are the most common mistakes, problems in communication and attitude of the Czech health care personnel?

- a) Inability to communicate in a foreign language
- b) Stress caused by communication in a foreign language
- c) Xenophobia
- d) Inability to exactly explain the matter
- e) Lack of time
- f) Belittlement of the problem
- g) Avoiding communication with foreigners

18. Do you think you can minimize the language barrier with your behaviour and effort to communicate??

- a) Yes
- b) Rather yes
- c) No
- d) Rather no
- e) I don't know

19. How do you cope with the language barrier?

- a) I try to eliminate these situations, I use a translator
- b) I try to communicate clearly and briefly to eliminate the language barrier as much as possible
- c) I ask personnel or other patients for help
- d) I can't cope with these situations, I panic

20. During your treatment were you offered to use translator service?

- a) Yes
- b) No
- c) I don't know

21. If you were offered this service would you use it?

- a) Yes
- b) Rather yes
- c) No
- d) Rather no
- e) I don't know

22. According to your opinion what is the advantage of using the service of translator?

- a) Complete information for the patient
- b) Better fulfilment of the patient's needs
- c) Quality improvement of the health care services
- d) Better attitude to the foreign culture

23. Do you think that Czech health care centres use sufficiently effectively the translation services in connection with health care provided to foreigners?

- a) Yes
- b) Rather yes
- c) No
- d) Rather no
- e) I don't know

24. What is your opinion regarding establishment of translation services directly on the premises of the health care centres?

- a) I would appreciate it
- b) I would understand it as improvement of health care quality for foreigners in Czech Republic
- c) I don't know what it means for me
- d) I don't care

25. Do you think using translation services should be obvious part of health care for foreigners in the Czech Republic?

- a) Yes, definitely
- b) I am not really sure
- c) I haven't considered this idea
- d) No
- e) I don't know

26. Are your specific needs relating to culture or nationality taken into consideration in the Czech health care centres?

- a) Yes
- b) Not always
- c) No
- d) I don't know

27. Where can you see the health care quality improvement provided to foreigners in the Czech Republic?

- a) Personnel able to communicate in a foreign language
- b) Accepting of different culture
- c) Multicultural attitude to the patient
- d) Possibility to use translation service within the health care centre

28. Please, state the difference between the health care for foreigners in the Czech Republic and in other foreign countries.

- a) Better ability to communicate in a foreign language
- b) More willingly helping personnel
- c) Automatic multicultural attitude to the patient
- d) Respect for specific needs of the foreigners
- e) No difference
- f) I don't know

29. Please, compare the level of language barrier of the health care personnel in the Czech Republic and in other foreign countries:

- a) It is comparable with other foreign countries
- b) It is lower
- c) It is higher

30. Negative incidence (of your choice) of language barriers nurses to nursing care:

- a) Lack of information patient
- b) Un identification of patients need
- c) Not satisfied of patients needs
- d) Unrespected of patients special needs
- e) Unrespected of patients different culture

Příloha č. 3 Dotazník NJ

Sehr geehrter Herr/Frau, ich heiße Martina Motysová und studiere das dritte Jahr Fachrichtung Krankenpfleger an der Südböhmischen Uni in Ceske Budejovice. Ich interessiere mich für das Thema: „Sprachbarrieren im Pflegedienst aus der Sicht der Ausländer“ und deswegen bitte ich Sie um Ausfüllung des folgenden Formulars. Ich ersuche um wahrheitsgemäße Informationen. Die vermittelte Angaben über Ausmas und Auswirkungen der Sprachbarriere der Tschechischen Sanitäreinrichtungen auf den geleisteten Pflegedienst für Ausländer, werden nur im Rahmen der Studie benutzt. Die Forschungsergebnisse können in der Praxis benutzt werden und zur Qualitätserhöhung der Fürsorge um Ausländer in der Tschechischen Republik dienen. Ich danke Ihnen für die Zusammenarbeit und Ihre Zeit, die Sie der Fragenbogenausfüllung widmen

1. Wie alt sind Sie

- a) 20 – 25
- b) 26 – 30
- c) 31 – 40
- d) 41 und mehr

2. Ihre Ausbildung ?

- a) Grundausbildung
- b) Fachschule
- c) Höhere Fachschulbildung
- d) Hochschulbildung

3. Ihr Beruf ?

- a) Leitender Angestellter
- b) Wissenschaftlicher Fachangestellter
- c) Technischer, Gesundheits- und Pädagogischer Angestellter
- d) Lower Management
- e) Betriebsangestellter, Kundendienst
- f) qualifizierter Landarbeiter, Förster
- g) Handwerker und qualifizierter Arbeiter
- h) Wartung von Maschinen und Maschinenanlagen
- i) Hilfsarbeiter
- j) Nichtberufstätig

4. Welcher Nationalität sind Sie ?

- a) Engländer
- b) Deutsche
- c) Russe
- d) Italiener
- e) Ukrainer
- f) Vietnamese

5. Aus welchen Grund nutzen Sie /haben Sie ausgenutzt/ die Behandlungsmöglichkeit/Therapie in den tschechischen Sanitäreinrichtungen aus ?

- a) Akuter Zustand der eine sofortige Behandlung/ Pflege erfordert
- b) IVF – Sterilität
- c) Zahnbehandlung
- d) Platte Operation
- e) Sonstige

6. Wie oft haben Sie sich der Behandlung/ Pflege in den tschechischen Sanitäreinrichtungen unterzogen ?
- a) Einmal
 - b) Zweimal
 - c) Dreimal
 - d) Mehrmals
7. Wie oft stossen Sie bei dem Besuch der Sanitäreinrichtungen in der Tschechischen Republik auf die Sprachbarriere von der Seite des Personals?
- a) Fast immer
 - b) Vielmehr
 - c) Selten
 - d) Nie
8. Sind Sie der Meinung, dass im Arbeitsteam ein Personal eingestellt werden soll, das fähig ist in Fremdsprachen zu kommunizieren?
- a) Ja
 - b) Nein
 - c) Ich weiss nicht
9. Sind Sie der Meinung, dass das Krankenhauspersonal mindestens eine Fremdsprache beherrschen sollte?
- a) Ja
 - b) Eher ja
 - c) Eher nicht
 - d) Nein

10. Halten Sie das Personal, das fähig ist in Fremdsprachen zu kommunizieren als Priorität, die den Grund der Ihnen geleisteten Fürsorgequalität darstellt, und grundsätzlich für den positiven Verlauf der weiteren Behandlung oder Fürsorge wichtig ist?

- a) Ja
- b) Eher ja
- c) Nein
- d) Eher nicht
- e) Ich weiss nicht

11. Sind Sie der Meinung, dass die Sprachbarriere negativ das Niveau der Ihnen geleisteten Fürsorge beeinflussen kann?

- a) Ja
- b) Eher ja
- c) Eher nein
- d) Nein
- e) Ich weiss nicht

12. Was sollte aus Ihrer Sicht dem Gesundheitspersonal in den tschechischen Sanitäreinrichtungen nicht fehlen?

- a) Fremdsprachenkenntnisse
- b) Professionalität
- c) Empatie
- d) Rücksichtnahme
- e) Bereitwilligkeit

13. Was konnte im Gegenteil das Krankenhauspersonal der tschechischen Sanitäreinrichtungen in seinem Verhalten, oder Benehmen eliminieren?

- a) Unkenntnis der Fremdsprachen
- b) Ungenügende Informiertheit
- c) Unprofessionalität
- d) Ungefälligkeit
- e) Despekt zu Patienten anderer Nationalität

14. Wie wirkte während Ihrem Aufenthalt in der tschechischen Sanitäreinrichtung das Krankenhauspersonal auf Sie?

- a) Professionell
- b) Rücksichtsvoll
- c) Unprofessionell
- d) Verworren
- e) Gestresst
- f) Uninteressiert

15. Kann das Krankenhauspersonal mit Fremdsprachekenntnissen, nach Ihrer Meinung, eine höhere Informiertheit über Therapieart, Behandlungsverlauf oder Fürsorge helfen zu erzielen ?

- a) Ja
- b) Eher ja
- c) Eher keine
- d) Nein
- e) Ich weiss nicht

16. Meinen Sie, dass das Personal mit Fremdsprachenkenntnissen verschiedene Stress-Situationen vorbeugen kann?

- a) Ja
- b) Nicht immer
- c) Nein
- d) Ich weiss nicht

17. Welche Fehler, Kommunikationsprobleme und Einstellungen zu Ihnen beobachten Sie bei dem tschechischen Krankenhauspersonal am öftesten?

- a) Keine Bewältigung von Fremdsprachen
- b) Stress wegen Kommunikation in fremder Sprache
- c) Xenofobie
- d) Unfähigkeit die Problembasis zu formulieren.
- e) Zeitmangel
- f) Problembagatellisierung
- g) Die Kommunikation mit dem Ausländer vermeiden

18. Meinen Sie, dass es möglich ist durch das Verhalten und Kommunikationsbemühungen die Sprachbarriere zu verringern ?

- a) Ja
- b) Eher ja
- c) Eher nein
- d) Nein
- e) Ich weiss nicht

19. Wie bemühen Sie sich mit der Sprachbarriere abzufinden?

- a) Ich versuche der Situation vorzubeugen und nutze den Dolmetscher Service aus
- b) Ich kommuniziere klar und kurz, so dass ich die Sprachbarriere auf ein Minimum reduziere.
- c) Ich ersuche Hilfe bei jemanden vom Personal oder Patienten.
- d) Ich komme mit dieser Situation nicht zu Recht und gerate in Panik

20. Haben Sie während der Behandlung oder der Therapie einen Dolmetscherservice angeboten bekommen?

- a) Ja
- b) Nein
- c) Ich weiss nicht

21. Wen Ihnen diese Möglichkeit geboten wäre, würden Sie diese nützen?

- a) Ja
- b) Eher ja
- c) Eher nein
- d) Nein
- e) Ich weiss nicht

22. Worin sehen Sie den Vorteil der Nutzung eines Dolmetscherdienstes?

- a) Volle Informiertheit des Patienten
- b) Besseres Erfüllen der Bedürfnisse des Patienten
- c) Erhöhung der Qualität im Pflegedienst
- d) Das Personal akzeptiert besser eine fremde Kultur

23. Nutzen tchechische Pflegeeinrichtungen ausreichend effektiv Dolmetscherdienste im Zusammenhang mit der Therapie/Pflegedienst bei Ausländern?

- a) Ja
- b) Eher ja
- c) Eher nein
- d) Nein
- e) Ich weis nicht

24. Wie würden Sie die Idee des Errichten von Dolmetscher Centren direkt in den tchechischen Pflegeeinrichtungen beurteilen?

- a) Ich würde es begrüßen
- b) Ich würde es als Verbesserung der Pflege bei Ausländern in der ČR empfinden
- c) Ich weis nicht, was es für mich bedeutet
- d) Es ist mir gleichgültig

25. Glauben Sie, das die Nutzung von Dolmetscher Zentren in der Fflege von Ausländern in der Tchechischen Republik zur Selbstverständlichkeit werden zolte?

- a) Ja, ich bin davon überzeugt
- b) Ich bin mir dessen nicht ganz sicher
- c) Ich habe darüber nicht nachgedacht
- d) Nein
- e) Ich weis nicht

26. Sind in den tchechischen Pflegeeinrichtungen Ihre spezifischen Bedürfnisse im Bezug auf Ihre Kultur oder nationalität berücksichtigt?

- a) Ja
- b) Nicht immer
- c) Nein
- d) Ich weis nicht

27. In was sehen Sie die Erhöhung der Qualität des Pflegedienstes bei Ausländern in tchechischen Pflegeeinrichtungen?

- a) Fähigkeit des Personals in einer fremden Sprache komunizieren
- b) Akzeptierung einer fremden Kultur
- c) Multikulturelle Einstellung zum Patienten
- d) Nutzung des Dolmetscher Centrum im Rahmen des Krankenhauses

28. Führen Sie bitte Unterschiede zwischen den geleisteten Pflegediensten in tschechischen Einrichtungen und Pflegediensten in Andersens Ländern an

- a) Bessere Möglichkeit der Kommunikation in einer andern Sprache
- b) Grössere Dienstferigkeit des Personals
- c) Automatische multifunktionelle Einstellung zum Patienten
- d) Respektierung spezifischer Bedürfnisse des Ausländers
- e) Kein Unterschied
- f) Ich weis nicht

29. Vergleichen Sie bitte das Maas der Sprachbarriere des tchechischen Krankenhaus Personals gegenüber dem Personal in anderen Ländern:

- a) Ist vergleichbahr mit anderen Ländern
- b) Ist niedriger
- c) Ist höher

30. Meinen Sie, dass Sprachbarriere bei Krankenschwestern für Sie persönlich nachteilige Auswirkung haben kann? Wenn ja, was für eine?

- a) Mangelhafte Informmierheit des Patientes
- b) Unerkenbare Bedürfnisse des Patientes
- c) Unbefriedigte Bedürfnisse des Patientes
- d) Nichtbeachtung der spezieller Bedürfnisser des Patientes
- e) Nichtbeachtung der Differenzkultur des Patientes