

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Úroveň znalostí studentů středních zdravotnických
škol v poskytování ošetrovatelské péče cizincům**

bakalářská práce

Autor práce: Kristýna Toumová

Studijní program: Ošetrovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Dita Nováková, Ph.D

Datum odevzdání práce: 2. 5. 2013

Abstrakt

Práce se nazývá: Úroveň znalostí studentů středních zdravotnických škol v poskytování ošetrovatelské péče cizincům. V rámci integrace cizinců dochází k nárůstu počtu pacientů s odlišnou národností či náboženstvím i v našich nemocnicích. K ošetrování těchto pacientů je třeba znát jejich zvyky a specifické potřeby. Tyto znalosti by již měli mít studenti na středních zdravotnických školách, na které je zaměřená tato práce.

Teoretická část se zabývá historií multikulturního ošetrovatelství u nás i ve světě. Dále vysvětlením základních pojmů jako jsou: kultura, minorita, majorita, rasismus či diskriminace. Při poskytování multikulturní péče je velmi důležitá etika, stejně jako v ostatních odvětvích ošetrovatelství. V této kapitole je uvedeno pět zásad transkulturní ošetrovatelské péče právě z pohledu etiky. Další důležitou složkou při poskytování ošetrovatelské péče je komunikace. Komunikace mezi odlišnými kulturami se nazývá interkulturní komunikací. V této kapitole je popisována komunikace verbální a neverbální. Další kapitolou je integrace cizinců v České republice. Mezi nejčastější národnosti s trvalým pobytem u nás patří obyvatelé Ukrajiny, Slovenska a Vietnamu. Multikulturní výchova je důležitou složkou ve vzdělávání studentů. Je potřeba, aby tyto znalosti studenti získali během studia a mohli je poté uplatňovat při své odborné praxi.

Na tuto kapitolu navazuje multikulturní ošetrovatelství na středních zdravotnických školách. Předmět multikulturní ošetrovatelství není v současnosti na daných typech škol, u oboru zdravotnický asistent, vyučován jako samostatný předmět. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ustanovilo Rámcový vzdělávací program z roku 2008 pro obor zdravotnický asistent, který určuje znalosti studentů daného oboru. Zde je zahrnuto i učivo multikulturního ošetrovatelství.

Následuje kapitola specifika vybraných menšin. Nejprve se pojednává o specifikách vybraných náboženství. Jedná se o náboženství, která jsou v naší zemi nejčastější - judaismus, křesťanství a islám. Další jsou specifika vybraných národností. Národnosti jsou opět vybrané podle zastoupení na našem území.

Tato práce má stanovené dva cíle: Cíl 1: Zmapovat úroveň znalostí studentů středních zdravotnických škol při poskytování ošetrovatelské péče pacientům

z minoritních skupin. Cíl 2: Zjistit zájem studentů o problematiku multikulturní péče. Na základě cílů byly stanoveny tři hypotézy: H 1: Mezi studenty 1. a 4. ročníků středních zdravotnických škol je rozdíl ve znalostech multikulturního ošetrovatelství. H 2: Střední zdravotnické školy věnují pozornost výuce v multikulturním přístupu k pacientům. H 3: Studenti středních zdravotnických škol mají znalosti v multikulturním přístupu k pacientům.

K dosažení cílů a ověření hypotéz bylo provedeno kvantitativní šetření, které bylo doplněno třemi krátkými rozhovory s vyučujícími odborných předmětů. Kvantitativní šetření proběhlo formou dotazníků pro studenty 1., 2., 3., a 4. ročníků oboru zdravotnický asistent na třech zdravotnických školách. Dotazníků bylo zpracováno celkově 240, za každý ročník 60 studentů.

Výsledky dotazníků byly zpracovány do grafů a pomocí statistiky. Rozhovory byly zpracovány do kategorizací. Rozhovory jsou pouze doplňující k hlavnímu výzkumnému šetření – dotazníkům studentů - proto jsou jejich výsledky pouze v kategorizacích a doslovně přepsané rozhovory jsou v přílohách.

Z výsledků šetření vyplynulo, že studenti mají určité znalosti o ošetrování pacientů z minoritních skupin. Dále bylo zjištěno, že studenti mají o danou problematiku zájem, a že by uvítali získání více znalostí v této oblasti na své škole. Hypotéza 1. se potvrdila. Rozdíl ve znalostech 1. a 4. ročníků je, není však tak zřetelný, jak by se dalo předpokládat. Znalosti se postupně od nižších po vyšší ročníky zvyšují. Hypotéza 2. se také potvrdila. Střední zdravotnické školy pozornost výuce v multikulturním přístupu k pacientům věnují. Z výzkumného šetření u studentů i vyučujících vyplynulo, že škola pozornost výuce věnuje, ale není zcela dostatečná. Velké množství studentů by uvítalo získat na škole více informací v dané problematice. Hypotéza 3. se potvrdila. Studenti mají znalosti v multikulturním přístupu k pacientům. Z výsledků znalostních otázek vyplynulo, že určité povědomí o dané problematice mají, ale tyto znalosti nejsou zcela vyhovující znalostem potřebným v odborné praxi.

Z výsledků lze soudit, že výuka multikulturního ošetrovatelství na školách v určité formě probíhá, ale vše závisí na dané škole. Výuku by proto bylo dobré sjednotit – určit

přesný počet hodin a formu výuky. Tím by měli všichni studenti možnost získat stejné informace a školy daná jasná pravidla výuky.

Na základě získaných informací z výzkumného šetření bude publikován článek v odborném časopise pro rozšíření povědomí o dané problematice.

Klíčová slova: multikulturní – ošetrovatelství – student – vzdělávání

Abstract

The name of dissertation is: The level of knowledge of medical students at secondary schools in providing nursing care to foreigners. The integration of foreigners increases the number of patients with different nationalities and religions in our medical facilities. To treat these patients it is necessary to know their habits and specific needs. Such knowledge should have the students of secondary medical schools, to whom this work is focused.

The theoretical part deals with the history of multicultural nursing in our country and abroad. Further is the explanation of basic terms, such as: culture, minority, majority, racism and discrimination. In providing of multicultural care the ethics is very important, as well as in other branches of nursing. There are indicated five principles of Transcultural nursing care from the perspective of ethics, in this chapter. Further important component in providing of nurse care is a communication. The communication between different cultures is called intercultural communication. In this chapter is described verbal and nonverbal communication. Next Chapter deals with the integration of foreigners in Czech Republic. Among the most common nationalities with permanent residence in our country are the Ukrainians, Slovaks and Vietnamese. Multicultural education is an important component in study of our students. It is necessary that our students have acquired this knowledge during their studies so they could be able to apply it in their professional practice.

The multicultural nursing at the secondary medical schools is connected to this chapter. The subject multicultural nursing unfortunately is not on the particular types of schools, in the branch medical assistant, it is taught as a separate subject. The Ministry of Education, Youth and Sports established General educational program from 2008 for the branch medical assistant, which determines the knowledge of students of the field. Here is included the subject matter of the multicultural nursing.

The following chapter is about specifics of selected minorities. At first, it deals with the specifics of chosen religions. There is a religion which occurs in our country most common - Judaism, Christianity and Islam. Furthermore, there are the specifics of

selected nationalities. The nationalities are again selected in accordance with their proportional representation on our territory.

This thesis has two aims: The first aim is: To map the knowledge level of students of secondary medical schools in providing nursing care to patients from minority groups. The aim 2 is: To determine students' interest in the issue of multicultural care. On the basis of the aims three hypotheses were laid down: H 1: There is difference in knowledge of multicultural nursing between the students of first and 4th years of secondary medical schools. H 2: The Secondary medical schools devote attention to teaching of a multicultural approach to patients. H 3: Students of secondary schools have knowledge of a multicultural approach to patients.

To achieve the aims and verify the hypotheses a quantitative survey was performed, which was completed by three short interviews with teachers of vocational subjects. The quantitative survey was conducted using form of questionnaires for students of 1st, 2nd, 3rd, and 4th years in branch medical assistant at three medical schools. Questionnaires were processed a total of 240 for each grade of 60 students.

The results of the questionnaires were processed into graphs using statistics. Interviews were processed into categorization. The interviews are only ancillary to the principal research surveys – students' questionnaires - thus their results only in the categorization and interviews verbatim transcribed are in the Annexes.

The survey results showed that students have some knowledge about nursing care of patients from minority groups. Further, it was also found that students have an interest in the issue, and they would welcome to obtain more knowledge in this field at their school. The first hypothesis was confirmed. There is the difference in knowledge of first and 4 grades, but not so clear as it might be assumed. The knowledge is increasing gradually from lower classes to higher. The second hypothesis was also confirmed. The Secondary Medical Schools pay attention to teaching of a multicultural approach to patients.

The research among students and teachers showed that the school pays attention to teaching, but not quite enough. A large number of students would prefer to get at school more information on this issue. Hypothesis third was confirmed. Students have

knowledge of a multicultural approach to patients. From results of the questionnaires revealed that students have some awareness of the issues, but this knowledge is not entirely satisfactory to knowledge required in professional practice.

From research results it is possible to consider that teaching of multicultural nursing at schools takes place in some form, but it all depends on the school. Therefore would be good to unify teaching - to determine the exact number of hours and form of teaching. Thus all students would have the opportunity to obtain the same information and School would get clear rules of teaching.

Based on information gathered from the survey will be published in the journal article to spread awareness of the issue.

The article, based on the acquired information from the research, will be published in a professional journal to extend awareness of the issue.

Key words: multicultural – nursing – student - education

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma „Úroveň znalostí studentů středních zdravotnických škol v poskytování ošetrovatelské péče cizincům“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 2. 5. 2013

.....

Kristýna Toumová

Poděkování

Mé poděkování patří vedoucí práce Mgr. Ditě Novákové, Ph.D., za odborné vedení, cenné rady, nápady a připomínky. Dále bych chtěla poděkovat ředitelům a vyučujícím středních zdravotnických škol a studentům, kteří se velkou částí podíleli na mé práci.

V neposlední řadě děkuji také své rodině za podporu ve studiu.

OBSAH

Úvod.....	12
1. Současný stav.....	13
1.1 Historie multikulturního ošetrovatelství	13
1.2 Vymezení základních pojmů	15
1.3 Etické aspekty poskytování multikulturní péče.....	16
1.4 Komunikace při poskytování multikulturní péče.....	19
1.4.1 Verbální komunikace	19
1.4.2 Neverbální komunikace.....	20
1.5 Integrace cizinců v České republice	22
1.6 Multikulturní výchova	24
1.7 Multikulturní ošetrovatelství na středních zdravotnických školách	25
1.8 Specifika vybraných menšin	27
1.8.1 Specifika vybraných náboženství	27
1.8.2 Specifika vybraných národností.....	29
2. Cíle práce a hypotézy.....	31
2.1 Cíle práce.....	31
2.2 Hypotézy	31
3. Metodika	32
3.1 Použité metody a techniky	32
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	32
3.3 Statistika	33
4. Výsledky výzkumu.....	34
4.1 Dotazníky pro studenty	34

4.2	<i>Statistické zhodnocení dat</i>	52
4.2.1	<i>Hypotéza 1</i>	52
4.2.2	<i>Hypotéza 2</i>	56
4.2.3	<i>Hypotéza 3</i>	58
4.3	<i>Rozhovory s vyučujícími odborných předmětů</i>	63
5.	Diskuze	65
6.	Závěr	72
7.	Seznam informačních zdrojů	74
8.	Seznam příloh	78

ÚVOD

Téma ke své bakalářské práci jsem si vybrala hned z několika důvodů. Především se jedná o problematiku aktuální a ne zcela vyřešenou. V rámci integrace cizinců různých národností přibývá také v nemocničních zařízeních pacientů z mnoha bližších i nám vzdálených kultur. V současné době se nad tím ani většina z nás nepozastavuje. Avšak velká většina zdravotnického personálu s těmito pacienty stále neumí vhodně komunikovat.

Dalším důvodem bylo, že sama pocházím ze smíšené rodiny. Několikrát jsem se setkala s předsudky či nedůvěřivostí vůči mému tatínkovi – cizinci, přestože žije mnoho let v České republice a plynně hovoří česky.

Potřeba získávat znalosti ohledně jiných kultur je proto velmi velká a měla by již začínat na počátku vzdělávání zdravotnických pracovníků. Tedy na středních zdravotnických školách.

Zaměřili jsme se proto na to zjistit, jak jsou na tom se svými znalostmi studenti, kteří se připravují na své budoucí povolání ve zdravotnictví. A jak jim k jejich rozšiřování obzorů přispívá samotná střední škola.

Pacientů jiných národností bude v našem státě neustále přibývat. Musíme proto jejich kulturu nejprve dobře poznat, seznámit se s jejich zvyky a naučit se s nimi vhodně komunikovat. Teprve poté bude možné kvalitně a správně vykonávat komplexní ošetrovatelskou péči, která bude mít kvalitní výsledky a dopomůže k rychlejšímu uzdravení klientů.

Pokud pacienti uvidí naši snahu přizpůsobit se a pochopit jejich individuální potřeby vycházející z jejich kultury, určitě tento přístup ocení. Vzájemná spolupráce pak bude radostí a přínosem nejen pro ně, ale i pro nás, pro ošetrovatelský personál.

1. Současný stav

Multikulturní ošetrovatelství je odvětví ošetrovatelství, které se zabývá péčí o pacienty různých etnik. V literatuře je v současnosti často uváděno k multikulturnímu ošetrovatelství synonymum transkulturní, což není zcela správné. „*Pojem multikulturní vyjadřuje mnohočetnost, početné seskupení kultur, které stojí vedle sebe, izolovaně, bez vzájemného ovlivňování, nemají definované společné prvky*“ (Nováková, 2008, s. 18). Pojmem multikulturní se rozumí také uchování původní, nedotčené kulturní identity imigrantů. (Nováková, 2008). „*Pojem transkulturní znamená přesahující hranice kultury. Kultury se střetávají a vzájemně se ovlivňují a jsou mezi nimi definované prvky, které jsou společné daným kulturám*“ (Nováková, 2008, s. 18). Mastiliaková uvedla definici, podstatu a význam transkulturního ošetrovatelství takto: „*Multikulturní ošetrovatelství se definuje jako (komparativní), praktický a teoretický obor, zaměřený na podobnosti a rozdíly v péči o různé kultury s jejich souborem hodnot, životních zvyklostí a přesvědčení, a to s cílem poskytovat vhodnou, smysluplnou, účinnou a individualizovanou podporu ve zdraví a nemoci*“ (Mastiliaková, 2003, s. 6).

Potřebu pochopení těchto souvislostí nejlépe vyjádřila hlavní osobnost transkulturního ošetrovatelství – Madeleine Leiningerová: „*Pokud mají lidé přežít a žít ve zdravém, pokojném a smysluplném světě, pak musí sestry a další zdravotničtí pracovníci pochopit jejich různá kulturní přesvědčení, kulturní hodnoty a životní styl, aby byli schopni poskytovat kulturně uzpůsobenou prospěšnou zdravotní péči*“ (Mastiliaková, 2003, s. 6).

Stejně jako ve všech odvětvích ošetrovatelské péče, i ta transkulturní má určitou historii, od které se postupem času odvíjela a zdokonalovala.

1.1 Historie multikulturního ošetrovatelství

Kutnohorská uvádí: „*Migrace obyvatelstva je součástí dějin lidské společnosti*“ (Kutnohorská, 2006, s. 566). Významné začátky multikulturní výchovy ve světě se vážou na období po druhé světové válce, kdy docházelo k velkému přemísťování obyvatelstva, a tím lidé poznávali nové krajiny a zvyky dané kultury (Balvín, 2006).

Zakladatelkou a vedoucí osobností transkulturního ošetrovatelství je Madeleine Leiningerová. Myšlenka transkulturního ošetrovatelství se u ní zrodila koncem 50. a počátkem 60. let 20. století (Plevová, 2011). V té době pracovala s dětmi mnoha národností a začala si všimnout jejich různosti. Dále ji k tomu inspirovala zvýšená migrace populace po 2. světové válce (Špirudová, 2006). „*Uvědomila si totiž, že kultura má značný vliv nejen na životní styl, ale také na ošetrovatelskou péči. Tento fakt, byl v ošetrovatelském vzdělávání a praxi zanedbáván, dosud si ho nikdo nevšimnul*“ (Nováková, 2008, s. 69). Postupem času začala pracovat na rozvoji vzdělávacích kurzů v této oblasti. V 60. letech byly otevírány první kurzy a přednášky v tomto oboru. V 80. a 90. letech se začaly vydávat odborné časopisy a vznikaly výzkumy dané problematiky (Nováková, 2008). Obor transkulturního ošetrovatelství byl uznán jako jeden z nejvýznamnějších oborů ošetrovatelství (Plevová, 2011).

Pojmy jako migrace či uprchlictví se v naší republice začaly objevovat především po sametové revoluci po roce 1989. Imigranti a uprchlíci se začali integrovat do naší společnosti, která se však na takovou problematiku nezdála být připravená ani v oblasti zdravotnictví (Dvořáková, 2006). Po tomto roce zůstala v bývalém Československu početná komunita Vietnamců, kteří k nám přišli studovat či se profesně vzdělávat. Války v muslimských zemích měly za následek velký počet přistěhovalců z Asie. Někteří se zde trvale usadili, u jiných se jednalo o přechodný pobyt. Pro velkou část cizinců slouží Česká republika pouze jako přestupná stanice do západních zemí (Kutnohorská, 2006). Otázkou národnostních menšin se Česká republika (ČR) začala intenzivněji věnovat po svém ustanovení (1. 1. 1993). Jako základ své menšinové politiky přijala republika Listinu základních práv a svobod, která byla později doplněna a upravena (Nováková, 2008).

Na zakladatelku multikulturního ošetrovatelství Madeleine Leiningerovou v České republice a na Slovensku navázala řada autorek (Kutnohorská, Mastiliaková, Špirudová, Tóthová), které vydaly četné publikace zabývající se problematikou multikulturního ošetrovatelství.

1.2 Vymezení základních pojmů

Otázka lidských práv a jejich dodržování patří k podstatě transkulturního ošetrovatelství. Jednotlivé kultury považují respektování svých zásad ze strany ošetřujících za své základní právo a očekávají od nich jeho dodržování (Mastiliaková, 2003). K pochopení takových práv je však zapotřebí nejprve důkladná výuka a vysvětlení základních pojmů transkulturního ošetrovatelství.

Základním obecným pojmem je kultura. „*Kultura představuje komplexní celek, který zahrnuje všechny náboženské a etické hodnoty a systémy, právní předpisy, poznání, umění a zvyky a schopnosti, které si jedinec jako příslušník společnosti osvojil učním (socializací)*“ (Ivanová, 2005, s. 26). Literatura uvádí, že kulturu můžeme přirovnat k cibuli, protože má stejně jako ona tři vrstvy. Zevní vrstvu tvoří produkty, jakými jsou řeč, strava nebo oblečení. Vše v této vrstvě je ihned viditelné. Další vrstva je střední, která se odhaluje pomaleji a člověk si věci v ní ukrytých musí více všimnout. Jsou to jiné rituály pozdravu, jiná gesta či pravidla silničního provozu. Poslední vrstva je vnitřní a je nejhůře viditelná pro cizince. Jedná se o stereotypy či základní pravdy o životě.

Jádro kultury je pro cizince těžko rozpoznatelné, a ne vždy se jedincům podaří do něj proniknout. Během setkání s jinou kulturou může následovat kulturní šok. Ten je popisován jako pocit dezorientace a stresu, kdy se lidé, vstupující do nového prostředí, setkávají s překvapujícími zjištěními a ne vždy jsou schopni se s nimi smířit (Ivanová, 2005).

Mezi další dva důležité pojmy patří: Minorita a majorita.

Pod pojmem minorita (menšina) se rozumí skupina lidí, která má určitý společný znak (např. náboženství), ale početně se nemůže rovnat jiné skupině, která v dané společnosti tvoří většinu (Nováková, 2008). Důležitým znakem menšin je, že si jsou svého znevýhodnění vědomi (Ivanová, 2005).

Naopak termín majorita neboli dominantní skupina zahrnuje větší množství lidí stejné kultury a jsou oproti minoritě v početní výhodě. Často tato skupina určuje jednotlivá pravidla a menšiny mohou být v takovém systému utlačované (Ivanová, 2005).

„V moderním světě je pro většinu menšin typické, že jsou zároveň utlačované i ochraňované. Nejčastěji jsou však menšiny ohroženy pohrdáním, což způsobuje stav sociální frustrace“ (Ivanová, 2005, s. 34).

S tématem menšin a dominantních skupin jasně souvisí pojmy rasismus a diskriminace.

„Rasismus je souhrnné označení pro takové jednání, které překračuje pouhé vnímání rasových odlišností a přetváří se na nepřátelské aktivity vůči příslušníkům jiné rasy, jež se projevují v diskriminaci a v agresivním chování (verbálním nebo fyzickém)“ (Průcha, 2010a, s. 64). Pokud se takové rasistické postoje objevují ve vzdělávání nebo v jiných sférách života společnosti, může tak dojít k rasové diskriminaci či rasovému násilí (Ivanová, 2005).

„Diskriminace vyjadřuje rozdíl mezi lidmi v podobných situacích na základě rasy, pohlaví, náboženského vyznání, politického světonázoru, národního a sociálního původu, příslušnosti k národní menšině nebo osobní antipatie“ (Líšková, 2006, s. 38). Za rasovou diskriminaci se poté považuje jakékoliv znevýhodnění, které je založeno na rase, barvě pleti, národnostním nebo etnickém původu a má za cíl i následek znemožnění či zamezení uskutečnění základních lidských práv a svobod (Ivanová, 2005).

1.3 Etické aspekty poskytování multikulturní péče

Etika patří k ošetrovatelské péči stejně neodmyslitelně jako při poskytování péče multikulturní.

„Etika je věda o mravnosti. Věda o tom, jak by se měl člověk chovat, o hodnotách, které by měl uskutečňovat“ (Ivanová, 2005, s. 43). Cílem etiky v ošetrovatelství je vhodným způsobem usilovat o uspokojování potřeb pacienta jak psychických, tak sociálních, kulturních a také duchovních (Kutnohorská, 2003). Každý pacient je jedinečná osobnost s vlastní etikou. To, co my považujeme za běžné slušné vychování, může být v jiné kultuře úplně naopak. Poté dojde ke střetnutí různých kultur, a pokud ošetrovatelský personál není dostatečně proškolen, vede takové střetnutí k nepochopení a zkomplikování celého ošetrovatelského procesu. Mastiliaková uvádí:

„Etický profil klienta/pacienta je ovlivňován jeho světonázorem, vírou, vzděláním, kulturními hodnotami, profesními zkušenostmi, příbuzenskými vazbami a dalšími faktory“ (Kutnohorská, 2003, s. 67).

V literatuře je uváděno pět zásad transkulturní ošetrovatelské péče z etického hlediska:

1. Zásada morální spravedlnosti a rovnosti
2. Zásada kulturní ohleduplnosti a dodržování lidských práv
3. Zásada obecného prospěchu – konání k prospěchu člověka
4. Zásada sloužit druhým a chránit je před destruktivními vlivy
5. Zásada dostatečně častého monitorování etických a morálních veličin tak, aby nám pomohly rozlišovat mezi potřebami různých kultur (Kutnohorská, 2005, s. 92).

Všichni pacienti bez rozdílu mají stejná práva. Zdravotničtí pracovníci se při výkonu své práce zavázali tato práva dodržovat. Mimo jiné má každý pacient právo na nediskriminační přístup, a také právo na kulturní, náboženskou a jazykovou odlišnost (Líšková, 2006).

Přes veškerou snahu a vhodnou ošetrovatelskou péči poskytovanou cizincům někdy mezi pacientem a ošetrovatelským personálem vzniká určitá bariéra. Je tím myšlena jazyková bariéra.

Taková jazyková bariéra může vyvolat u pacienta frustraci a úzkost, kdy není schopen vyjádřit své problémy a emoce (Líšková, 2006).

V těchto chvílích je nejdůležitější, aby nám pacient důvěřoval a snažil se svoje problémy popsat jinými způsoby než verbální komunikací. Od ošetrovatelského personálu to vyjadřuje velkou trpělivost a snahu pacientovi pomoci. Další možností je domluva pomoci rodinných příslušníků či tlumočnicka.

Během ošetrování pacienta – cizince se ošetrovatelský personál každý den setkává s konkrétními problémy, které mají také etický význam:

Komunikace: Volíme vhodnou formu oslovení, co vše můžeme říci pacientovi, co rodině? Smí se říkat pravda? Jak moc velký význam má v dané kultuře nonverbální komunikace?

Čas: Ordinační hodiny, konzultační hodiny – mnozí pacienti chápou tyto pojmy jinak.

Prostor: Blízkost a vzdálenost hraje v ošetrovatelství velkou roli. Jakou vzdálenost máme zvolit při kontaktu s příbuznými? Jak chránit intimitu při vyšetřování?

Sociální organizace: V ošetrovatelské péči je důležitý vztah rodina - pacient - zdravotník. Kdo všechno patří k rodině? Má právo ošetrovatel vždy ošetrovat ženu?

Náboženství: Na světě existuje mnoho náboženství a s tím jsou spojené různé zvyky. Nabízí se otázka, zda může pacient v nemocnici nosit šátek na hlavě? Musí mu být poskytnut samostatný pokoj k modlení?

Jídlo: Jak respektovat různé výživové zvyklosti a nařízení? Musí být jídlo nabízeno, jak je v dané zemi zvykem?

Slavnosti a rituály: Jsou často spojené s náboženstvím. Nakolik máme akceptovat rozdíly v ostatních kulturách?

Struktura společnosti: Na ošetrování pacienta se také podílí to, ve které zemi je ošetrován, zda na Západě nebo Východě, ve vyvíjejících se zemích nebo vysoce vyvinutých zemích (Ivanová, 2005).

„Toto vše dostává díky etice zvláštní význam. Etika je něco jako brýle nebo filtr. V každodenní multikulturní pečovatelské praxi se mohou často vyskytovat eticky problematické rozhodovací situace. Etická rozhodnutí se vztahují na obecná pojetí „dobra a zla“, které jsou rovněž kulturně podmíněné. Každá se shora zmíněných základních dimenzí multikulturního jednání vytváří své vlastní otázky a problémy“ (Ivanová, 2005, s. 57).

Všechny kultury mají svá vlastní etická vodítka, která jejich příslušníky usměrňují v určitých situacích, a které si předávají z generace na generaci.

Ošetrovatelský personál by měl přemýšlet nad tím, jaký význam má pro daného pacienta jeho etické zázemí a jak ho mohou respektovat.

„Cílem ošetrovatelské etiky je mimo jiné humanizace mezilidských vztahů, snaha porozumět člověku, pochopit tíživost jeho situace a podle možnosti mu náležitě pomoci. Etika stojí na vlídném slově a trpělivém naslouchání. Etika je slušnost“ (Ivanová, 2005, s. 58).

1.4 Komunikace při poskytování multikulturní péče

Komunikace patří mezi základní dovednosti pracovníků ve zdravotnictví.

Při poskytování multikulturní péče je situace daleko složitější. Jak pro pacienta, tak ošetrovatelský personál kvůli jazykové bariéře, rozdílným rituálům a neverbální komunikaci (Vrublová, 2011). Jak uvádí ve své knize Věra Linhartová: „*Umění komunikovat znamená pro všechny lidi totéž – chtít a mluvit – vůle a čin. Co nejvíce o komunikaci vědět a také vědomě konat*“ (Linhartová, 2007, s. 130). Důležitost komunikace není třeba obšírně vysvětlovat. Vystihly to autorky knihy Komunikace pro sestry Venglářová a Máhrová, které v úvodu knihy uvedly: „*Prvním krokem je chtít. Pokud máme skutečný zájem o člověka, se kterým se - ať už pracovně nebo osobně – setkáváme, je velká část práce za námi. A umět komunikovat? Je těžké najít význam slova umět v oblasti komunikace*“ (Venglářová, 2006, s. 7).

Komunikace mezi odlišnými kulturami je nazývána interkulturní komunikací. Průcha definuje termín interkulturní komunikace takto: „*Je to termín označující procesy interakce a sdělování probíhající v nejrůznějších typech situací, při nichž jsou komunikujícími partnery příslušníci jazykově a/nebo kulturně odlišných etnik, národů, rasových či náboženských společenství. Tato komunikace je determinována specifíčnostmi jazyků, kultur, mentalit a hodnotových systémů komunikujících partnerů*“ (Průcha, 2010b, s. 18).

Pro komunikaci s cizinci existuje několik doporučení: Zjistit jakým jazykem jsme schopni se s cizincem domluvit. Mluvit zřetelně, nezvyšovat hlas a používat jednoduché věty. Naučit se základní slova v jazyce pacienta. Při komunikaci nespěchat. Vyhnout se předsudkům. Všítat si také neverbální komunikace. Poskytnout materiály v pacientově jazyce a využívat obrázků a piktogramů. V neposlední řadě respektovat pacientovu kulturu, jeho zvyky a tradice. Lze také dle potřeby využívat tlumočnicka (Plevová, 2011).

1.4.1 Verbální komunikace

Verbální komunikace je komunikace pomocí užívání slov. Zastává dominantní postavení v celém systému komunikace. K verbální komunikaci patří: komunikace

mluvená a písemná (Košková, 2003). „*Spisovný jazyk je jedním ze tří kritérií kultury*“ (Košková, 2003, s. 80).

V interkulturní komunikaci existuje několik základních rozdílů:

Způsob oslovení – v každé kultuře existuje, co je přípustné a co nikoliv. Každá kultura má svá specifika, která je nutná při komunikaci s cizincem znát a respektovat je. V Čechách, Polsku či Rakousku se rozlišuje, zda se jedná o komunikaci v soukromí, či na veřejnosti. Naopak v Anglii či Americe nadřazení své podřazené oslovují křestním jménem. Je proto dobré, předem se každého pacienta zeptat, jak si přeje být osloven.

Množství zdvořilostních frází používaných na začátku komunikace – některá kultura začíná vždy rozhovor zdvořilostními dotazy na práci, rodinu, aniž by se předpokládalo, že se dotyčný rozpovídá o svých problémech. Naopak, pokud se zeptáte na stejný dotaz v naší krajině, většinou se každý rozpovídá o svých trápeních.

Tvorba jména – u nás je zvykem, že žena po sňatku přebírá mužovo příjmení, a tak se pozná příbuznost daných osob. Ve většině dalších kultur se podle toho řídit nemůžeme. Je potřeba zjistit daná specifika podle příslušnosti pacienta ke kultuře.

Množství pravdy – v Evropě je celkem běžné říkat pravdu, pokud tak člověk nechce, cítí se provinile. Avšak například Afghánci běžně celou pravdu nesdělují, aniž by se přitom cítili trapně.

Rozdíly v tykání a vykání – některé kultury tykání ani vykání na rozdíl od nás nerozlišují. Je proto dobré se opět předem zeptat daného pacienta, jak ho máme oslovovat.

Rozdíly ve slovní zásobě – slovní zásoba je velmi rozdílná v každé kultuře. Některá má pro jedno slovo několik dalších synonym, jiná synonymům nerozumí. Je proto vhodné, pokud to lze, využívat služeb tlumočnicka (Košková, 2003).

1.4.2 Neverbální komunikace

Neverbální, tedy mimoslovní komunikace je velmi důležitou součástí naší běžné denní komunikace. „*Řeč těla je považována za upřímnější než verbální projev. Neverbálně sdělujeme až 60 – 80 % informací*“ (Kelnarová, 2009, s. 18). Podle výzkumů se ukázalo, že mnoho gest jsou pro všechny lidi na planetě stejné. Neverbální

projevy se tedy dají označit za společný dorozumivací jazyk na celém světě (Kelnarová, 2009). Při kontaktu s pacientem – cizincem se její důležitost ještě více dostává do popředí. Nemusíme vždy umět jazyk, který ovládá pacient, ale je nutné se tedy domluvit alespoň pomocí komunikace beze slov.

V multikulturním přístupu je nezbytné o této komunikaci vědět co nejvíce. Pacient našim slovům nemusí rozumět, ale signály, které dáváme najevo pomocí těla, obličeje apod., aniž bychom si to uvědomovali, mají pro něj velký význam a my bychom se její neznalostí mohli dopustit velkých omylů.

Do mimoslovní komunikace patří:

Mimika = komunikace prostřednictvím tváře (Kristová, 2004). V této oblasti je důležitý úsměv, navozuje se s ním přátelská atmosféra, optimismus.

Evropané jím vyjadřují sympatie, přátelství. Naopak v Asii, v kultuře Vietnamců, Japonců či Korejců je to výraz nejistoty, omluvy a rozpaků (Vrublová, 2011).

Proxemika = komunikace prostřednictvím vzdálenosti (Kristová, 2004). Vzdálenosti lidí jsou v odlišných kulturách vnímány různorodě. V arabských kulturách je zvykem při hovorech sedět k dotyčnému do vzdálenosti dvou kroků. Naopak Angličané nebo Američané si udržují větší odstup (Vrublová, 2011).

Haptika = komunikace pomocí dotyku (Kristová, 2004). Ve zdravotnictví jeho role převládá, nelze ošetřovat pacienta, aniž bychom se ho nedotýkali. Měli bychom však mít na paměti, které kultury tento projev vnímají velmi osobně až nepříjemně, a co nejvíce se toho vyvarovat. V islámském světě se muž smí dotknout pouze žen, které jsou jeho příbuzné, u Evropanů je intenzita dotyků velmi různorodá. Španělé a Francouzi se dotýkají častěji, na rozdíl od Němců nebo Angličanů. Podání ruky se považuje ve většině kultur za zdvořilé, je však ovlivněno tradicemi dané kultury. Vietnamci podávají pravou ruku a levou ji lehce stisknou, v islámu je stanoveno, že pravá ruka slouží k podání čistých věcí a levá nečistých, což je důležité si uvědomit právě ve zdravotnictví. Polibek je u Asiátů zcela nepřipustný. Ve Francii je obvyklé líbat se na obě tváře při příchodu i odchodu (Vrublová, 2011).

Posturologie = komunikace pomocí řeči těla (Kristová, 2004). Obyvatelé Fidži považují zkřížené ruce přes hrudník za známky respektu. Ve většině kultur se jedná o obranný postoj (Vrublová, 2011).

Kinetika = komunikace pomocí pohybu těla (Kristová, 2004). Asiaté upřednostňují klidné pohyby, které vyjadřují úctu. Ve Vietnamu je neslušné smrkání do kapesníku a v Severní Koreji komunikovat s nasazenými slunečními brýlemi (Vrublová, 2011).

Gestika = komunikace prostřednictvím pohybu rukou (Kristová, 2004). V naší kultuře nás od nejnižšího věku učí, že je nevhodné ukazovat na lidi prstem. Avšak u Španělů či Afričanů je toto gesto naprosto běžné (Lišková, 2006).

Existuje mnoho gest, typických pro danou kulturu. Tato gesta se nám mohou zdát běžně srozumitelná, ale v jiné kultuře můžou znamenat protikladný význam – např. opačné vyjádření souhlasu a nesouhlasu u Bulharů a Turků (Lišková, 2006).

Pohledy = komunikace pomocí pohledu a pohybu očí (Kristová, 2004). Důležitý je zrakový kontakt. Afričané a Asiaté považují udržování dlouhého očního kontaktu za nezdvorné a jedná se o projev neúcty. V Evropě a Americe se zrakový kontakt s krátkým přerušením považuje za zdvořilý a znamená vyjádření zájmu o druhého člověka. V Anglii je strnulý pohled znakem skutečného zaujetí (Lišková, 2006).

Paralingvistika = komunikace pomocí parajazykových projevů (Kristová, 2004). Temperamentnější národy využívají v řeči těchto projevů daleko více než národy tišší. Ostrá a hlasitá komunikace je u Asiatů považována za neslušnou. V Dánsku prokládají řeč pauzami (Vrublová, 2011).

Úprava zevnějšku = komunikace pomocí vzhledu a úpravy (Kristová, 2004). Důležitou složkou je oblékání. V Indii je neslušné obnažovat ramena, muslimky se zahalují zcela. Oděv také velmi vypovídá o sociálním statusu člověka (Vrublová, 2011).

1.5 Integrace cizinců v České republice

Moderní společnost je v dnešní době charakterizována velkou migrací. Imigranti nebo uprchlíci přicházejí do cizí země, která je pro ně nezvyklá. Neobvyklé jsou pro ně klimatické podmínky, strava, mentalita lidí, oblékání, zvyky, tradice dané země

a v neposlední řadě jazyk (Kutnohorská, 2006). „*Integrace znamená ucelení, sjednocení neboli plnohodnotné soužití všech jedinců žijících na území určitého státu, jež umožňuje respektování individuálních potřeb každého z nich v různých oblastech života*“ (Ivanová, 2005, s. 87).

Integrace je proces oboustranný. Je založen na vůli a přínosu pro obě strany, zapojené do tohoto procesu (Koncepte integrace cizinců, 2011). Statistika migrace je na Českém statistickém úřadě zpracovávána v rámci Koncepte integrace cizinců pro rok 2012, která je každoročně aktualizována usnesením vlády ČR. V tomto usnesení vlády České republiky se říká: „*Důležitá je informovanost majoritní společnosti o reálné situaci a problémech cizinců žijících v ČR, stejně jako poznání odlišné kultury, tradic a životních postojů cizinců, překonávání komunikačních bariér i ze strany majority, a to při respektování odlišností cizinců. Jenom vzájemné porozumění a respekt, při vědomí oboustranné prospěšnosti a potřeby integrace, může předejít vzniku či eskalaci problémů ve vzájemných vztazích*“ (Koncepte integrace cizinců, 2011, s. 11). Dále je připomínána důležitost zapojení se všech rezortů, které jsou zapojené do Koncepte integrace cizinců. Především se jedná o oblast zdravotnictví – příprava zdravotnických pracovníků a oblast školství (Koncepte integrace cizinců, 2011).

Česká republika vstoupila do Evropské unie 1. 5. 2004, tím také přijala její základní principy týkající se přístupu k cizincům. Předpokládá se, že cizinci mají zajištěný přístup ke zdravotní péči. Znamená to, že imigranti mají právo na stejně kvalitní a dostupnou péči jako všichni občané (Ivanová, 2005).

Situace v České republice za rok 2011, stav ke dni 31. 12. 2011 je následující: Z celkového počtu 10 505 445 obyvatel tvoří cizinci zhruba 4,13 %. Na našem území žije 434 153 cizinců. Z toho trvalý pobyt zde má 196 408 cizinců. Mezi nejčastější cizí národnosti patří již tradičně obyvatelé Ukrajiny (118 932 osob), Slovenska (81 253 osob) a Vietnamu (58 205 osob). Následují je státní příslušníci Ruska (32 376 osob) a Polska (19 058 osob). V Jihočeském kraji bylo evidováno 14 894 cizinců (Srb, 2012).

Podle výsledků Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky byla situace v českých nemocnicích následující: V českých nemocnicích byla poskytnuta zdravotní péče v roce 2011 celkem 83 849 cizincům.

Nejčastěji se jednalo o ošetření pacientů ze Slovenska, dále pak Ukrajiny, Německa a Vietnamu (Popovič, 2012). Z těchto údajů vyplývá, že setkání zdravotníků s cizí kulturou je velmi časté a potřeba být na takové setkání vhodně připraven je proto velká.

1.6 Multikulturní výchova

Multikulturní výchova je důležitou složkou ve vzdělávání jak studentů zdravotnických oborů, tak ostatních studentů. Kutnohorská uvádí že: *„se rozvíjí jako oblast vědecké teorie a výzkumu a také ve výchově a vzdělávání budoucích zdravotnických pracovníků bychom ji takto měli chápat“* (Kutnohorská, 2006, s. 576). Průcha definuje multikulturní výchovu takto: *„Multikulturní (interkulturní) výchova je edukační činnost zaměřená na to, aby učila lidi z různých etnik, národů, rasových a náboženských skupin žít spolu, vzájemně se respektovat a spolupracovat“* (Průcha, 2011, s. 15). Tato výchova má smysl tam, kde je společnost, která je multikulturní (Hladík, 2006). *„Multikulturní společnost chápeme jako společnost, ve které se vyskytují skupiny obyvatel, pro něž jsou charakteristické různé duchovní a materiální hodnoty“* (Hladík, 2006, s. 6). S nárůstem informací pacientů o svých právech vyvstalo také samozřejmě očekávání od zdravotnického personálu, že jsou schopni svoji péči přizpůsobit pacientům jiných kultur (Kutnohorská, 2006). Všichni členové zdravotnického personálu jsou nejčastěji v kontaktu s lidmi, kteří prožívají stres a napětí. To se ještě umocňuje, pokud je pacient z jiného kulturního prostředí. Je proto nevyhnutelné, aby ošetřující personál uměl s takovým pacientem vhodně jednat. Respektování požadavků, které vycházejí z jednotlivých kultur a náboženství, by mělo být samozřejmou součástí profesionálního přístupu k pacientům (Ralbovská, 2010). Ralbovská více objasňuje tuto potřebu: *„Dobrou znalostí jednotlivých náboženství a kultur, rovněž respektováním potřeb v rámci multikulturní péče orientované na klienta/pacienta členové pomáhajících profesí přispívají ke zkvalitnění zdravotnické*

a sociální péče vytvořením neoptimálnějšího prostředí pro klienta/pacienta ve zdraví a nemoci“ (Ralbovská, 2010, s. 106).

Potřeba, orientovat se v této problematice v současné době ještě zesiluje rozdílná rovnost mužů a žen v různých společnostech. Znalosti kultur se mohou měnit podle toho, jaké jsou v daném období imigrační proudy (Mastiliaková, 2007).

Tyto znalosti získají někteří zdravotničtí pracovníci během své praxe, avšak mnohem prospěšnější jak pro ně, tak pro jejich pacienty by bylo, kdyby takové dovednosti získali již v průběhu studia na středních zdravotnických školách (SZŠ), kde by multikulturní ošetřovatelství bylo běžnou součástí osnov.

Na výuku multikultury musí být vyučující dostatečně připraven. Studenti již mají za sebou nějaké životní zkušenosti a zaujali mnohé názory a postoje, které se v průběhu výuky mohou dostat do konfliktu. Stejně tak mohou trpět určitými předsudky vůči dané kultuře. Učitel by s tím vším měl počítat. Sám totiž během této výuky může zaujmout osobní stanoviska v interkulturních otázkách (Pelcová, 2009). Z toho tedy vyplývá, že učitelé, kteří se touto problematikou budou zabývat, musí své znalosti předávat takovým způsobem, aby každý jednotlivý student při setkání s jinou kulturou netrpěl předsudky, ale byl schopen se o takového pacienta vhodně postarat.

1.7 Multikulturní ošetřovatelství na středních zdravotnických školách

Předmět multikulturní ošetřovatelství jako samostatný předmět není v současné době v osnovách většiny středních zdravotnických škol oboru zdravotnický asistent zahrnut.

Obor zdravotnický asistent 53-41-M/01 je vyučován na středních zdravotnických školách. Jeho výuka trvá 4 roky formou denního studia či kombinovanou, večerní, dálkovou formou, která je o 1 rok delší než v denní formě. Po úspěšném ukončení studia student dosáhne úplného středního vzdělání ukončeného maturitní zkouškou. Studenti se vzdělávají v těchto oblastech vzdělávání: jazykové vzdělávání a komunikace, společenskovědní, přírodovědné, matematické, estetické, vzdělávání pro zdraví, v informačních a komunikačních technologiích, ekonomice a odborném vzdělávání (Rámcový vzdělávací program, 2008).

Rámcový vzdělávací program pro obor zdravotnický asistent vytvořený Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy z roku 2008 uvádí znalosti, které by měl mít student daného oboru po ukončení střední zdravotnické školy. V kapitole společenskovední vzdělávání je mimo jiné uveden jako jeden z cílů: Žák debatuje o pozitivěch i problémech multikulturního soužití, objasní příčiny migrace lidí. Učivo je zahrnuto v dějinách studovaného oboru – člověk v lidském společenství (Rámcový vzdělávací program, 2008, s. 23). V kapitole ošetrovatelství a ošetrovatelská péče je mimo jiné uveden jeden z důležitých cílů: Žák respektuje zásady multikulturního ošetrovatelství. Cíl je obsažen v učivu teorie ošetrovatelství (Rámcový vzdělávací program, 2008, s. 49). Kapitola sociální vztahy a dovednosti uvádí, že má žák za cíl: Uplatňovat individuální přístup k nemocným s respektováním jejich osobnosti, věku, potřeb a sociokulturních a jiných zvláštností. Učivo je zahrnuto v psychologii (Rámcový vzdělávací program, 2008, s. 50). Dále komunikace s pacienty vhodným způsobem s ohledem na jejich věk, osobnost a zdravotní stav a s vědomím respektováním národnostních, náboženských, jazykových a jiných odlišností zejména vlivu sociokulturního prostředí. Zahrnuto v učivu komunikace (Rámcový vzdělávací program, 2008, s. 51).

V denní formě studia je uveden minimální počet hodin v jednotlivých vzdělávacích oblastech. Téma multikultury se dotýká těchto oblastí: společenskovední vzdělávání, ošetrovatelství a ošetrovatelská péče. Minimální počet hodin za 4 roky studia je v oblasti společenskovední 160 hodin a v oblasti ošetrovatelství a ošetrovatelská péče se jedná o 1408 hodin. Toto rámcové rozvržení obsahu vzdělávání je východiskem pro tvorbu učebních plánů ve Školním vzdělávacím programu (Rámcový vzdělávací program, 2008).

Školy tedy mají povinnost žáky vzdělávat v tématicke multikultury, ale nemají povinnost vytvořit samostatný předmět multikulturního ošetrovatelství. Pouze problematiku zahrnout do předmětů, jako je psychologie, občanská nauka či ošetrování nemocných. Podle toho se většina škol řídí.

1.8 Specifika vybraných menšin

Při poskytování ošetrovatelské péče se můžeme setkat s velkými rozdíly vycházejících s pacientova náboženství či rozdílné národnosti.

Je proto vhodné znát alespoň základní specifika světových náboženství a nejčastějších cizích národností v naší zemi.

1.8.1 Specifika vybraných náboženství

Nejčastěji se na území České republiky vyskytují tato náboženství: judaismus, křesťanství, islám (Ralbovská, 2010).

Judaismus – židé věří v jediného Boha. Sami sebe považují za vyvolený národ. Velmi dodržují náboženské svátky a zvyklosti. Důležité je znát pojem šabat (od pátečního do sobotního západu slunce), v této době mohou odmítnout být hospitalizováni a ošetřeni, pokud nejsou ohroženi na životě. Je potřeba takovému pacientovi umožnit se pomodlit. Ortodoxní žid se modlí třikrát denně. Je nutné také vědět, že židé jedí pouze potraviny košer a nepijí alkoholické nápoje (Ivanová, 2005). K základním pravidlům stravování patří zákaz míchat dohromady potraviny mléčné a masité (Šedinová, 2007). Vhodné je umožnit rituální očištění, které dodržují židé, než začne šabat, po nemoci, ženy po menstruaci a porodu (Šedinová, 2007). Velký důraz je kladen na péči o mrtvé. Žid by nikdy neměl umírat osamocen. Každý musí projevit zemřelému respekt. Judaismus neuznává kremaci, pohřbívá se pouze do země, a to co nejdříve, nejlépe ještě v den smrti (Ralbovská, 2010). Židé věří, že celé tělo se musí vrátit do země, je pro ně tedy nepřipustné dárcovství orgánů (Novotná, 2007).

Křesťanství – je v současnosti největším náboženstvím na světě, je rozděleno do několika církví. Největší z nich je římskokatolická církev, následovaná církví protestantskou a pravoslavnou. Zakladatelem je Ježíš Kristus (Keene, 2003). Pacient, který se hlásí ke křesťanské víře, může někdy obviňovat Boha z přítomnosti nemoci. Nebo naopak bere svoji chorobu jako Boží zkoušku za své hříchy. Je vhodné se pacienta zeptat, zda si bude přát kněze. Duchovního je možné je volat i k nemocným v terminálním stadiu, kteří si přejí Poslední pomazání (Líšková, 2006). Křesťanská víra

však věří, že smrtí vše nekončí. Život je považován za posvátný a úprava těla po smrti se musí provádět s respektem (Ralbovská, 2010).

„Tradiční křesťanský pohřeb v České republice se skládal z obřadu rozloučení v kostele, průvodu na hřbitov, vysvěcení hrobu a uložení ostatků“ (Ralbovská, 2010, s. 77). Součástí katolického pohřbu je Mše Svátá (Ralbovská, 2010).

Islám - patří mezi nejmladší velká náboženství světa. Většina vyznavačů obývá Severní Afriku a Jihovýchodní Asii. Islám je z arabského slova „oddat se“ a muslim znamená „ten, kdo se podřizuje vůli Alláha“. Písmem svatým je Korán (Keene, 2003). Největší osobností islámu je Prorok Mohamed. Vše v životě muslimů podléhá islámským zákonům a předpisům (Crofter, 2006).

Při hlavním islámském svátku Ramadánů nesmí muslim od východu do západu slunce jíst, pít a mít pohlavní styk. Tyto povinnosti se netýkají nemocných, starých a slabých lidí, těhotných a kojících žen, menstrujících žen a cestujících. Muslim se modlí pětkrát denně vždy obličejem obráceným k Mekce. Před modlitbou provádějí rituální mytí. Pokud muslimský pacient není schopen vykonat takovou očistu, dotkne se rukou zdi, což naznačuje mytí a vychází z islámských pravidel, která říkají, že je možné místo vody použít kámen. Důležitými předměty věřících jsou modlitební koberce a Korán. Těchto věcí bychom se nikdy neměli dotýkat, pokud máme ruce znečištěné krví nebo močí. Podle Koránu mají muslimové zakázáno jíst vepřové maso a pít alkoholické nápoje. Rodina má v islámu velký význam. Často chce o nemocného pečovat přímo v nemocnici. Diagnóza by měla být nejprve sdělována hlavě rodiny, za kterou je považován otec či nejstarší syn. Při poskytování zdravotní péče ženě, je potřeba si uvědomit několik základních pravidel. Zachovávat opatrnost při odebírání osobní či rodinné anamnézy. Vhodné je, pokud se ženou komunikuje taktéž žena. Při komunikaci s mužem nebo při vyšetření by zde měla být přítomna další osoba - často manžel (Ivanová, 2005).

Podání ruky není v islámské kultuře obvyklé, muslimové místo toho kladou ruku na srdce. Odmítavý postoj ortodoxních muslimů poznáme podle založených rukou za zády (Ivanová, 2005).

1.8.2 *Specifika vybraných národností*

Podle údajů Českého statistického úřadu patří mezi nejčastější cizí národnosti v České republice Slováci, Ukrajinci a Vietnamci. Vzhledem k tomu, že Slováci jsou nám velmi podobní, zaměřili jsme se místo nich na romské etnikum.

Většina Romů žijících u nás pochází právě ze Slovenska. Do naší republiky byla velká část z nich nastěhována po 2. světové válce a již u nás zůstala (Ivanová, 2005).

Romové – zvyky romských komunit jsou od našich velmi rozdílné, a proto mezi nimi často dochází k roztržkám, které vyplývají z nepochopení a nedorozumění. Romové se vyjadřují živou neverbální komunikací a také ji velmi vnímají při komunikaci s ošetřujícím personálem. Nejdůležitější je pro ně rodina. Mají hodně dětí, každé je vřele vítáno. Jejich výchovu má na starost matka, která vyšším počtem dětí získává větší vážnost v rodině (Vrublová, 2011).

V případech hospitalizace mívají početné a časté návštěvy příbuzných. Bolest prožívají hlasitě, verbálně i neverbálně. Často lze takové chování zpozorovat u rodičích žen (Vrublová, 2011).

Ukrajinci – život Ukrajinců se od našeho mnoho neliší. Jejich kultura vychází z křesťanských tradic. Typická je jejich hrdost na svůj národ. Státním jazykem je ukrajinština. V komunikaci jsou menší rozdíly. Při pozdravu zdraví nejdříve muži ženy a mladší lidé starší. Samy ženy mezi sebou si ruce nepodávají. Při rozhovoru používají mnoho gest. Je pro ně typická pohostinnost. Hlavní stravou je maso a obiloviny. Rodina je uzavřená, velká úcta se projevuje matce a starším členům rodiny. Muž je hlavou rodiny a musí ji zabezpečit. Žena se stará o chod domácnosti (Plevová, 2011). Jako pacienti jsou velmi ukáznění a nemají specifické požadavky. Problémem může být nedostačená jazyková vybavenost jak českého jazyka, tak i světového (Ivanová, 2005).

Vietnamci – jsou typičtí lidovým charakterem a hrdostí na svou statečnost. Povahově jsou tišší a uzavření. Důraz je kladen na rodinu, děti však moc nechválí (Ivanová, 2005). Mají úctu ke vzdělání a vedou k ní i děti (Tóthová, 2010). Uctívají předky, každá rodina má domácí oltář, kde obětují dary.

Hlavou rodiny je otec, poté nejstarší syn. Chod domácností a starost o nemocné připadá ženě. Dodržují pravidla slušného chování. Nikdy nesmrkají na veřejnosti, při pozdravu zdraví nejdříve muže, poté ženy. Pro Vietnamce je typický úsměv, který však nemusí vždy značit to, co si myslíme. Může to být vyjádření nejistoty, tísně či nepochopení. Je proto potřeba vše důkladně vysvětlit a přesvědčit se, že nám opravdu porozuměli (Ivanová, 2005).

Jejich naučené slušné způsoby se projevují i při hospitalizaci. Při bolestech nikdy sami nepožádají o lék, bojí se závislosti na něm. Bolest prožívají trpělivě a potichu. Pokud zvrací, či mají delší dobu průjem nebo zácpu, ošetřujícímu personálu nic nenahlásí. Sami zdravotničtí pracovníci se o to musí aktivně zajímat. Pozornost je nutné věnovat výživě. Vietnamci jedí často a rádi rýži. Nikdy nepijí studené nápoje, a také se vyhýbají mléčným výrobkům – věří, že způsobují střevní potíže (Ivanová, 2005). Jejich život ve velké míře ovlivňuje rovnováha síly Jin a Jang. Nejrozšířenějším náboženstvím ve Vietnamu je buddhismus. Věří, že duše žije i po smrti (Tóthová, 2010).

V České republice se můžeme setkat s mnoha dalšími národnostmi a náboženstvím. Mezi časté národnosti patří: Rusové, Poláci, Němci, Číňané, Moldavci a další (Srb, 2011). Mezi další náboženství: buddhismus, hinduismus a jiné. Není možné zde vyjmenovat všechna specifika jednotlivých kultur a náboženství. Takový úkol připadá jednotlivým zdravotníkům, aby si tato specifika vyhledali, podle potřeb svých pacientů.

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zmapovat úroveň znalostí studentů středních zdravotnických škol při poskytování ošetrovatelské péče pacientům z minoritních skupin.

Cíl 2: Zjistit zájem studentů o problematiku multikulturní péče.

2.2 Hypotézy

H1: Mezi studenty 1. a 4. ročníků středních zdravotnických škol je rozdíl ve znalostech multikulturního ošetrovatelství.

H2: Střední zdravotnické školy věnují pozornost výuce v multikulturním přístupu k pacientům.

H3: Studenti středních zdravotnických škol mají znalosti v multikulturním přístupu k pacientům.

3. Metodika

3.1 *Použité metody a techniky*

Práce byla zpracována pomocí kvantitativního šetření. Kvantitativní část výzkumného šetření byla realizována pomocí dotazníkového šetření. Dotazník byl určen studentům 1., 2., 3., a 4. ročníků středních zdravotnických škol obor zdravotnický asistent. Dotazník byl pro všechny studenty totožný a obsahoval 18 otázek (Příloha 4).

K doplnění kvantitativního šetření byly ještě realizovány krátké polostrukturované rozhovory se třemi vyučujícími odborných předmětů na daných středních zdravotnických školách. Rozhovory jsou pouze doplňující k hlavnímu výzkumnému šetření – dotazníkům studentům. Rozhovory jsou zpracovány do schémat a doslovně přepsané jsou přiloženy v přílohách (Příloha 1, 2, 3).

Šetření probíhalo v období únor – březen 2013.

3.2 *Charakteristika výzkumného souboru*

Dotazník byl rozdán studentům ve středních zdravotnických školách v Českých Budějovicích, Písku a Českém Krumlově. V rámci dotazníkového šetření bylo rozdáno 340 dotazníků. Vráceno bylo 325 dotazníků. Návratnost byla 96 %. Následně bylo z vrácených dotazníků 85 vyřazeno pro neúplnost.

Zpracováno tedy bylo 240 dotazníků, což činí 71 % z celkově poslaných dotazníků. Výsledky byly zpracovány do grafů a tabulek pomocí programu Microsoft Office Excel 2007. Hypotézy byly statisticky zpracované pomocí vzorce chí – kvadrát testu.

Doplňující polostrukturované rozhovory byly realizovány se třemi vyučujícími odborných předmětů na středních zdravotnických školách, kde proběhlo kvantitativní šetření. Výsledky jsou zpracovány do schémat.

3.3 Statistické zhodnocení dat

- 1) Stanovili jsme si nulovou hypotézu (**H0**) a alternativní hypotézu (**H1**).
- 2) Statistické výpočty byly provedeny pomocí vzorce chí – kvadrát testu:

$$\chi_c^2 = \sum \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

- 3) Dle kontingenční tabulky byl spočítán stupeň volnosti podle vzorce:

df = (n-1) * (n-1) = součin počtu řádků zmenšeného o jedna s počtem sloupců zmenšeným o jedna

- 4) Hladina významnosti byla stanovena:

$$\alpha = 0,05$$

- 5) Určili jsme tabulkovou hodnotu chí – kvadrát testu:

df	P = 0.05	P = 0.01	P = 0.001
1	3.84	6.64	10.83
2	5.99	9.21	13.82
3	7.82	11.35	16.27
4	9.49	13.28	18.47
5	11.07	15.09	20.52

- 6) Porovnali jsme hodnotu námi vypočítaného chí – kvadrátu s tabulkovou hodnotou:

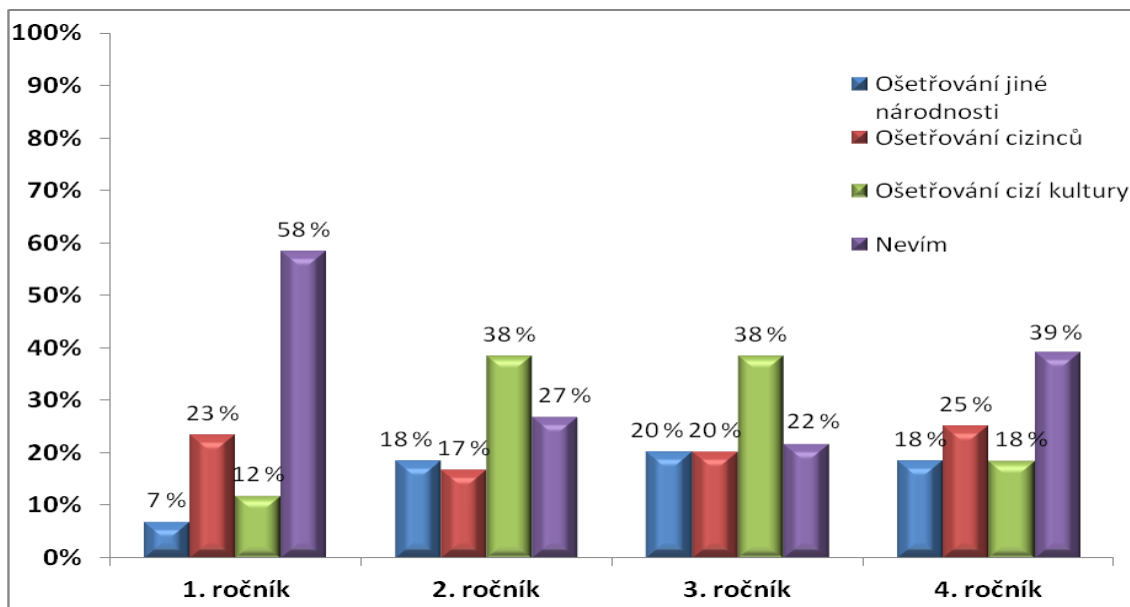
Pokud hodnota námi vypočítaného chí – kvadrátu je menší < než tabulková = hypotéza neplatí.

Pokud hodnota námi vypočítaného chí – kvadrátu je větší > než tabulková = hypotéza platí.

4. Výsledky výzkumu

4.1 Dotazníky pro studenty

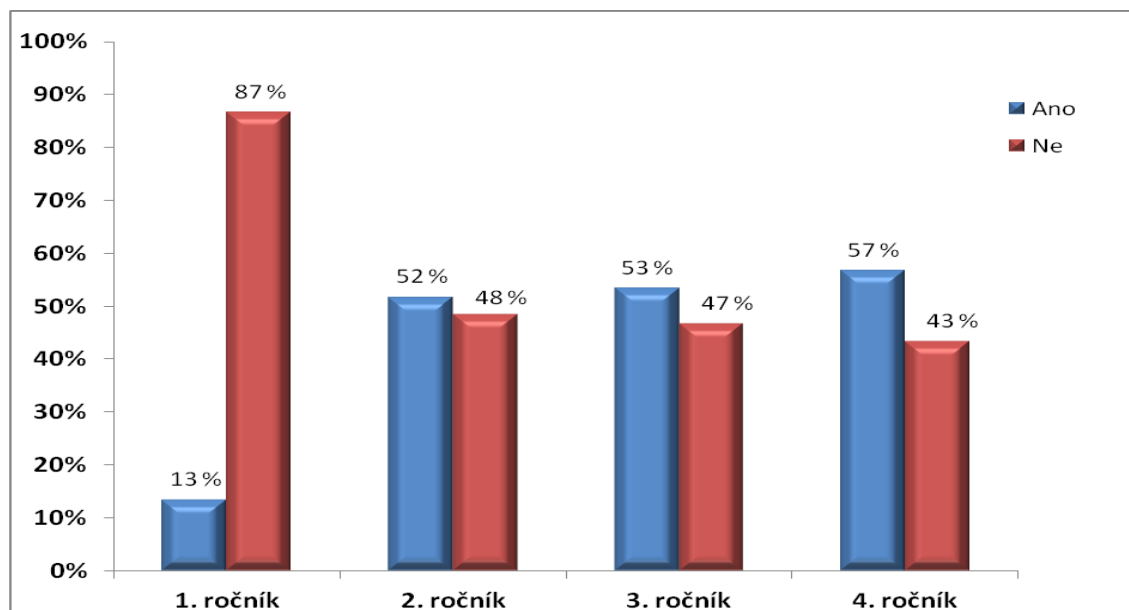
Graf 1 Definice multikulturního ošetřovatelství studenty



Z celkového počtu 60 studentů (100 %) v 1. ročníku, uvedli 4 studenti, že se jedná o ošetřování jiné národnosti (7 %), 14 studentů uvedlo, že se jedná o ošetřování cizinců (23 %), 7 studentů uvedlo, že se jedná o ošetřování cizí kultury (12 %) a 35 studentů uvedlo, že odpověď neznají (35 %). Z celkového počtu 60 studentů (100 %) ve 2. ročníku uvedlo 11 studentů, že se jedná o ošetřování jiné národnosti (18 %), 10 studentů uvedlo, že se jedná o ošetřování cizinců (17 %), 23 studentů uvedlo, že se jedná o ošetřování lidí cizí kultury (38 %) a 16 studentů uvedlo, že neznají na otázku odpověď (27 %).

Z celkového počtu 60 studentů (100 %) ve 3. ročníku, uvedlo 12 studentů, že se jedná o ošetřování lidí jiné národnosti (20 %), 12 studentů uvedlo, že se jedná o ošetřování cizinců (20 %), 23 studentů uvedlo, že se jedná o ošetřování lidí cizí kultury (38 %) a 13 studentů uvedlo, že neznají odpověď (22 %). Z celkového počtu 60 studentů (100 %) ve 4. ročníku, uvedlo 11 studentů, že se jedná o ošetřování lidí jiné národnosti (18 %), 15 studentů uvedlo, že se jedná o ošetřování cizinců (25 %), 11 studentů uvedlo, že se jedná o ošetřování cizí kultury (18 %) a 23 studentů uvedlo, že neznají odpověď (39 %).

Graf 2 Setkání studentů s výukou multikulturního ošetrovatelství na škole



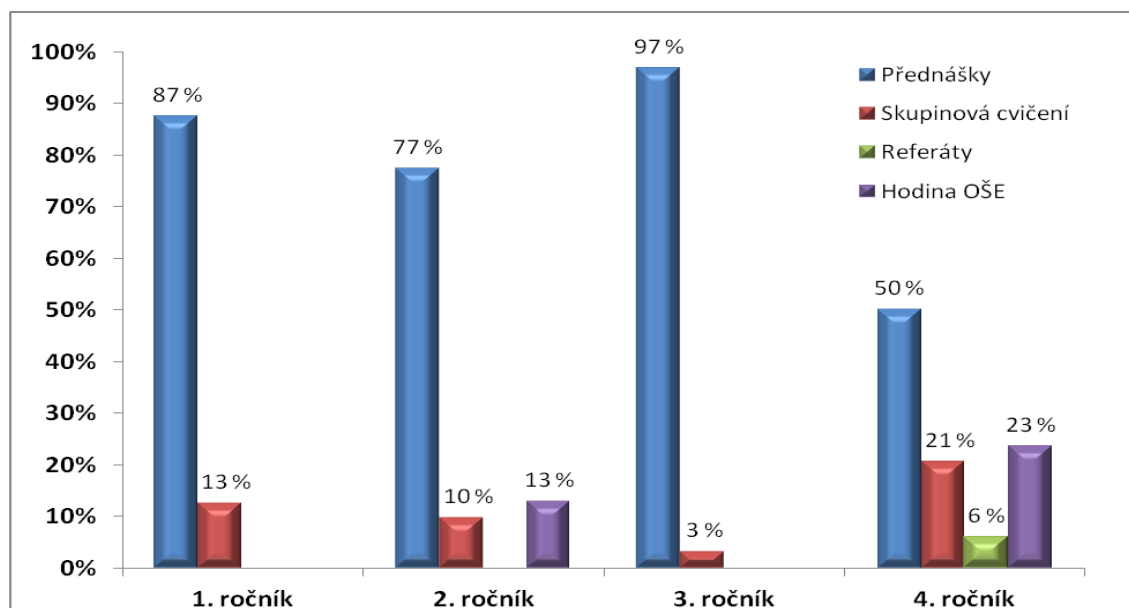
Z celkového počtu 240 studentů (100 %) ze všech ročníků se 105 studentů s výukou multikultury setkalo (44 %) a 135 studentů se s výukou v žádné formě nesetkalo (56 %). Z celkového počtu 60 studentů (100 %) v 1. ročníku, se s výukou multikulturního ošetrovatelství setkalo 8 studentů (13 %) a 52 studentů uvedlo, že se s výukou nesetkali (87 %).

Z celkového počtu 60 studentů (100 %) ve 2. ročníku, se s výukou multikulturního ošetrovatelství setkalo 31 studentů (52 %) a 29 studentů uvedlo, že se s výukou nesetkali (48 %).

Z celkového počtu 60 studentů (100 %) ve 3. ročníku, se s výukou multikulturního ošetrovatelství setkalo 32 studentů (53 %) a 28 studentů, uvedlo, že se s výukou nesetkali (47 %).

Z celkového počtu 60 studentů (100 %) ve 4. ročníku, se s výukou multikulturního ošetrovatelství setkalo 34 studentů (57 %) a 26 studentů uvedlo, že se s výukou nesetkali (43 %).

Graf 3 Forma výuky multikulturního ošetřovatelství



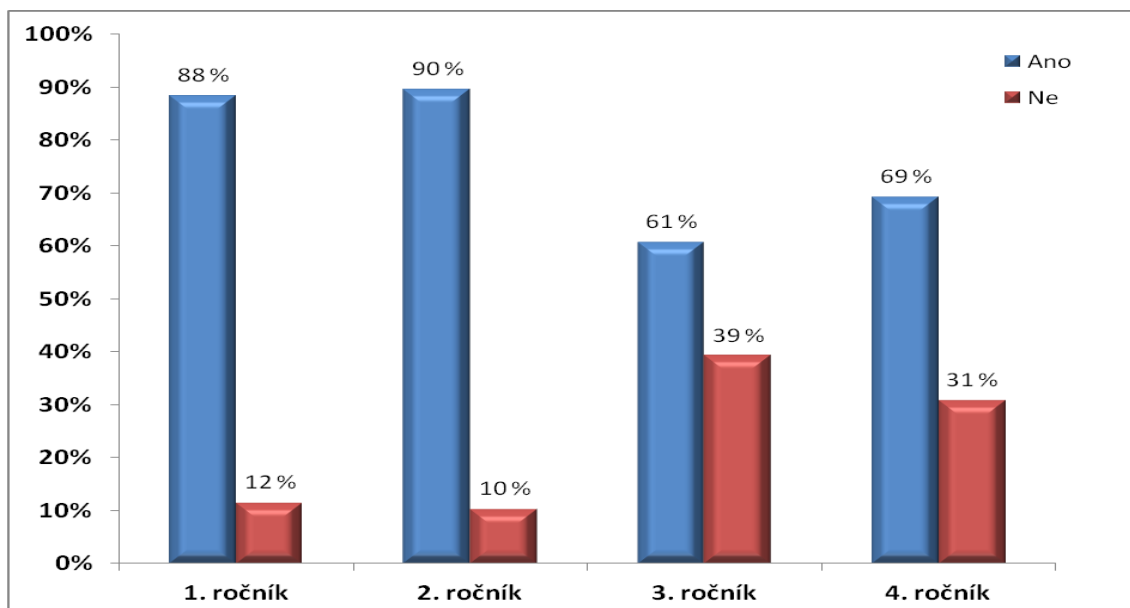
Z celkového počtu 240 studentů (100 %) ze všech ročníků se 105 studentů s výukou multikultury setkala (44 %) a 135 studentů se s výukou v žádné formě nesetkala (56 %). Z celkového počtu 8 studentů (100 %) v 1. ročníku, kteří odpověděli v předchozí otázce, že se s výukou setkali, uvedlo 7 z nich, že se setkali s formou přednášek (87 %) a 1 student s formou skupinového cvičení (13 %).

Z celkového počtu 31 studentů (100 %) ve 2. ročníku, kteří uvedli v předchozí otázce, že se s výukou setkala, uvedlo 24 z nich, že se setkali s formou přednášek (77 %), 3 studenti s formou skupinového cvičení (10 %) a 4 studenti s výukou jako součástí hodiny ošetřovatelství (13 %).

Z celkového počtu 32 studentů (100 %) ve 3. ročníku, kteří odpověděli v předchozí otázce, že se s výukou setkali, uvedlo 31 z nich, že se setkali s formou přednášek (50 %) a 1 student s formou skupinového cvičení (3 %).

Z celkového počtu 34 studentů (100 %) ve 4. ročníku, kteří odpověděli v předchozí otázce, že se s výukou setkali, uvedlo 17 z nich, že se setkali s formou přednášek (50 %), 7 studentů s formou skupinového cvičení (21 %), 2 studenti s formou referátů (6 %) a 8 studentů s výukou jako součástí hodiny ošetřovatelství (23 %).

Graf 4 Zájem o výuku multikulturního ošetrovatelství



Z celkového počtu 135 studentů (100 %), kteří v dotazníku odpověděli, že se s výukou multikulturního ošetrovatelství nesetkali (graf 2), odpovědělo 107 studentů, že by uvítali výuku na své škole (79 %) a 28 studentů by výuku neuvítalo (21 %).

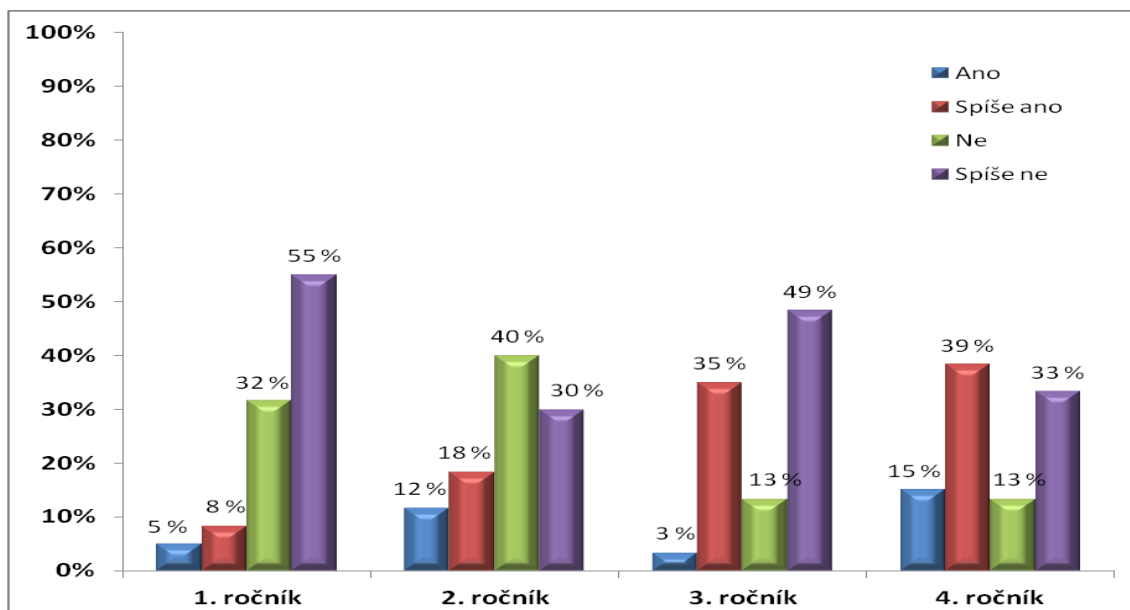
Z celkového počtu 52 studentů (100 %) v 1. ročníku, kteří uvedli, že se s výukou nesetkali, uvedlo 46 z nich, že by uvítali výuku na škole (46 %) a 6 z nich by výuku neuvítalo (12 %).

Z celkového počtu 29 studentů (100 %) ve 2. ročníku by výuku uvítalo 26 studentů (90 %) a 3 studenti by výuku neuvítali (10 %).

Z celkového počtu 28 studentů (100 %) ve 3. ročníku by výuku uvítalo 17 studentů (61 %) a neuvítalo 11 studentů (39 %).

Z celkového počtu 26 studentů (100 %) ve 4. ročníku by výuku uvítalo 18 studentů (69 %) a neuvítalo 8 studentů (31 %).

Graf 5 Znalosti v multikulturním ošetrovatelství



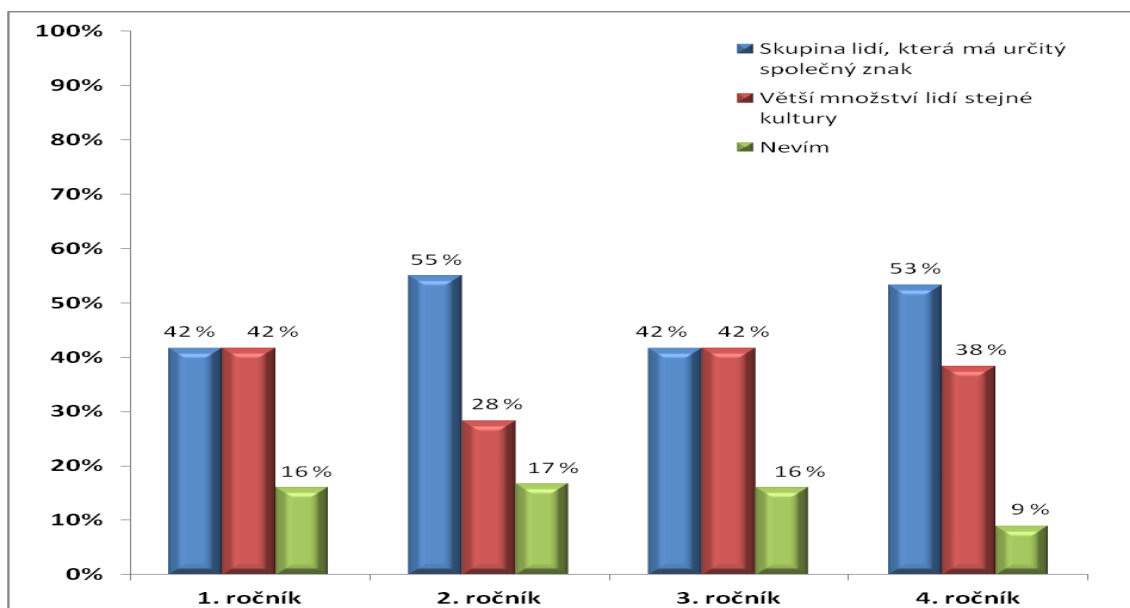
Z celkového počtu 60 studentů v 1. ročníku (100 %), uvedli 3 studenti, že mají dostatek znalostí v oblasti multikulturního ošetrovatelství (5 %), 5 studentů uvedlo, že spíše mají znalosti (8 %), 19 studentů uvedlo, že nemají znalosti (32 %) a 33 studentů uvedlo, že spíše znalosti nemají (55 %).

Z celkového počtu 60 studentů ve 2. ročníku (100 %) uvedlo 7 studentů, že mají dostatek znalostí (12 %), 11 studentů uvedlo, že spíše mají znalosti (18 %), 24 studentů uvedlo, že znalosti nemají (40 %) a 18 studentů uvedlo, že spíše znalosti nemají (30 %).

Z celkového počtu 60 studentů ve 3. ročníku (100 %) uvedli 2 studenti, že mají znalosti (3 %), 21 studentů uvedlo, že spíše znalosti mají (35 %), 8 studentů uvedlo, že znalosti nemají (13 %) a 29 studentů uvedlo, že znalosti spíše nemají (49 %).

Z celkového počtu 60 studentů ve 4. ročníku (100 %) uvedlo 9 studentů, že mají dostatek znalostí (15 %), 23 studentů uvedlo, že spíše znalosti mají (39 %), 8 studentů uvedlo, že znalosti nemají (13 %) a 20 studentů uvedlo, že znalosti spíše nemají (33 %).

Graf 6 Definice minoritní skupiny



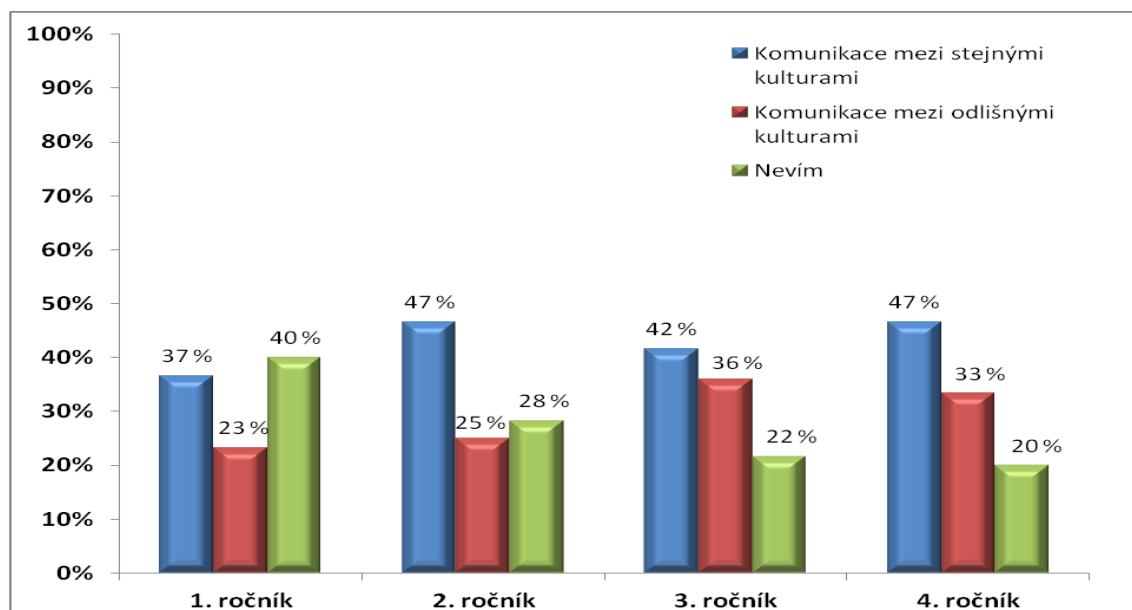
Z celkového počtu 60 studentů v 1. ročníku (100 %), uvedlo správně 25 studentů, že se v minoritní skupině jedná o skupinu lidí, která má určitý společný znak (42 %), 25 studentů uvedlo nesprávně, že se jedná o větší množství lidí stejné kultury (42 %) a 10 studentů odpověď nevědělo (16 %).

Z celkového počtu 60 studentů ve 2. ročníku (100 %) uvedlo 33 studentů správnou odpověď (55 %), 17 studentů odpovědělo nesprávně (28 %) a 10 studentů odpověď neznalo (16 %).

Z celkového počtu 60 studentů ve 3. ročníku (100 %) uvedlo 25 studentů správnou odpověď (42 %) a stejný počet, 25 studentů uvedlo odpověď nesprávnou (42 %) a 10 studentů odpověď neznalo (17 %).

Z celkového počtu 60 studentů ve 4. ročníku (100 %) uvedlo správnou odpověď 32 studentů (53 %), nesprávně odpovědělo 23 studentů (38 %) a odpověď nevědělo 5 studentů (9 %).

Graf 7 Definice interkulturní komunikace



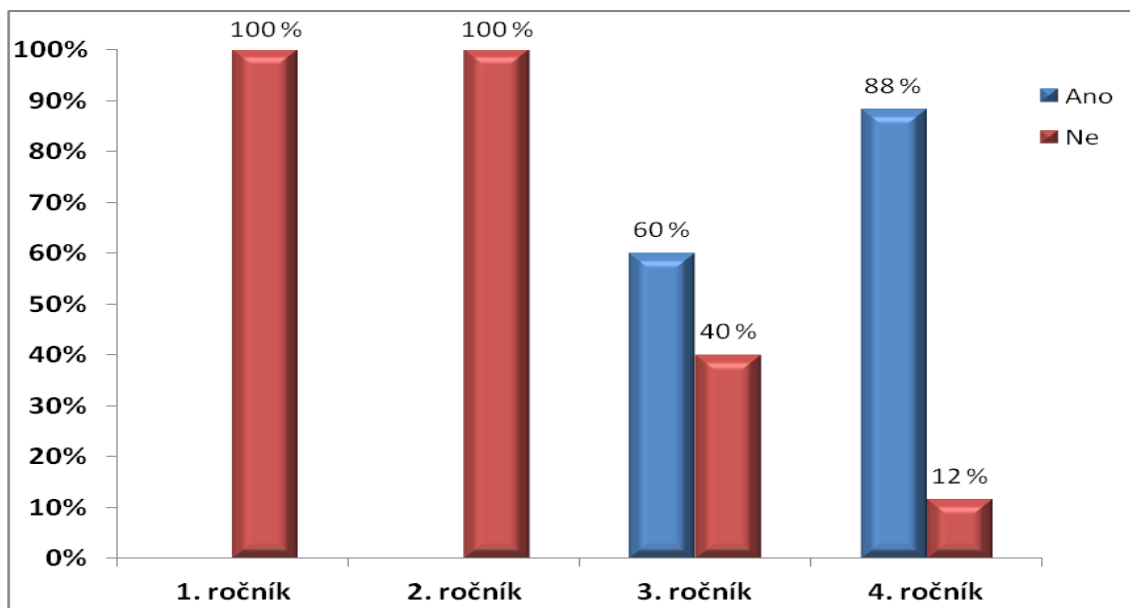
Z celkového počtu 60 studentů v 1. ročníku (100 %) uvedlo 22 studentů nesprávně, že interkulturní komunikace znamená komunikaci mezi stejnými kulturami (37 %), 14 studentů uvedlo správně, že se jedná o komunikaci mezi odlišnými kulturami (23 %) a 24 studentů odpověď nevědělo (40 %).

Z celkového počtu 60 studentů ve 2. ročníku (100 %) uvedlo nesprávnou odpověď 28 studentů (47 %), správně odpovědělo 15 studentů (25 %) a odpověď nevědělo 17 studentů (28 %).

Z celkového počtu 60 studentů ve 3. ročníku (100 %) uvedlo nesprávnou odpověď 25 studentů (42 %), správně odpovědělo 22 studentů (36 %) a odpověď nevědělo 13 studentů (22 %).

Z celkového počtu 60 studentů ve 4. ročníku (100 %) uvedlo nesprávnou odpověď 28 studentů (47 %), správně odpovědělo 20 studentů (33 %) a odpověď nevědělo 12 studentů (20 %).

Graf 8 Setkání studentů s pacientem – cizincem během odborné praxe

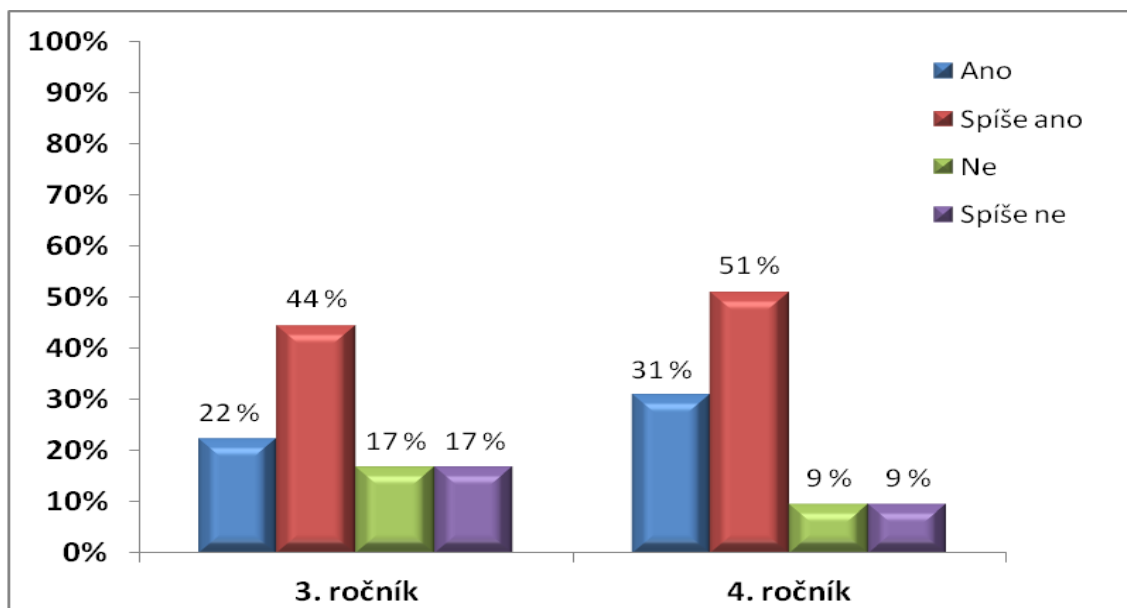


Z celkového počtu 60 studentů v 1. ročníku (100 %) a 60 studentů ve 2. ročníku (100 %) se nikdo z nich s pacientem – cizincem nesetkal, studenti začínají odbornou praxi v nemocnici až od 3. ročníku.

Z celkového počtu 60 studentů ve 3. ročníku (100 %) uvedlo 36 studentů, že se během odborné praxe v nemocnici s pacientem – cizincem setkali (60 %) a 24 studentů se s takovým pacientem dosud nesetkali (40 %).

Z celkového počtu 60 studentů ve 4. ročníku (100 %) uvedlo 53 studentů, že se s daným pacientem setkali (88 %) a 7 studentů se s takovým pacientem nesetkali (12 %).

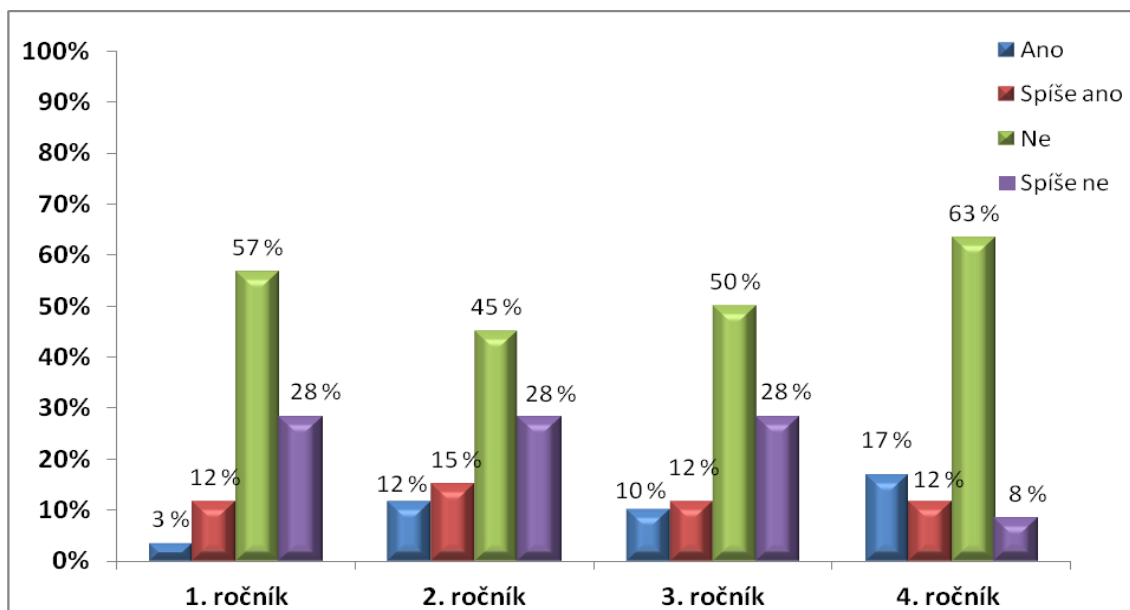
Graf 9 Znalost studentů jak přistupovat k pacientovi – cizincovi



V grafu 9 najdeme odpovědi pouze studentů, kteří odpověděli kladně na otázku zda se setkali s pacientem – cizincem při odborné praxi v nemocnici (graf 8).

Z celkového počtu 36 studentů ve 3. ročníku (100 %) uvedlo 8 studentů, že věděli jak k takovému pacientovi přistupovat (22 %), 16 studentů uvedlo, že spíše věděli jak k pacientovi přistupovat (44 %), 6 studentů nevědělo, jak k pacientovi přistupovat (17 %) a stejný počet, tedy 6 studentů spíše nevědělo, jak k pacientovi přistupovat (17 %). Z celkového počtu 53 studentů ve 4. ročníku (100 %) uvedlo 16 studentů, že věděli, jak k pacientovi přistupovat (31 %), 27 studentů spíše věděli, jak k pacientovi přistupovat (51 %), 5 studentů nevědělo, jak k pacientovi přistupovat (9 %) a stejný počet, tedy 5 studentů, spíše nevědělo, jak k pacientovi přistupovat (9 %).

Graf 10 Ovlivnění přístupu k pacientovi podle jeho národnosti



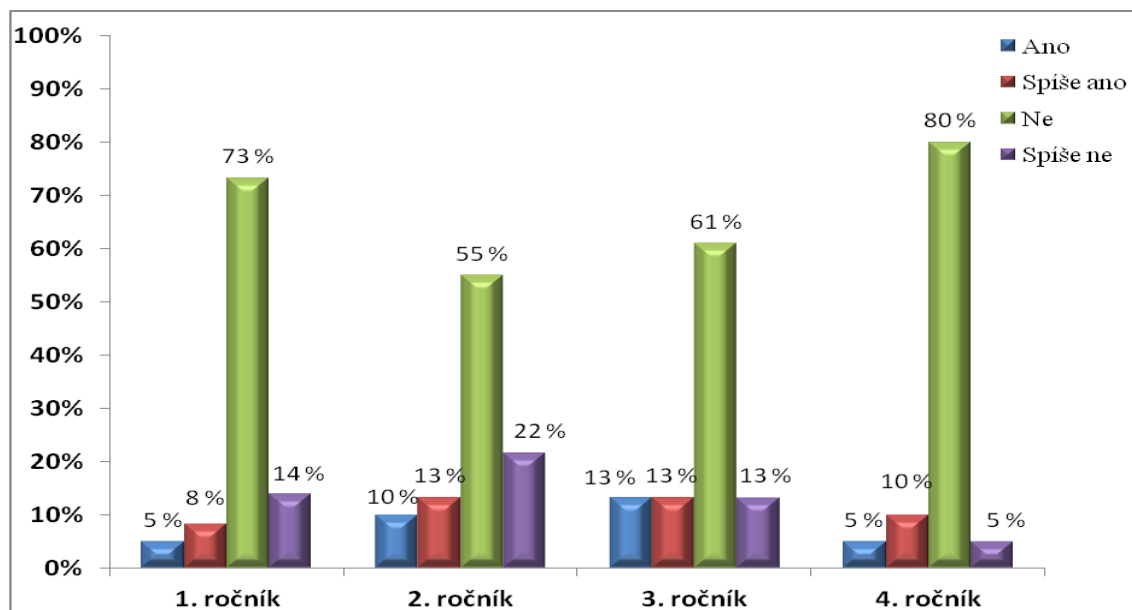
Z celkového počtu 60 studentů v 1. ročníku (100 %) uvedli 2 studenti, že jejich přístup k pacientovi ovlivňuje jeho národnost (3 %), 7 studentů je spíše ovlivněno jeho národností (12 %), 34 studentů tímto ovlivněno není (57 %) a 17 studentů jeho národností spíše není ovlivněno (28 %).

Z celkového počtu 60 studentů ve 2. ročníku (100 %) uvedlo 7 studentů, že jsou ovlivněni pacientovou národností (12 %), 9 studentů je tímto spíše ovlivněno (15 %), 27 studentů národností pacienta ovlivnění nejsou (45 %) a 17 studentů tímto spíše nejsou ovlivněni (28 %).

Z celkového počtu 60 studentů ve 3. ročníku (100 %) uvedlo 6 studentů, že jsou ovlivněni pacientovou národností (10 %), 7 studentů spíše jsou ovlivněni (12 %), 30 studentů tímto ovlivněno není (50 %) a 17 studentů spíše není ovlivněno (28 %).

Z celkového počtu 60 studentů ve 4. ročníku (100 %) uvedlo 10 studentů, že jejich přístup ovlivňuje pacientova národnost (17 %). 7 studentů jsou tímto spíše ovlivněni (12 %), 38 studentů národnost pacienta neovlivňuje (63 %) a 5 studentů spíše neovlivňuje (8 %).

Graf 11 Ovlivnění přístupu k pacientovi podle jeho náboženství



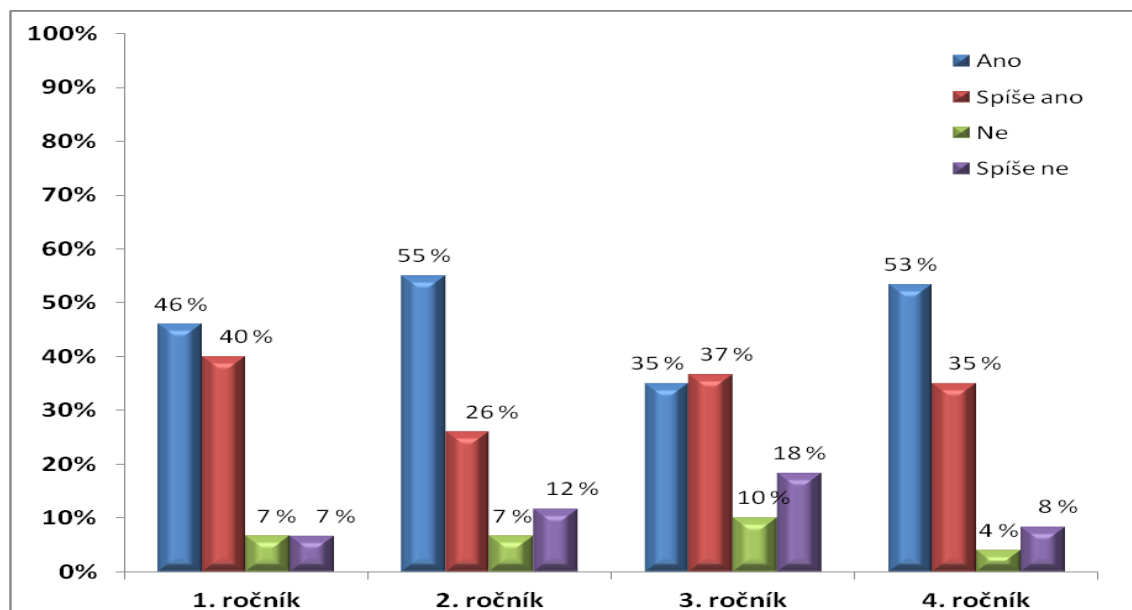
Z celkového počtu 60 studentů v 1. ročníku (100 %) uvedli 3 studenti, že jejich přístup k pacientovi ovlivňuje jeho náboženství (5 %), 5 studentů je spíše ovlivněno jeho náboženstvím (8 %), 44 studentů tímto ovlivněno není (73 %) a 8 studentů jeho náboženstvím spíše není ovlivněno (14 %).

Z celkového počtu 60 studentů ve 2. ročníku (100 %) uvedlo 6 studentů, že jsou ovlivněni pacientovým náboženstvím (10 %), 8 studentů je tímto spíše ovlivněno (13 %), 33 studentů náboženstvím pacienta ovlivněni nejsou (55 %) a 13 studentů tímto spíše nejsou ovlivněni (22 %).

Z celkového počtu 60 studentů ve 3. ročníku (100 %) uvedlo 8 studentů, že jsou ovlivněni pacientovým náboženstvím (13 %), 8 studentů spíše jsou ovlivněni (13 %), 36 studentů tímto ovlivněno není (61 %) a 8 studentů spíše není ovlivněno (13 %).

Z celkového počtu 60 studentů ve 4. ročníku (100 %) uvedlo 6 studentů, že jejich přístup ovlivňuje pacientovo náboženství (5 %), 6 studentů je tímto spíše ovlivněno (10 %), 48 studentů náboženství pacienta neovlivňuje (80 %) a 3 studenty spíše neovlivňuje (5 %).

Graf 12 Potřeba výuky multikulturního ošetřovatelství na škole

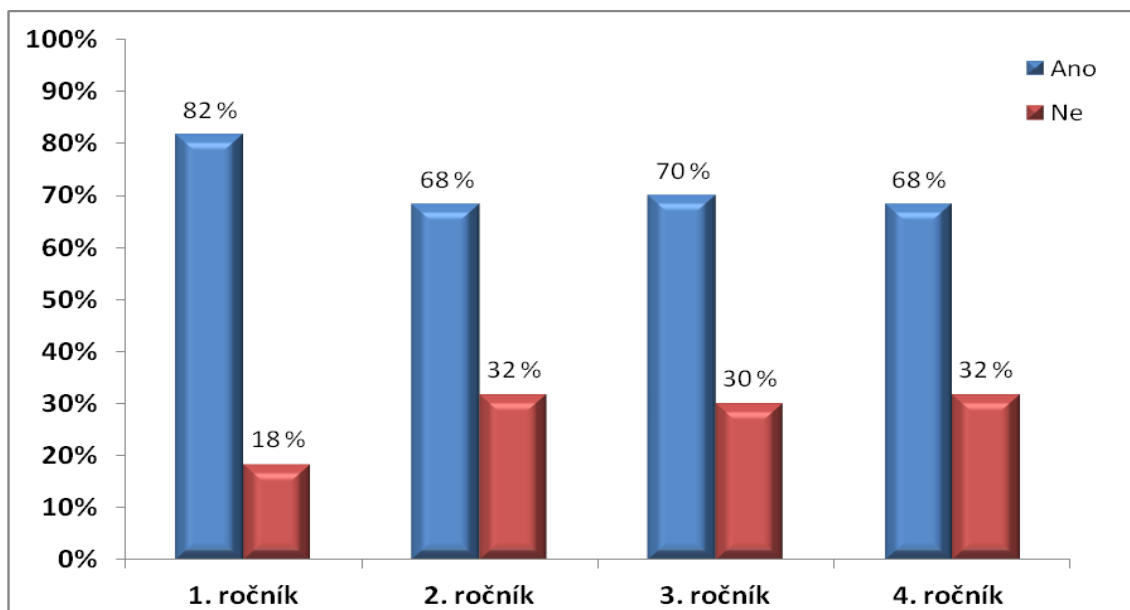


Z celkového počtu 60 studentů v 1. ročníku (100 %) uvedlo 28 studentů, že je potřeba výuka multikultury na škole (46 %), 24 studentů uvedlo, že spíše je potřeba (40 %), 4 studenti uvedli, že není potřeba výuka multikultury (7 %) a stejný počet studentů, tedy 7 uvedlo, že spíše není potřeba taková výuka (7 %).

Z celkového počtu 60 studentů ve 2. ročníku (100 %) uvedlo 33 studentů, že je potřeba taková výuka (55 %), 16 studentů uvedlo, že spíše zde je taková potřeba (26 %), 4 studenti uvedli, že není potřeba (7 %) a 7 studentů uvedlo, že spíše potřeba není (12 %). Z celkového počtu 60 studentů ve 3. ročníku (100 %) uvedlo 21 studentů, že je taková výuka potřeba (35 %), 22 studentů uvedlo, že spíše je potřeba (37 %), 2 studenti uvedli, že taková výuka potřeba není (10 %) a 11 studentů uvedlo, že spíše potřeba není (18 %).

Z celkového počtu 60 studentů ve 4. ročníku (100 %) uvedlo 32 studentů, že je taková výuka potřeba (53 %), 21 studentů uvedlo, že je spíše potřeba (35 %), 2 studenti uvedli, že není potřeba takové výuky (4 %) a 5 studentů uvedlo, že spíše není potřeba (8 %).

Graf 13 Zájem o informace v oblasti multikulturního ošetrovatelství na škole



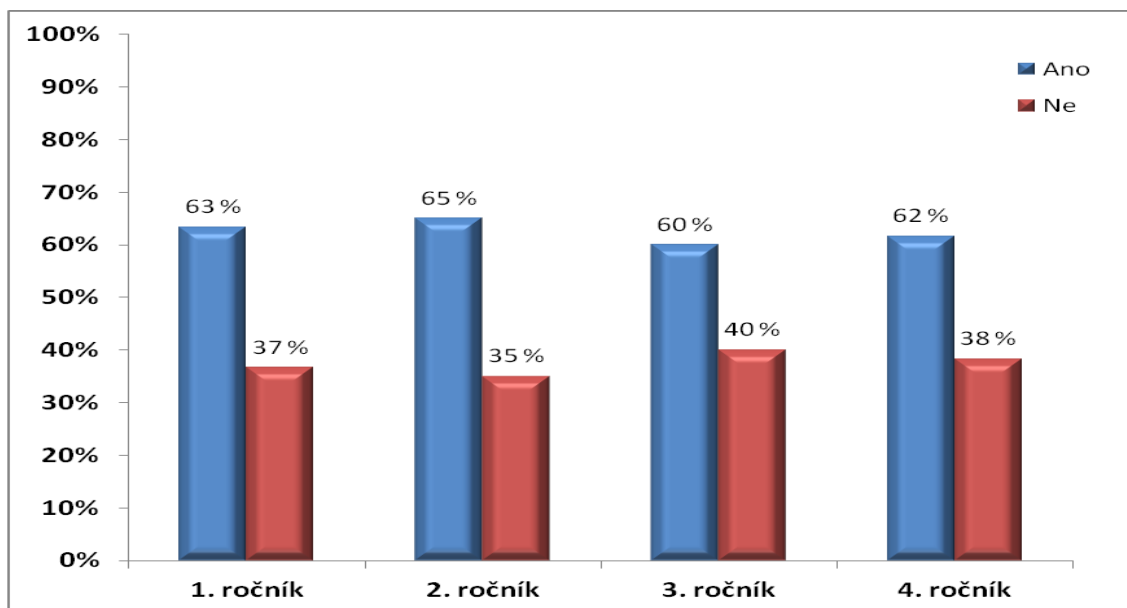
Z celkového počtu 60 studentů v 1. ročníku (100 %) uvedlo 49 studentů, že mají zájem získat více informací na škole v oblasti multikulturního ošetrovatelství (82 %) a 11 studentů zájem nemá (18 %).

Z celkového počtu 60 studentů ve 2. ročníku (100 %) uvedlo 41 studentů, že mají zájem (68 %) a zájem nemá 19 studentů (32 %).

Z celkového počtu 60 studentů ve 3. ročníku (100 %) uvedlo 42 studentů, že mají zájem (70 %) a nemá zájem 18 studentů (30 %).

Z celkového počtu 60 studentů ve 4. ročníku (100 %) uvedlo, že má zájem 41 studentů (68 %) a nemá zájem 19 studentů (32 %).

Graf 14 Zájem o problematiku multikulturního ošetřovatelství



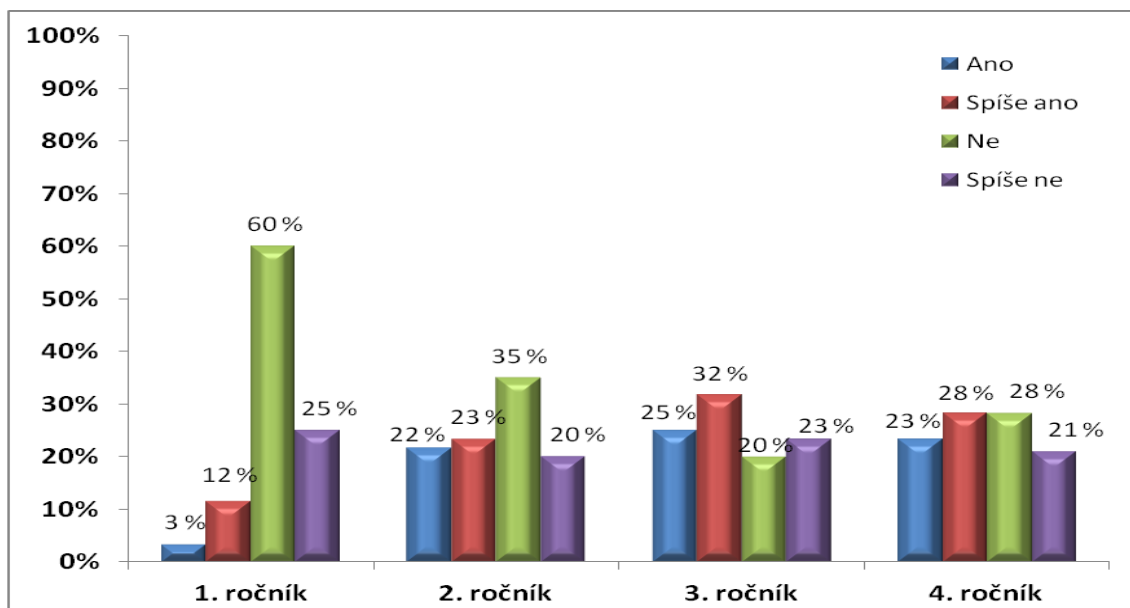
Z celkového počtu 60 studentů v 1. ročníku (100 %) uvedlo 38 studentů, že je tato problematika zajímavá (63 %) a 22 studentů nemá o problematiku zájem (37 %).

Z celkového počtu 60 studentů ve 2. ročníku (100 %) uvedlo zájem 39 studentů (65 %) a nezájem 21 studentů (35 %).

Z celkového počtu 60 studentů ve 3. ročníku (100 %) uvedlo zájem 36 studentů (60 %) a nezájem 24 studentů (40 %).

Z celkového počtu 60 studentů ve 4. ročníku (100 %) uvedlo, že má zájem 37 studentů (62 %) a že nemá zájem, uvedlo 23 studentů (38 %).

Graf 15 Získání informací o multikulturním ošetřovatelství v průběhu studia

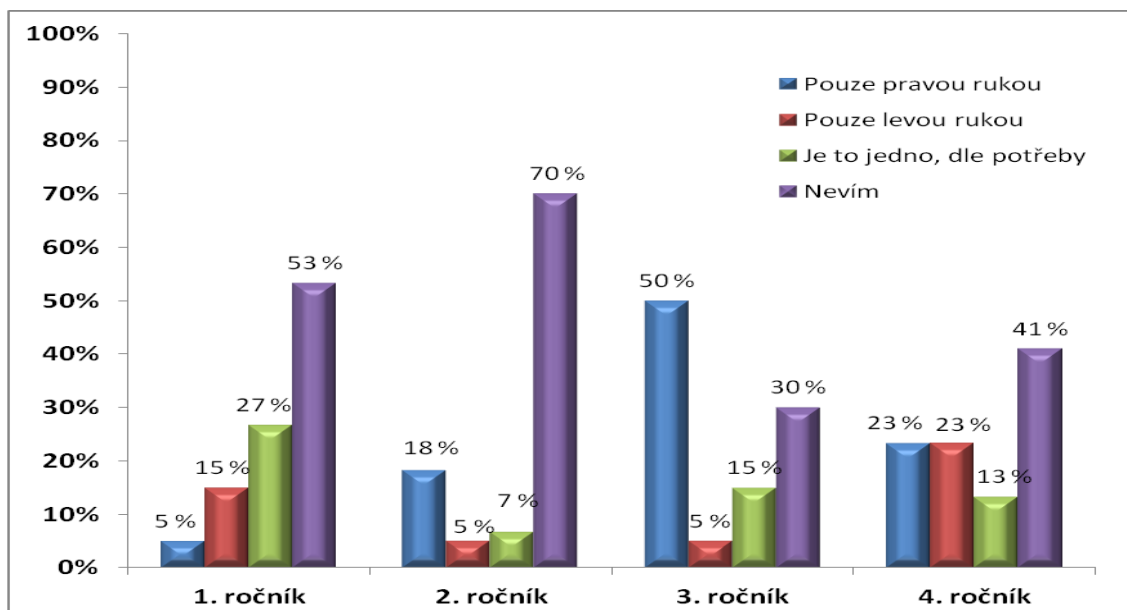


Z celkového počtu 60 studentů v 1. ročníku (100 %) uvedli 2 studenti, že získali informace v průběhu studia (3 %), 7 studentů tyto informace spíše získali (12 %), 36 studentů informace nezískalo (60 %) a 15 studentů informace spíše nezískalo (25 %). Z celkového počtu 60 studentů ve 2. ročníku (100 %) uvedlo 13 studentů, že získali informace (22 %), 14 studentů spíše informace získali (23 %), 21 studentů informace nezískalo (35 %) a 12 studentů je spíše nezískalo (20 %).

Z celkového počtu 60 studentů ve 3. ročníku (100 %) uvedlo 15 studentů, že informace získali (25 %), spíše je získalo 19 studentů (32 %), nezískalo je 12 studentů (20 %) a 14 studentů je spíše nezískalo (23 %).

Z celkového počtu 60 studentů ve 4. ročníku (100 %) uvedlo 14 studentů, že informace získali (23 %), spíše je získalo 17 studentů (28 %), nezískalo je 17 studentů (28 %) a spíše je nezískalo 12 studentů (21 %).

Graf 16 Podání léku pacientovi – muslimovi



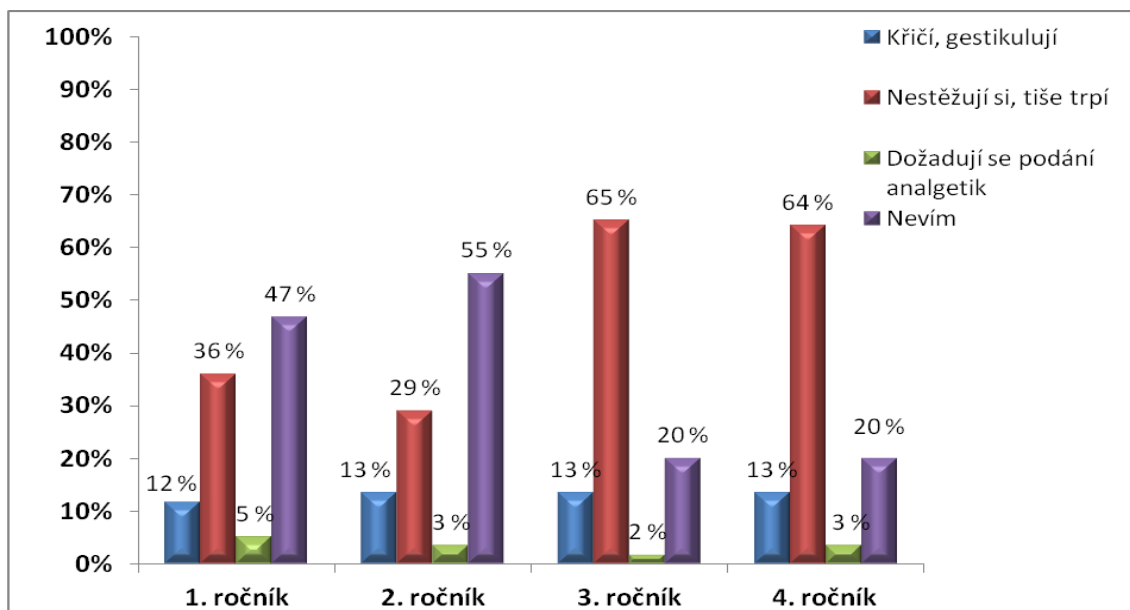
Z celkového počtu 60 studentů ve 1. ročníku (100 %) uvedli správně 3 studenti, že muslimovi podají lék pouze pravou rukou (5 %), zbytek studentů odpovědělo nesprávně, tedy 9 studentů uvedlo, že podají lék levou rukou (15 %), 16 studentů, uvedlo, že je to jedno, dle potřeby (27 %) a 32 studentů odpověď nevědělo (53 %).

Z celkového počtu 60 studentů ve 2. ročníku (100 %) uvedlo správnou odpověď 11 studentů (18 %), nesprávně odpověděli 3 studenti, kteří uvedli odpověď, levou rukou (5 %), 4 studenti uvedli, že je to jedno (7 %) a 42 studentů odpověď nevědělo (70 %).

Z celkového počtu 60 studentů ve 3. ročníku (100 %) uvedlo správnou odpověď 30 studentů (50 %), nesprávně odpověděli, že podají lék levou rukou 3 studenti (5 %), že je to jedno, odpovědělo 9 studentů (15 %) a odpověď nevědělo 18 studentů (30 %).

Z celkového počtu 60 studentů ve 4. ročníku (100 %) správně odpovědělo 14 studentů (23 %), nesprávně, tedy levou rukou, uvedlo 14 studentů (23 %) a odpověď nevědělo 24 studentů (41 %).

Graf 17 Prožívání bolesti u pacientů vietnamské národnosti



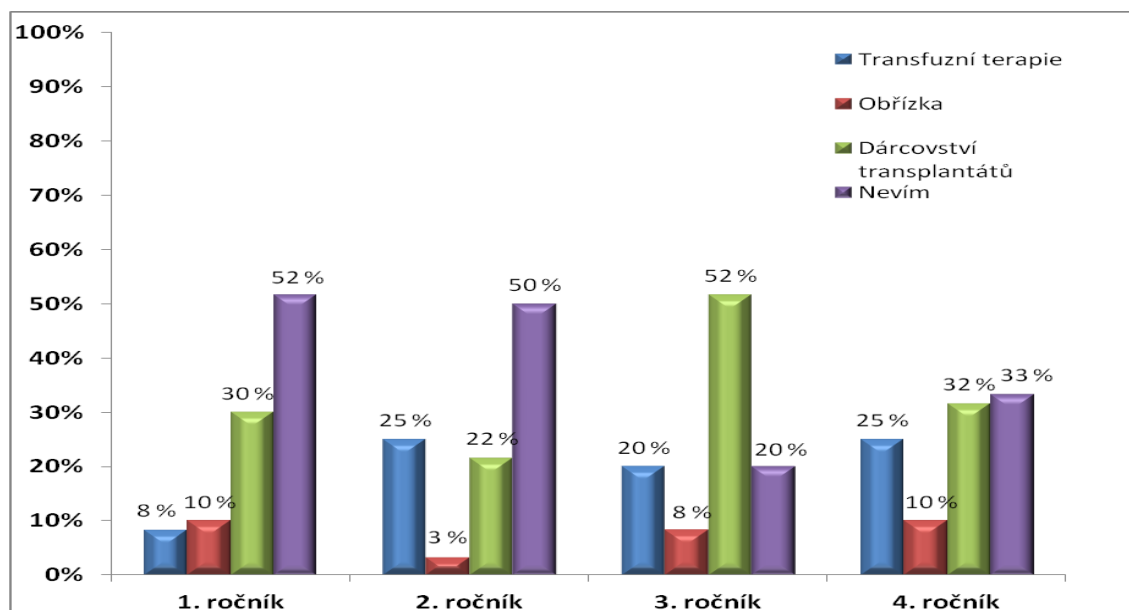
Z celkového počtu 60 studentů v 1. ročníku (100 %) uvedlo 7 studentů nesprávně odpověď, že pacienti křičí, gestikulují (12 %), správně odpovědělo 22 studentů, kteří uvedli, že si pacienti nestěžují, tiše trpí (36 %), nepravou odpověď, že se pacienti dožadují podání analgetik, zvolili 3 studenti (5 %) a 28 studentů odpověď nevědělo (47 %).

Z celkového počtu 60 studentů ve 2. ročníku (100 %) uvedlo nesprávně 8 studentů, že pacienti křičí, gestikulují (13 %). Správnou odpověď zvolilo 17 studentů (29 %), nesprávně, že se dožadují podání analgetik, zvolili 2 studenti (3 %) a 33 studentů odpověď nevědělo (55 %).

Z celkového počtu 60 studentů ve 3. ročníku (100 %) uvedlo nesprávně, že křičí, gestikulují 8 studentů (13 %), správnou odpověď zvolilo 39 studentů (65 %), další nesprávnou odpověď, že se dožadují podání analgetik, zvolil pouze 1 student (2 %) a odpověď neznalo 12 studentů (20 %).

Z celkového počtu 60 studentů ve 4. ročníku (100 %) uvedlo první nesprávnou odpověď, že pacienti křičí, gestikulují, 8 studentů (13 %), správnou odpověď zvolilo 38 studentů (64 %), další nesprávnou odpověď, že se dožadují podání analgetik, zvolili 2 studenti (3 %) a odpověď nevědělo 12 studentů (20 %).

Graf 18 Nepřípustný zákrok pro ortodoxní židy



Z celkového počtu 60 studentů v 1. ročníku (100 %) uvedlo nesprávně 5 studentů, že se jedná o transfuzní terapii (8 %) a další nesprávnou odpověď, že se jedná o obřízku, zvolilo 6 studentů (10 %), správně odpovědělo 18 studentů, že se jedná o dárcovství transplantátů (30 %) a 31 studentů odpověď neznalo (52 %).

Z celkového počtu 60 studentů ve 2. ročníku (100 %) uvedlo nesprávnou odpověď transfuzní terapii 15 studentů (25 %) a další nesprávnou odpověď, že se jedná o obřízku, zvolili pouze 2 studenti (3 %), správnou odpověď zvolilo 18 studentů (30 %) a odpověď neznalo 31 studentů (50 %).

Z celkového počtu 60 studentů ve 3. ročníku (100 %) nesprávně zvolilo první odpověď transfuzní terapii 12 studentů (20 %), nesprávně také dopověděli studenti, kteří uvedli obřízku, 5 studentů (8 %), správnou odpověď zvolilo 31 studentů (52 %) a na otázku neznalo odpověď 12 studentů (20 %).

Z celkového počtu 60 studentů ve 4. ročníku (100 %) uvedlo nesprávnou odpověď, že se jedná o transfuzní terapii 15 studentů (25 %), další nesprávnou odpověď obřízku, zvolilo 6 studentů (10 %), správně odpovědělo 19 studentů (32 %) a odpověď neznalo 20 studentů (33 %).

4.2 Statistické zhodnocení dat

4.2.1 H1: Mezi studenty středních zdravotnických škol je rozdíl ve znalostech multikulturního ošetřovatelství

Tabulka 1 Charakteristika multikulturního ošetřovatelství

Pozorované četnosti	Odpovědi		Celkem
	správně	špatně	
Otázka 1			
1. ročník	25	35	60
4. ročník	37	23	60
Celkem	70	50	120
1. ročník	55%	45%	100%
4. ročník	62%	38%	100%
Celkem	58%	42%	100%

Očekávané četnosti	Odpovědi		Celkem
	správně	špatně	
Otázka 1			
1. ročník	31	29	60
4. ročník	31	29	60
Celkem	62	58	120

H0: Je rozdíl v definici multikulturního ošetřovatelství mezi 1. a 4. ročníky.

H1: Není rozdíl v definici multikulturního ošetřovatelství mezi 1. a 4. ročníky.

Chí - kvadrát test – dosažená hladina významnosti **4,80**

$$Df = (2-1)*(2-1) = 1 \quad \alpha = 0,05$$

Tabulková hodnota chí – kvadrát test = 3,84

4,80 > 3,84 **H0 platí. Je rozdíl v definici.**

Tabulka 2 Definice minoritní skupiny

Pozorované četnosti	Odpovědi		Celkem
	správně	špatně	
Otázka 6			
1. ročník	25	35	60
4. ročník	32	28	60
Celkem	57	63	120
1. ročník	42%	58%	100%
4. ročník	53%	47%	100%
Celkem	48%	53%	100%

Očekávané četnosti	Odpovědi		Celkem
	správně	špatně	
Otázka 6			
1. ročník	28,5	31,5	60
4. ročník	28,5	31,5	60
Celkem	57	63	120

H0: Je rozdíl ve znalosti významu minoritní skupiny mezi 1. a 4. ročníky.

H1: Není rozdíl ve znalosti významu minoritní skupiny mezi 1. a 4. ročníky.

Chí - kvadrát test – dosažená hladina významnosti **1,64**

$$Df = (2-1)*(2-1) = 1 \quad \alpha = 0,05$$

Tabulková hodnota chí – kvadrát test = 3,84

1,64 < 3,84 **H0 se zamítá. Platí H1 není rozdíl ve znalosti.**

Tabulka 3 Definice interkulturní komunikace

Pozorované četnosti	Odpovědi		Celkem
	správně	špatně	
Otázka 7			
1. ročník	14	46	60
4. ročník	20	40	60
Celkem	34	86	120
1. ročník	23%	77%	100%
4. ročník	33%	67%	100%
Celkem	28%	72%	100%

Očekávané četnosti	Odpovědi		Celkem
	správně	špatně	
Otázka 7			
1. ročník	17	43	60
4. ročník	17	43	60
Celkem	34	86	120

H0: Je rozdíl ve znalosti významu interkulturní komunikace mezi 1. a 4. ročníky.

H1: Není rozdíl ve znalosti významu interkulturní komunikace mezi 1. a 4. ročníky.

Chí - kvadrát test – dosažená hladina významnosti **1,48**

$$Df = (2-1)*(2-1) = 1 \quad \alpha = 0,05$$

Tabulková hodnota chí – kvadrát test = 3,84

1,48 < 3,84 **H0 se zamítá. Platí H1 není rozdíl ve znalosti.**

Tabulka 4 Podání léku pacientovi - muslimovi

Pozorované četnosti	Odpovědi		Celkem
	správně	špatně	
Otázka 16			
1. ročník	3	57	60
4. ročník	14	46	60
Celkem	17	103	120
1. ročník	5%	95%	100%
4. ročník	23%	77%	100%
Celkem	14%	86%	100%

Očekávané četnosti	Odpovědi		Celkem
	správně	špatně	
Otázka 16			
1. ročník	8,5	51,5	60
4. ročník	8,5	51,5	60
Celkem	17	103	120

H0: Je rozdíl ve znalosti podání léku muslimovi mezi 1. a 4. ročníky.

H1: Není rozdíl ve znalosti podávání léku muslimovi mezi 1. a 4. ročníky.

Chí - kvadrát test – dosažená hladina významnosti **8,29**

$$Df = (2-1)*(2-1) = 1 \quad \alpha = 0,05$$

Tabulková hodnota chí – kvadrát test = 3,84

8,29 > 3,84 **H0 platí. Je rozdíl ve znalosti.**

Tabulka 5 Prožívání bolesti u vietnamských pacientů

Pozorované četnosti	Odpovědi		Celkem
	správně	špatně	
Otázka 17			
1. ročník	22	38	60
4. ročník	38	22	60
Celkem	60	60	120
1. ročník	37%	63%	100%
4. ročník	63%	37%	100%
Celkem	50%	50%	100%

Očekávané četnosti	Odpovědi		Celkem
	správně	špatně	
Otázka 17			
1. ročník	30	30	60
4. ročník	30	30	60
Celkem	60	60	120

H0: Je rozdíl ve znalosti prožívání bolesti u vietnamských pacientů mezi 1. a 4. ročníky.

H1: Není rozdíl ve znalosti prožívání bolesti u vietnamských pacientů mezi 1. a 4. ročníky.

Chí - kvadrát test – dosažená hladina významnosti **8,53**

$$Df = (2-1)*(2-1) = 1 \quad \alpha = 0,05$$

Tabulková hodnota chí – kvadrát test = 3,84

8,53 > 3,84 **H0 platí. Je rozdíl ve znalosti.**

Tabulka 6 Nepřípustný zákrok pro ortodoxní židy

Pozorované četnosti	Odpovědi		Celkem
	správně	špatně	
Otázka 18			
1. ročník	18	42	60
4. ročník	19	41	60
Celkem	37	83	120
1. ročník	30%	70%	100%
4. ročník	32%	68%	100%
Celkem	31%	69%	100%

Očekávané četnosti	Odpovědi		Celkem
	správně	špatně	
Otázka 18			
1. ročník	18,5	41,5	60
4. ročník	18,5	41,5	60
Celkem	37	83	120

H0: Je rozdíl ve znalosti nepřípustného zákroku pro ortodoxní židy mezi 1. a 4. ročníky.

H1: Není rozdíl ve znalosti nepřípustného zákroku pro ortodoxní židy mezi 1. a 4. ročníky.

Chí - kvadrát test – dosažená hladina významnosti **0,04**

Df = (2-1)*(2-1) = 1 $\alpha = 0,05$

Tabulková hodnota chí – kvadrát test = 3,84

0,04 < 3,84 **H0 se zamítá. Platí H1 není rozdíl ve znalosti.**

4.2.2 H2: Střední zdravotnické školy věnují pozornost výuce v multikulturním přístupu k pacientům

Tabulka 7 Setkání studentů s výukou multikulturního ošetřovatelství na škole

Pozorované četnosti	Odpovědi		Celkem
	správně	špatně	
Otázka 2			
1. ročník	8	52	60
2. ročník	31	29	60
3. ročník	32	28	60
4. ročník	34	26	60
Celkem	105	135	240
1. ročník	13%	87%	100%
2. ročník	52%	48%	100%
3. ročník	53%	47%	100%
4. ročník	57%	43%	100%
Celkem	44%	56%	100%

Očekávané četnosti	Odpovědi		Celkem
	správně	špatně	
otázka 2			
1. ročník	26	34	60
2. ročník	26	34	60
3. ročník	26	34	60
4. ročník	26	34	60
Celkem	105	135	240

H0: Studenti se s výukou multikulturního ošetřovatelství na škole setkávají.

H1: Studenti se s výukou multikulturního ošetřovatelství na škole nesetkávají.

Chí - kvadrát test – dosažená hladina významnosti **30,43**

Df = (2-1)*(4-1) = 3 $\alpha = 0,05$

Tabulková hodnota chí – kvadrát test 7,82

30,43 < 7,82 **H0 platí. Studenti se s výukou na škole setkávají.**

Tabulka 8 Získání informací o multikulturálním ošetřovatelství během studia

Pozorované četnosti	Odpovědi		Celkem
	Ano	Ne	
Otázka 15			
1. ročník	9	51	60
2. ročník	27	33	60
3. ročník	34	26	60
4. ročník	31	29	60
Celkem	101	139	240
1. ročník	15%	85%	100%
2. ročník	45%	55%	100%
3. ročník	57%	43%	100%
4. ročník	52%	48%	100%
Celkem	42%	58%	100%

Očekávané četnosti	Odpovědi		Celkem
	Ano	Ne	
Otázka 15			
1. ročník	27	33	60
2. ročník	27	33	60
3. ročník	27	33	60
4. ročník	27	33	60
Celkem	108	132	240

H0: Studenti získají informace o multikulturálním ošetřovatelství během studia.

H1: Studenti nezískají informace o multikulturálním ošetřovatelství během studia.

Chí - kvadrát test – dosažená hladina významnosti **25,76**

Df = (2-1)*(4-1) = 3 $\alpha = 0,05$

Tabulková hodnota chí – kvadrát test 7,82

25,76 < 7,82 **H0 platí. Studenti informace během studia získají.**

4.2.3 H3: *Studenti středních zdravotnických škol mají znalosti v multikulturním přístupu k pacientům*

Tabulka 9 Definice multikulturního ošetřovatelství

Pozorované četnosti	Odpovědi		Celkem
	správně	špatně	
Otázka 1			
1. ročník	25	35	60
2. ročník	44	16	60
3. ročník	47	13	60
4. ročník	37	23	60
Celkem	153	87	240
1. ročník	42%	58%	100%
2. ročník	73%	27%	100%
3. ročník	78%	22%	100%
4. ročník	62%	38%	100%
Celkem	64%	36%	100%

Očekávané četnosti	Odpovědi		Celkem
	správně	špatně	
Otázka 1			
1. ročník	38,25	21,75	60
2. ročník	38,25	21,75	60
3. ročník	38,25	21,75	60
4. ročník	38,25	21,75	60
Celkem	153	87	240

H0: Studenti umějí definovat pojem multikulturní ošetřovatelství.

H1: Studenti neumějí definovat pojem multikulturní ošetřovatelství.

Chí - kvadrát test – dosažená hladina významnosti **20,69**

$$Df = (2-1)*(4-1) = 3 \quad \alpha = 0,05$$

Tabulková hodnota chí – kvadrát test = 7,82

20,69 > 7,82 **H0 platí. Studenti umějí pojem definovat.**

Tabulka 10 Definice minoritní skupiny

Pozorované četnosti	Odpovědi		Celkem
	správně	špatně	
Otázka 6			
1. ročník	25	35	60
2. ročník	33	27	60
3. ročník	25	35	60
4. ročník	32	28	60
Celkem	115	125	240
1. ročník	42%	58%	100%
2. ročník	55%	45%	100%
3. ročník	42%	58%	100%
4. ročník	53%	47%	100%
Celkem	48%	52%	100%

Očekávané četnosti	Odpovědi		Celkem
	správně	špatně	
Otázka 6			
1. ročník	28,75	31,25	60
2. ročník	28,75	31,25	60
3. ročník	28,75	31,25	60
4. ročník	28,75	31,25	60
Celkem	115	125	240

H0: Studenti vědí, co znamená minoritní skupina.

H1: Studenti nevědí, co znamená minoritní skupina.

Chí - kvadrát test – dosažená hladina významnosti **3,79**

$Df = (2-1)*(4-1) = 3$ $\alpha = 0,05$

Tabulková hodnota chí – kvadrát test = 7,82

3,79 < 7,82 **H0 se zamítá. Platí H1 Studenti nevědí co znamená minoritní skupina.**

Tabulka 11 Definice interkulturní komunikace

Pozorované četnosti	Odpovědi		Celkem
	správně	špatně	
Otázka 7			
1. ročník	14	46	60
2. ročník	15	45	60
3. ročník	22	38	60
4. ročník	20	40	60
Celkem	71	169	240
1. ročník	23%	77%	100%
2. ročník	25%	75%	100%
3. ročník	37%	63%	100%
4. ročník	33%	67%	100%
Celkem	30%	70%	100%

Očekávané četnosti	Odpovědi	
	správně	špatně
Otázka 7		
1. ročník	17,75	42,25
2. ročník	17,75	42,25
3. ročník	17,75	42,25
4. ročník	17,75	42,25
Celkem	71	169

H0: Studenti vědí co znamená inrekulturní komunikace.

H1: Studenti nevědí co znamená interkulturní komunikace.

Chí - kvadrát test – dosažená hladina významnosti **3,58**

$$Df = (2-1)*(4-1) = 3 \quad \alpha = 0,05$$

Tabulková hodnota chí – kvadrát test = 7,82

$3,58 < 7,82$ **H0 se zamítá. Platí H1 studenti nevědí co znamená interkulturní komunikace.**

Tabulka 12 Podání léků pacientovi – muslimovi

Pozorované četnosti	Odpovědi		Celkem
	správně	špatně	
Otázka 16			
1. ročník	3	57	60
2. ročník	11	49	60
3. ročník	30	30	60
4. ročník	14	46	60
Celkem	58	182	240
1. ročník	5%	95%	100%
2. ročník	18%	82%	100%
3. ročník	50%	50%	100%
4. ročník	23%	77%	100%
Celkem	24%	76%	100%

Očekávané četnosti	Odpovědi		Celkem
	správně	špatně	
Otázka 16			
1. ročník	14,5	45,5	60
2. ročník	14,5	45,5	60
3. ročník	14,5	45,5	60
4. ročník	14,5	45,5	60
Celkem	58	182	240

H0: Studenti vědí, jak podávat léky pacientovi – muslimovi.

H1: Studenti nevědí, jak podávat léky pacientovi – muslimovi.

Chí - kvadrát test – dosažená hladina významnosti **35,01**

$$Df = (2-1)*(4-1) = 3 \quad \alpha = 0,05$$

Tabulková hodnota chí – kvadrát test = 7,82

$35,01 > 7,82$ **H0 platí. Studenti vědí, jak podávat léky pacientovi – muslimovi.**

Tabulka 13 Prožívání bolesti u pacientů vietnamské národnosti

Pozorované četnosti	Odpovědi		Celkem
	správně	špatně	
Otázka 17			
1. ročník	22	38	60
2. ročník	17	43	60
3. ročník	39	21	60
4. ročník	38	22	60
Celkem	116	124	240
1. ročník	37%	63%	100%
2. ročník	28%	72%	100%
3. ročník	65%	35%	100%
4. ročník	63%	37%	100%
Celkem	48%	52%	100%

Očekávané četnosti	Odpovědi		Celkem
	správně	špatně	
Otázka 17			
1. ročník	29	31	60
2. ročník	29	31	60
3. ročník	29	31	60
4. ročník	29	31	60
Celkem	116	124	240

H0: Studenti vědí jak prožívají bolest pacienti vietnamské národnosti.

H1: Studenti nevědí jak prožívají bolest pacienti vietnamské národnosti.

Chí - kvadrát test – dosažená hladina významnosti **26,03**

Df = (2-1)*(4-1) = 3 $\alpha = 0,05$

Tabulková hodnota chí – kvadrát test = 7,82

26,03 > 7,82 **H0 platí. Studenti vědí jak prožívají bolest pacienti vietnamské národnosti.**

Tabulka 14 Nepřípustný zákrok pro ortodoxní židy.

Pozorované četnosti	Odpovědi		Celkem
	správně	špatně	
Otázka 18			
1. ročník	18	42	60
2. ročník	13	47	60
3. ročník	31	29	60
4. ročník	19	41	60
Celkem	81	159	240
1. ročník	30%	70%	100%
2. ročník	22%	78%	100%
3. ročník	52%	48%	100%
4. ročník	32%	68%	100%
Celkem	34%	66%	100%

Očekávané četnosti	Odpovědi		Celkem
	správně	špatně	
Otázka 18			
1. ročník	20,25	39,75	60
2. ročník	20,25	39,75	60
3. ročník	20,25	39,75	60
4. ročník	20,25	39,75	60
Celkem	81	159	240

H0: Studenti vědí co je nepřipustné pro ortodoxní židy.

H1: Studenti nevědí co je nepřipustné pro ortodoxní židy.

Chí - kvadrát test – dosažená hladina významnosti **17,26**

$$Df = (2-1)*(4-1) = 3 \quad \alpha = 0,05$$

Tabulková hodnota chí – kvadrát test = 7,82

17,26 > 7,82 **H0 platí. Studenti vědí co je nepřipustné pro ortodoxní židy.**

4.3 Rozhovory s vyučujícími odborných předmětů

Schéma 1 Výuka multikulturního ošetrovatelství na střední zdravotnické škole

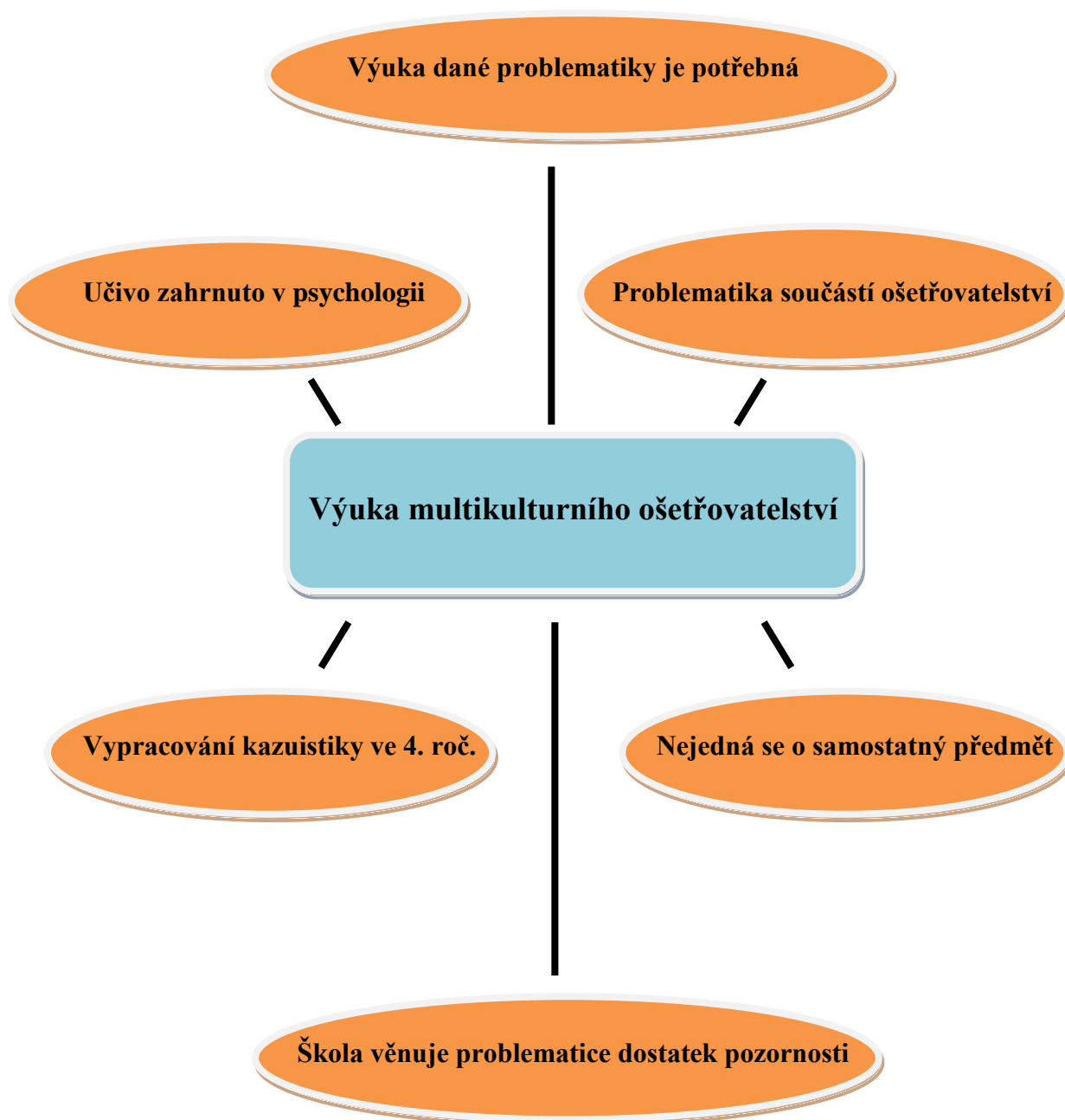
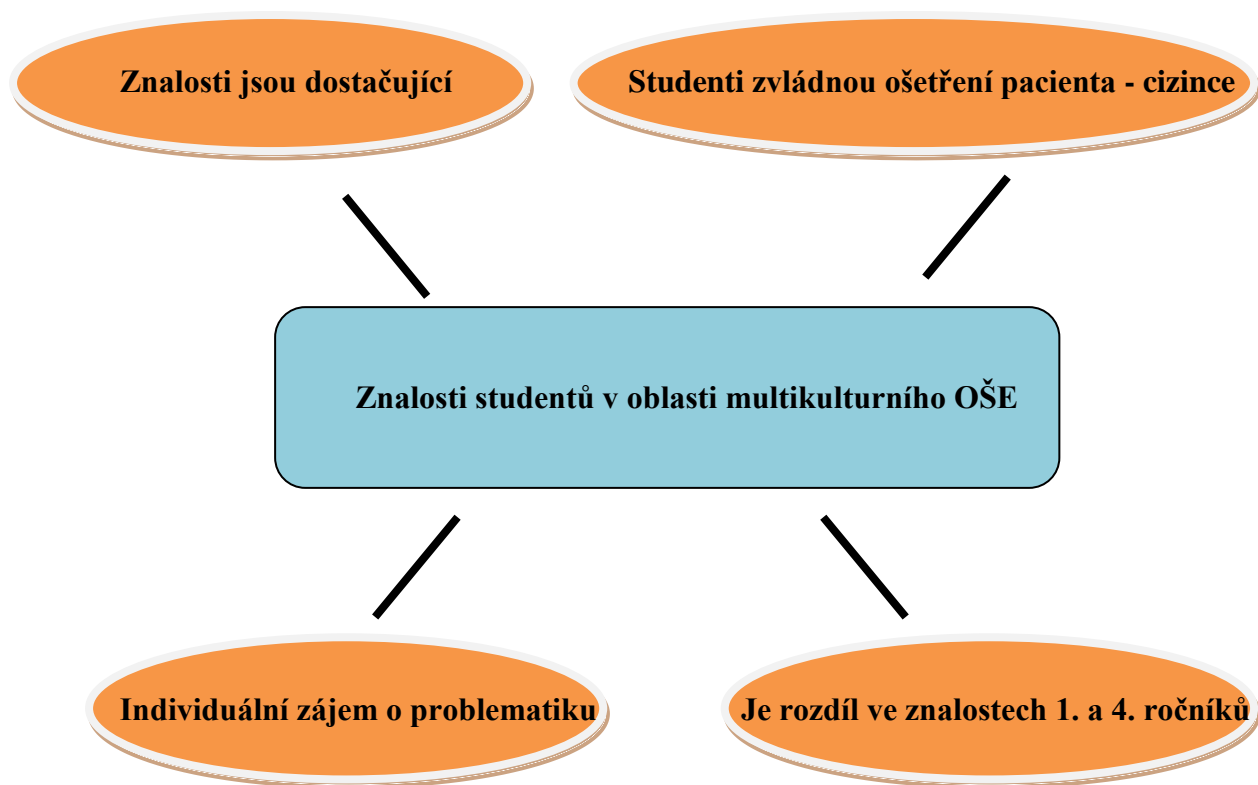


Schéma 2 Znalosti studentů z pohledu vyučujících odborných předmětů



5. Diskuze

Tato bakalářská práce se zabývá multikulturním ošetrovatelstvím na středních zdravotnických školách. Cílem práce bylo zjistit úroveň znalostí studentů v dané problematice. Dále, zda studenty toto téma zajímá a chtěli by se o něm dozvědět více. Studenty středních zdravotnických škol jsem zvolila z toho důvodu, že během 4 let studia získají základní znalosti v ošetrovatelské péči o pacienta, naučí se základy z medicínských oborů, společenských věd a dalších oborů. Myslím si, že znalosti multikulturního ošetrovatelství patří k základním znalostem budoucích zdravotníků, ať se již po maturitě rozhodnou k dalšímu studiu nebo začnou pracovat.

V dalším studiu získají v této oblasti podrobnější znalosti, a také vysokoškolští studenti si dnes sami uvědomují, že v praxi neobstojí, pokud budou neznalí potřeb jednotlivých kultur (Leiningerová, 2002). Stejně tak se i studenti středních škol setkávají s ošetrováním cizinců a měli by na to být kvalitně připraveni. A jak také uvádí sama zakladatelka multikulturního ošetrovatelství M. Leiningerová: „*Až sestry pochopí a uplatní etické principy ve všech oblastech transkulturní péče, dosáhneme jednoho z největších humánních cílů ošetrovatelství*“ (Leiningerová, s. 2, 2006). Z toho vyplývá, že čím dříve začneme budoucí zdravotnické pracovníky v této oblasti vzdělávat, tím dříve bude tento cíl ošetrovatelství naplněn.

Na základě těchto cílů byly stanoveny tyto tři hypotézy: H 1: Mezi studenty 1. a 4. ročníků středních zdravotnických škol je rozdíl ve znalostech multikulturního ošetrovatelství. H 2: Střední zdravotnické školy věnují pozornost výuce v multikulturním přístupu k pacientům. H 3: Studenti středních zdravotnických mají znalosti v multikulturním přístupu k pacientům.

Pro výzkumnou kvantitativní část u studentů jsme zvolili stejný dotazník pro všechny studenty, aby byly výsledky přehledné a jasné. Také, aby všichni studenti měli stejné možnosti bez ohledu na jejich ročník i za předpokladu, že 1. či 2. ročníky nemají ještě praxi ani dostatek zkušeností.

Celkově byly dotazníky distribuovány ve třech středních zdravotnických školách. Jednalo se tedy o velké množství studentů. Návratnost byla velmi vysoká (96 %), zřejmě díky vyučujícím, kteří dotazníky rozdali při vyučování a opět je sesbírali.

Z tak velkého počtu dotazníků (325 dotazníků) bylo vyřazeno 85 dotazníků. Příčinou bylo nevyplnění dotazníků vůbec, či neúplné vyplnění, zřejmě z nepozornosti studentů. Celkový počet studentů, kteří vyplnili dotazníky celé, byl 240, vždy 60 studentů za jeden ročník.

Pro doplnění výzkumného šetření mezi studenty jsme oslovili jejich vyučující a položili jsme jim několik otázek týkajících se výuky multikulturního ošetřovatelství na střední škole a znalostí studentů. Jednalo se vždy o jednu vyučující odborných předmětů na dané škole, kde byly rozdány dotazníky studentům. Vyučující tak dostali prostor pro vyjádření vlastních názorů na výuku a znalosti studentů v oblasti multikulturního ošetřovatelství. Tyto rozhovory však byly pouze doplňující k dotazníkovému šetření studentů. Tato práce je zaměřena především na studenty, nikoliv na vyučující. Proto zde jejich rozhovory nedostaly tolik prostoru.

Zajímalo nás, zda si studenti pod pojmem multikulturní ošetřovatelství dovedou něco představit. Měli definovat termín multikulturní ošetřovatelství. Neměli na výběr z žádných odpovědí, proto, aby si sami určili, co si pod daným pojmem představují. Dle Mastiliakové je to: *„obor, zaměřený na podobnosti a rozdíly v péči o různé kultury s jejich souborem hodnot, životních zvyklostí a přesvědčení, a to s cílem poskytovat vhodnou, smysluplnou, účinnou a individualizovanou podporu ve zdraví a nemoci“* (Mastiliaková, 2003, s. 6). Převážná většina studentů (64 %), uměli multikulturní ošetřovatelství definovat svými slovy. Zbýlých 36 % studentů odpověď většinou vůbec neznali (graf 1). Nejčastější odpovědí bylo, že se jedná o ošetřování cizí kultury. Z těchto výsledků tedy vyplývá, že přestože se jedná i o studenty 1. a 2. ročníků, většina si umí pod pojmem multikulturního ošetřovatelství představit správnou odpověď. Dále jsme zjistili, že postupně se během studia zvyšuje povědomí o multikulturním ošetřovatelství, protože v 1. ročníku na otázku nezná odpověď celých 58 % studentů, ve 4. ročníku už jen 39 %. Zajímavé je, že ve 2. ročníku uvedlo, že odpověď nezná 27 % a ve 3. ročníku 22%, což je v obou ročnících menší počet procent studentů než ve 4. ročníku.

Co se týká podrobnějších znalostí v dané problematice, nejsou výsledky nijak povzbuzující.

Studenti měli uvést definici minoritní skupiny (graf 6). V celkovém průměru všech ročníků správnou odpověď uvedlo 48 % studentů, což je méně než polovina. Správnou definici interkulturní komunikace (graf 7) uvedlo v průměru okolo 30 % studentů, přičemž výsledky jednotlivých ročníků v obou otázkách se lišily pouze mírně. Z výsledků statistického zpracování dat dosáhla hladina χ^2 – kvadrát testu v otázce, kdy měli studenti určit, co znamená minoritní skupina hladiny 3,79 (tabulka 10). V další otázce, kde studenti odpovídali na otázku, co znamená interkulturní komunikace, dosáhla hladina významnosti 3,58 (tabulka 11). Z dosažených výsledků tedy vyplývá, že studenti nevědí co pojmy jako minoritní skupina a interkulturní komunikace znamenají. Zda studenti vědí, jak se postarat o pacienta s jinou kulturou či náboženstvím, je zřejmé z těchto závěrů: Studenti měli uvést, jak by podali lék pacientovi – muslimovi (graf 16). Správnou odpověď zvolilo pouze 58 studentů, což je v průměru 24 % ze všech ročníků. Zajímavé je, že nejvíce studentů, kteří volili správnou odpověď, jsou studenti 3. ročníků, hned za nimi jsou 4. ročníky, u kterých by se dalo předpokládat, že budou mít více znalostí a nejmíň znalostí mají 1. ročníky. Rozdíl ve znalostech v této otázce mezi 1. a 4. ročníky je (tabulka 4). Dále měli studenti určit, jak prožívají bolest pacienti vietnamské národnosti (graf 17). Zde bylo nejvíce správných odpovědí ze všech znalostních otázek. Celkově na ni správně odpovědělo 116 studentů, což je v průměru 48 % studentů ze všech ročníků. Bohužel celkový průměr opět nepřekročil hranici 50 %. U studentů 1. a 2. ročníků se správné odpovědi pohybovaly okolo 30 %, u 3. a 4. ročníků již překročily hranici 50 % (konkrétně okolo 60 %). Co se týká rozdílu ve znalostech v dané otázce mezi 1. a 4. ročníky i zde je. Tento rozdíl byl velmi zřetelný (tabulka 5). Poslední znalostní otázka se týkala ortodoxních židů, kdy měli studenti uvést, co je pro tyto pacienty z daných možností nepřípustné (graf 18). Zde bylo správných odpovědí o něco méně, konkrétně 81, což je v průměru 34 % ze všech ročníků. Zajímavé opět je, že více správných odpovědí uvedli studenti 3. ročníků než studenti ostatních ročníků, především 4. Bohužel v této otázce při statistickém zpracování dat dosáhla hladina χ^2 – kvadrát testu pouze 0,04, což značí, že rozdíl mezi 1. a 4. ročníky v dané otázce není. V rozhovoru dvě vyučující uvedly, že si myslí, že znalosti studenti v problematice multikulturního ošetřovatelství

mají, pouze jedna vyučující tento názor nesdílí. Všechny se však shodly na tom, že rozdíl ve znalostech 1. a 4. ročníků určitě je. Což je zřejmé i z těchto výsledků. Bohužel překvapivé a trochu zarážející je, že výsledky nejsou zcela jednoznačné. V 1. ročnících je hodně studentů, kteří správné dopovědi věděli, přestože se ještě na škole nemohli s podrobnější výukou multikulturního ošetrovatelství setkat. Naopak u 4. ročníků by se po 4 letech studia a tvrzení vyučujících, že školy věnují problematice pozornost, předpokládala větší orientace v daném tématu. Celkově však výsledky znalostních otázek potvrzují hypotézu 1., že mezi studenty středních zdravotnických škol je rozdíl ve znalostech multikulturního ošetrovatelství.

Jak již bylo uvedeno v teoretické části, školy mají podle Rámcového vzdělávacího programu od roku 2008 povinnost začlenit multikulturní výchovu do výuky. A proto je zarážející, že stále existuje větší počet studentů (52 %), kteří se během studia s multikulturním ošetrovatelstvím na své střední škole nesetkali než těch, kteří se s ním setkali (48 %), (graf 2). Výsledky odpovídají také tomu, co uvedly jednotlivé vyučující odborných předmětů. Dvě vyučující uvedly, že na škole výuka probíhá jako součást nějakého předmětu (psychologie, ošetrovatelství) a jedna vyučující uvedla, že výuka dokonce vůbec neprobíhá. Kladným výsledkem však je, že postupně se od 1. ročníků snižuje hranice studentů, kteří na škole tyto informace nezískali (Graf 15). Z grafu 14 také jasně vyplynulo, že studenty daná problematika zajímá (63 %). Zájem u studentů se ve všech ročnících shodně pohybuje okolo 60 %. Výsledky tedy jasně ukazují, že studenty daná problematika zajímá, chtěli by se o ní dozvědět více informací, ale během studia v současné době většina studentů tyto informace nezíská, přestože by o ně zájem měli. Naopak vyučující všechny shodně uvedly, že škola věnuje dostatek pozornosti dané problematice. Na druhou stranu však jedna vyučující přiznala, že problematice není věnován dostatečný počet hodin a druhá uvedla, že výuka neprobíhá. V těchto odpovědích se tedy jejich tvrzení rozcházejí. Pokud, jak vyučující uvedla: „výuka neprobíhá,“ jak mohou mít studenti v této oblasti nějaké znalosti? Statistické zpracování potvrdilo, hypotézu 2., že střední zdravotnické školy věnují pozornost výuce v multikulturním přístupu k pacientům. Každá škola však věnuje odlišnou pozornost dané problematice.

Také forma výuky se poměrně liší. Z grafu 3 vyplývá, že nejvíce probíhá ve formě přednášek, pokud tedy vůbec nějaká výuka na škole je. Přednášky budou pravděpodobně součástí jiných předmětů, protože pokud vyučující uvedly, že výuka probíhá, pak pouze jako součást odborných předmětů. Až ve 4. ročníku je vidět, že se studenti setkávají s výukou častěji, a to v různé formě: skupinová cvičení nebo referáty. Myslím si, že setkat se s danou problematikou až ve 4. roku studia, kdy studenti začínají druhým rokem chodit na praxi a čeká je ukončení studia maturitou, je poměrně pozdě. Ve 4. ročníku se již předpokládá určitá znalost dané problematiky. Dle jedné vyučující se studenti jedné školy setkávají poprvé s výukou ve 2. ročníku studia, kdy je problematika zahrnuta v předmětu ošetřovatelství. Řekla bych, že tento rok studia je ideální pro seznámení studentů s ošetřováním jiné kultury. Studenti již mají určité znalosti v ošetřování nemocných a nedocházejí ještě na praxi, tudíž mají možnost se na setkání s pacientem – cizincem dostatečně teoreticky připravit.

V roce 2002 prováděla Mgr. Špirudová s kolegy výzkum na téma: Multikulturní ošetřovatelství ve vzdělávání sester na středních (SZŠ) a vyšších zdravotnických školách (VOŠ). Zde zjišťovala znalosti studentů v multikulturním ošetřovatelství na SZŠ a VOŠ. Z jejich výsledků vyplynulo, že pouze 4 % studentů na středních zdravotnických školách získávají informace v dané problematice ve škole. Ostatní uváděli jako zdroje např. časopisy, televizní pořady či internet (Špirudová, 2002).

Názory studentů na své znalosti v ošetřování pacientů – cizinců se liší. Studenti v 1. a 2. ročnících si myslí, že znalosti v ošetřování pacientů jiné národnosti nemají a studenti 3. a 4. ročníků si myslí, že určité znalosti již mají (graf 5). Totožný názor mají dvě vyučující, které si myslí, že studenti mají znalosti a při setkání s daným pacientem v nemocnici vědí, jak k němu přistupovat. Jedna vyučující uvedla, že studenti znalosti nemají, ale že je to především z důvodu jejich nezájmu. Zvláštní je, že tato vyučující také uvedla, že výuka na škole neprobíhá. Podle čeho tedy usuzuje, že studenti zájem nemají, když výsledky ukazují přesný opak?

Během odborné praxe se setkala s pacientem – cizincem v průměru 37 % studentů (graf 8). Více studentů (88 %), kteří se setkali s pacientem – cizincem bylo ve 4. ročníku, kde je samozřejmě také větší pravděpodobnost, protože studenti již mají

praxi druhým rokem. Kontakt s takovým pacientem není tedy ničím výjimečným, jak také potvrzuje výzkum Špirudové, kde pouze 12 % studentů uvedlo, že se s takovým pacientem nikdy nesetkali (Špirudová, 2002). Tento výzkum byl proveden již v roce 2002. V současnosti, tedy více jak 10 let po tomto výzkumu, počet cizinců neustále stoupá. Tím se také zvyšuje pravděpodobnost setkání studentů s daným pacientem, což potvrzuje i naše výzkumné šetření.

Z dalších výsledků výzkumu Špirudové vyplynulo, že pouze 24 % studentů si myslí, že mají dostatek informací k uspokojování specifických potřeb klientů jiných národností, etnik nebo kultur (Špirudová, 2002). Z našeho výzkumného šetření vyplynulo, že studenti, kteří se s pacientem jiné kultury či náboženství setkali při své odborné praxi, věděli, jak k takovému pacientovi přistupovat. Jedná se však o subjektivní hodnocení studentů, které nemusí korespondovat se správným multikulturním přístupem. Pouze sami studenti se domnívají, že k danému pacientovi přistupovali vhodně. Dále studenti uvádějí, že nejsou ovlivněni národností pacienta (graf 10) ani jeho náboženstvím (graf 11).

Co se týká zájmu studentů o danou problematiku, výsledky jednotlivých ročníků jsou velmi různé (graf 4). Zde jednoznačně vyplývá, že studenti by uvítali výuku multikulturního ošetřovatelství na škole. Zajímavé je, že postupně od 3. ročníku přibývá studentů, kteří by výuku na škole neuvítali. Je možné, že je to z důvodu postupně přibývajících náročností ve studiu, kdy by další množství učiva studenti nezvládli. Avšak v otázce, zda si myslí, že je výuka multikulturního ošetřovatelství na škole potřebná, odpovědělo přes 82 % studentů, že potřebná je (graf 12). Stejně tak vyučující, které uvedly, že si myslí, že problematika multikulturního ošetřovatelství je na středních školách potřebná, ale nikdo by ji nezařadil jako samostatný předmět. Současné uspořádání vyučujícím a zřejmě i některým studentům vyhovuje. Dále vyučující uvádějí, že výuka v současné podobě je pro zdravotnické asistenty zcela dostačující, protože další vědomosti získají na vysokých školách. Jedna vyučující uvedla: „*V rámci střední školy, vzhledem k tomu, že se jedná o zdravotnické asistenty, kdy musejí jít stejně dál studovat, a na bakalářském studiu se multikultura vyučuje, tak si myslím, že to tak nějak informativně stačí*“.

Z výsledků lze říci, že hypotéza 3., která tvrdila, že studenti středních zdravotnických škol mají znalosti v multikulturním přístupu k pacientům se potvrdila. Znalosti studentů však nejsou na takové úrovni, které by odpovídaly požadavkům a frekvencí setkání s daným pacientem v praxi. Bohužel, praxí tyto vědomosti ne vždy získají. Z výsledků výzkumného šetření autorek Straková, Scholtzová, které zjišťovaly znalosti všeobecných sester v péči o jedince různých národů a etnik, v některých otázkách vyplývá i zde nedostatečná připravenost sester na setkání s takovým pacientem. Například, pouze 41,25 % všeobecných sester, správně odpovědělo na otázku, osoba, kterého pohlaví může u muslimů vyšetřovat ženu (Straková, 2012). A dále z výsledků již výše uvedeného výzkumného šetření Mgr. Špirudové u studentů z roku 2002 a současných výsledků lze říci, že povědomí studentů o multikulturním přístupu k pacientům se zvýšilo, ale nadále nejsou tyto znalosti nijak obsáhlé.

Co se však jednoznačně zvýšilo, je pravděpodobnost setkání nejen studentů, ale každého člena ošetrovatelského personálu s pacientem jiné kultury či náboženského vyznání. *„Multikulturní výchova má smysl tam, kde je společnost multikulturní“* (Hladík, 2006, s. 6). Naše společnost je multikulturní. Proto má nadále smysl usilovat o rozvoj vzdělávání studentů v této oblasti.

6. Závěr

Práce s názvem: „Úroveň znalostí studentů středních zdravotnických škol v poskytování ošetrovatelské péče cizincům“ byla napsaná za účelem zmapovat situaci na středních zdravotnických školách v oblasti multikulturního ošetrovatelství. Cílem 1. bylo zmapovat úroveň znalostí studentů středních zdravotnických škol při poskytování ošetrovatelské péče pacientům z minoritních skupin. Cílem 2. bylo zjistit zájem studentů o problematiku multikulturní péče.

Z výsledků vyplývá, že studenti mají zájem se v této oblasti dozvědět více informací, než jaké v současné době získávají během svého studia. Zjistili jsme, že studenti si myslí, že určité znalosti mají, ale přiznávají, že tyto znalosti nejsou zcela dostatečné. Úroveň znalostí se také postupně zvyšuje od nižších po vyšší ročníky.

V souvislosti s těmito cíli jsme stanovili tyto hypotézy:

H1: Mezi studenty 1. a 4. ročníků středních zdravotnických škol je rozdíl ve znalostech multikulturního ošetrovatelství. Tato hypotéza byla potvrzena. Studenti v průběhu studia získají určité vědomosti v dané problematice. Avšak sami studenti si uvědomují, že jejich znalosti nejsou úplně dostatečné.

H2: Střední zdravotnické školy věnují pozornost výuce v multikulturním přístupu k pacientům. Také tato hypotéza byla potvrzena. Školy dané problematice pozornost věnují, ale ne mnoho. Ze zákona musí studenty s multikulturním přístupem seznámit, ale stále tato problematika není zakotvena v samostatném předmětu. Vyučujícím odborných předmětů současný způsob výuky, kdy je multikultura součástí několika hodin v ošetrovatelství či psychologii, vyhovuje. Studenti však projeví o problematiku zájem a někteří by se v této problematice rádi na škole více vzdělávali.

H3: Studenti středních zdravotnických škol mají znalosti v multikulturním přístupu k pacientům. Tato hypotéza se také potvrdila. Studenti mají určité znalosti v dané problematice. Avšak jejich znalosti nejsou na takové úrovni, která je nutná ke správnému ošetření pacienta se specifickými potřebami v oblasti multikulturního ošetrovatelství. Studenti mají velmi povrchní znalosti v dané problematice.

Ze získaných výsledků lze usoudit, že problematika začlenění multikulturního ošetrovatelství do školních osnov na středních zdravotnických školách je stále aktuální. Během několika let se povědomí o dané problematice rozšířilo, avšak výuka multikulturního ošetrovatelství na školách stále není dostatečná.

Ne všichni studenti, kteří vystudují daný obor, budou pokračovat v dalším studiu na vysokých školách. Někteří ze studentů tak odejdou po střední škole do zaměstnání, a pokud nemají zájem o další vzdělávání, většinou již nikde další informace nezískají. Informace budou opět získávat praxí, jako v současnosti velké množství zdravotnických pracovníků. Hodně postupů, které se tak praxí naučí v oblasti multikulturního ošetrovatelství, nemusí být správných.

Je proto potřeba, a výsledky výzkumného šetření to dokazují, aby se multikulturnímu ošetrovatelství věnovalo na středních školách více prostoru. Pokud ne jako samostatnému předmětu, tak alespoň určit přesný počet hodin a formu výuky, aby všechny střední školy postupovaly ve výuce stejně a všichni studenti měli možnost tyto informace získat, ne aby to záviselo pouze na samotné škole.

Výstupem z této práce bude odborný článek publikovaný v odborném časopise pro informování veřejnosti o získaných poznatcích.

7. Seznam informačních zdrojů

1. CROFTER, W. (2006). *Velká kniha islámu*. 1. vyd. Čechtice: BVD. 242 s. ISBN 80-903754-0-5.
2. DVOŘÁKOVÁ, J. (2006). *Metody sociální práce s dětmi uprchlíků a imigrantů nejen ve vztahu k zachování jejich identity*. In: BALVÍN, J., *Identita ve vztahu k národnostním menšinám 2. díl*. Praha: Komise Rady hl. m. Prahy pro oblast národnostních menšin. 561 s. ISBN 80-903727-1-6.
3. HLADÍK, J. (2006). *Multikulturní výchova: (socializace a integrace menšin)*. 1. vyd. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. 73 s. ISBN 80-7318-424-9.
4. IVANOVÁ, K., L. ŠPIRUDOVÁ a J. KUTNOHORSKÁ (2005). *Multikulturní ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada. 248 s. ISBN 80-247-1212-1.
5. KEEN, M. (2003). *Světová náboženství*. 1. vyd. Praha: Knižní klub. 192 s. ISBN 80-242-0983-7.
6. KELNAROVÁ, J. a E. MATĚJKOVÁ (2009). *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty 4. ročník*. 1. vyd. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-2831-5.
7. KRISTOVÁ, J. (2004). *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta. 211 s. ISBN 80-8063-160-3.
8. KONCEPCE INTEGRACE CIZINCŮ 2012. (online). © 2013. [2012-11-06]. Praha: Ministerstvo vnitra. Usnesení vlády ČR. 2011. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/cizinci.nsf/t/0E0030F05E/\\$File/USNESEN%C3%8D_VL%C3%81DY_%C4%8CR_ze_dne_4.1.2012_%C4%8D._6_k_Postupu_p%C5%99i_realizac.pdf](http://www.czso.cz/csu/cizinci.nsf/t/0E0030F05E/$File/USNESEN%C3%8D_VL%C3%81DY_%C4%8CR_ze_dne_4.1.2012_%C4%8D._6_k_Postupu_p%C5%99i_realizac.pdf)
9. KOMINARECOVÁ, E. (2006). Vznik a rozvoj multikulturní přípravy. In: BALVÍN, J., *Identita ve vztahu k národnostním menšinám 1. díl*. Praha: Komise Rady hl. m. Prahy pro oblast národnostních menšin. 67 s. ISBN 80-903727-0-8.
10. KOŠKOVÁ, J. (2003). Komunikativní a jazykové bariéry. In: KOLEKTIV. *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. 80 s. ISBN 80-7042-344-7.

11. KUTNOHORSKÁ, J. (2003). Etické aspekty a komunikační etika v multikulturním ošetrovatelském přístupu. In: KOLEKTIV. *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. 66 s. ISBN 80-7042-344-7.
12. KUTNOHORSKÁ, J. (2005). *Etika v multikulturním ošetrovatelském přístupu*. In: KOLEKTIV. *Česká společnost na prahu vstupu do Evropské unie*. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. 92 s. ISBN 80-7042-349-8.
13. KUTNOHOSKÁ, J. (2006). *Etické aspekty komunikace s pacientem z cizího kulturního prostředí*. In: BALVÍN, J., *Identita ve vztahu k národnostním menšinám 2. díl*. Praha: Komise Rady hl. m. Prahy pro oblast národnostních menšin. 566 s. ISBN 80-903727-1-6.
14. KUTNOHORSKÁ, J. (2006). *Implementace multikulturní variability do kulturní identity české společnosti, a její odraz ve zdravotnické praxi*. In: BALVÍN, J., *Identita ve vztahu k národnostním menšinám 2. díl*. Praha: Komise Rady hl. m. Prahy pro oblast národnostních menšin. 578 s. ISBN 80-903727-1-6.
15. LEININGER, M. a M. McFARLAND (2006). *Culture care diversity and universality a worldwide nursing theory*. 2. vyd. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers. 415 s. ISBN 978-0-7637-3437-3.
16. LEININGER, M. a M. McFARLAND (2002). *Transcultural nursing concepts theory, research and practices*. 3. vyd. New York: Medical Publishing. 621 s. ISBN 0-07-1353-976.
17. LINHARTOVÁ, V. (2007). *Praktická komunikace v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
18. LISTINA ZÁKLADNÍCH PRÁV A SVOBOD. In: Ústava České republiky. (online). Česká republika. 1992. [2012-12-04] Dostupné z: <http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>. ISSN 1211-1244.
19. LÍŠKOVÁ, M. a I. NÁDASKÁ (2006). *Základy multikultúrneho ošetrovatel'stva*. Martin: Osveta. 69 s. ISBN 80-8063-216-2.
20. MASTILIAKOVÁ, D. (2003). *Transkulturní ošetrovatelství a globalizace zdravotní péče: jejich význam, zaměření a historická hlediska*. In: KOLEKTIV.

- Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. 6 s. ISBN 80-7042-344-7.
21. MASTILIAKOVÁ, D. a kol. (2007). *Implementace multikulturní variability do kulturní identity české společnosti a její odraz ve zdravotnické praxi*. 1. vyd. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Filozoficko-přírodovědecká fakulta, Ústav ošetřovatelství. 163 s. ISBN 978-80-7248-406-5.
 22. NOVÁKOVÁ, I. (2008). *Kapitoly z multikulturního ošetřovatelství*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci. 115 s. ISBN 978-80-7372-404-7.
 23. NOVOTNÁ, J. a J. UHROVÁ (2007). *Ošetřovatelství 2: pro střední zdravotnické školy, obor zdravotnický asistent*. Praha: Fortuna. 159 s. ISBN 978-80-7373-011-6.
 24. PAVELEK, L. (2011). *Chi kvadrát test nezávislosti – popis výpočtu*. (online). 2011. [2013-03-15]. Trnava: Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotnictva a sociálnej práce. Dostupné z: <https://docs.google.com/file/d/0B-cxepp0q3STZjk0OTFhYjMtYTU3OC00OThmLTgxNTAtNGJkNWQwZDZmMmQx/edit?hl=sk&pli=1>
 25. PELCOVÁ, N. a kol. (2009). *Multikulturalismus a multikulturní výchova*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta. 226 s. ISBN 978-80-7290-392-4.
 26. PLEVOVÁ, I. a kol. (2011). *Ošetřovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3558-0.
 27. POPOVIČ, I. (2012). *Čerpání zdravotní péče cizinci v roce 2011*. (online). © 2010-2013. [2012-10-08]. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/cerpani-zdravotni-pece-cizinci-roce-2011>.
 28. PRŮCHA, J. (2010a). *Interkulturní psychologie*. 3. vyd. Praha: Portál. 220 s. ISBN 978-80-7367-709-1.
 29. PRŮCHA, J. (2010b). *Interkulturní komunikace*. 1. vyd. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-3069-1.
 30. PRŮCHA, J. (2011). *Multikulturní výchova, příručka nejen pro učitele*. 2. aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Triton. 168 s. ISBN 978-80-7387-502-2.

31. RALBOVSKÁ, R. (2010). *Multikulturní přístup pro pomáhající profese*. 2. vyd. Praha: Evropské vzdělávací centrum. 110 s. ISBN 978-80-87386-09-5.
32. RÁMCOVÝ VZDĚLÁVACÍ PROGRAM PRO OBOR VZDĚLÁVÁNÍ 53-41-M/01 ZDRAVOTNICKÝ ASISTENT. (online). © 2008. [2012–11-20]. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy dne 29. 5. 2008. 78 s. Národní ústav odborného vzdělávání, Praha 2008 Dostupné z: <http://zpd.nuov.cz/RVP/ML/RVP%205341M01%20Zdravotnický%20asistent.pdf>
33. SRB, J., a kol. (2012). *Cizinci v České republice 2012*. Praha: Český statistický úřad. 219 s. + 32 bar. příloh. ISBN 978-80-250-2309-9.
34. STRAKOVÁ, J. a E. SCHOLTZOVÁ (2012). Znalosti všeobecných sester v péči o jedince různých národů a etnik. *Florence*. Praha: Ambit media, a. s., roč. 8, č. 5, s. 28-31. ISSN 1801-464X.
35. ŠEDINOVÁ, J. (2007). *České ošetřovatelství v prostředí židovských komunit*. In: GOMBÁROVÁ, J. 8. *Mezinárodní konference – Ošetřovatelství v multikulturní společnosti*. Praha: Set Out. 142 s. ISBN 978-80-86277-60-8.
36. ŠPIRUDOVÁ, L. a kol. (2002). Multikulturní ošetřovatelství ve vzdělávání sester na středních a vyšších zdravotnických školách. (online). © 2013. [2012-08-01]. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. Lékařská fakulta. Pedagogická fakulta. Dostupné z: http://www.cizinci.cz/files/clanky/115/osetrovatelstvi_vzdelavani.pdf
37. ŠPIRUDOVÁ, L., D. TOMANOVÁ a R. KUDLOVÁ. (2006). *Multikulturní ošetřovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada. 248 s. + 4 s. barev. obr. příl. ISBN 80-247-1213-X.
38. TÓTHOVÁ, V. a kol. (2010). *Zabezpečení efektivní ošetřovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu*. 1. vyd. Praha: Triton. 195 s. ISBN 978-80-7387-414-8.
39. VENGLÁŘOVÁ, M. a G. MAHROVÁ (2006). *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
40. VRUBLOVÁ, Y. (2011). *Kultura a zdravotní péče*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. 66 s. ISBN 978-80-7464-086-5.

8. Seznam příloh

Příloha 1 – Rozhovor s vyučující odborných předmětů – respondent 1

Příloha 2 – Rozhovor s vyučující odborných předmětů – respondent 2

Příloha 3 – Rozhovor s vyučující odborných předmětů – respondent 3

Příloha 4 – Dotazník pro studenty středních zdravotnických škol

Příloha 5 – Dopis ředitelům škol s pokyny k výzkumnému šetření

Příloha 1 – Rozhovor s vyučující odborných předmětů – respondent 1

Rozhovor s vyučujícími odborných předmětů na SZŠ

1. Jaký předmět a jak dlouho vyučujete na SZŠ?

Vyučuji odborné předměty psychologii, ošetrovatelství a odbornou praxi v nemocnici. Po mateřské 4. rok a předtím 1. rok.

2. Setkal/a jste se někdy s předmětem multikulturního ošetrovatelství (na některé SZŠ, přednášky na konferencích, školení...)?

Na škole při studiu magisterském a bakalářském.

3. Probíhá výuka multikulturního ošetrovatelství na Vaší škole jako samostatný předmět? Pokud ano, v jaké formě výuka probíhá a jak často? Pokud ne, je tato problematika součástí jiného předmětu či neprobíhá vůbec?

Samostatný předmět zde není, ale problematika je zahrnuta v psychologii a ošetrovatelství. Není to však mnoho hodin.

4. Myslíte, že je výuka multikulturního ošetrovatelství na středních zdravotnických školách v oboru zdravotnický asistent potřebná?

V rámci střední školy, vzhledem k tomu, že se jedná o zdravotnické asistenty, kdy musejí jít stejně dál studovat, a na bakalářském studiu se multikultura vyučuje, tak si myslím, že to tak nějak informativně stačí.

5. Zařadil/a byste předmět multikulturního ošetrovatelství do výuky jako předmět povinný? Pokud ano, v jakém ročníku byste s výukou začal/a?

Ne, myslím, že takto to stačí.

6. Myslíte, že škola věnuje dostatek pozornosti dané problematice?

Ano, myslím, že ano.

7. Myslíte, že studenti mají dostatek znalostí v dané problematice, a že mají zájem se v této oblasti dozvědět více informací?

Myslím, že když se s takovým pacientem v nemocnici setkají tak vědí. Učí se to i při různých dietách, jaké mají jednotlivá náboženství a kultury zvláštnosti.

Také ve 4. ročníku při psychologii zpracovávají různé kazuistiky daného náboženství, tak se tomu věnují a zajímá je to.

Možná, že by se někdo ze studentů našel, koho by to více bavilo nebo, že by ho to více zajímalo.

8. Myslíte, že je rozdíl ve znalostech v dané problematice u studentů 1. a 4. ročníků?

Určitě, myslím si, že první ročníky neuměli na otázky v dotazníku vůbec odpovědět.

Příloha 2 – Rozhovor s vyučující odborných předmětů – respondent 2

Rozhovor s vyučujícími odborných předmětů na SZŠ

- 1. Jaký předmět a jak dlouho vyučujete na SZŠ?**
Ošetrovatelství – 9 let.
- 2. Setkal/a jste se někdy s předmětem multikulturního ošetrovatelství (na některé SZŠ, přednášky na konferencích, školení...)?**
Ano, na odborných konferencích a přednášce na střední zdravotnické škole.
- 3. Probíhá výuka multikulturního ošetrovatelství na Vaší škole jako samostatný předmět? Pokud ano, v jaké formě výuka probíhá a jak často? Pokud ne, je tato problematika součástí jiného předmětu či neprobíhá vůbec?**
Na střední zdravotnické škole je součástí ošetrovatelství ve 2. ročníku, ale na vyšší odborné škole pak již tvoří multikulturní ošetrovatelství samostatný předmět.
- 4. Myslíte, že je výuka multikulturního ošetrovatelství na středních zdravotnických školách v oboru zdravotnický asistent potřebná?**
Ano, myslím, že je.
- 5. Zařadil/a byste předmět multikulturního ošetrovatelství do výuky jako předmět povinný? Pokud ano, v jakém ročníku byste s výukou začal/a?**
Asi ne, současné uspořádání mi vyhovuje.
- 6. Myslíte, že škola věnuje dostatek pozornosti dané problematice?**
Myslím, že škola tomu věnuje dostatečnou pozornost.
- 7. Myslíte, že studenti mají dostatek znalostí v dané problematice, a že mají zájem se v této oblasti dozvědět více informací?**
Ano a kdo má o danou problematiku zájem, jistě si další informace najde sám.
- 8. Myslíte, že je rozdíl ve znalostech v dané problematice u studentů 1. a 4. ročníků?**
V to doufám.

Příloha 3 – Rozhovor s vyučující odborných předmětů – respondent 3

Rozhovor s vyučujícími odborných předmětů na SZŠ

- 1. Jaký předmět a jak dlouho vyučujete na SZŠ?**
Vyučuji 19 let. Předměty: ošetrovatelství, somatologie, ošetrování nemocných – praxe, první pomoc.
- 2. Setkal/a jste se někdy s předmětem multikulturního ošetrovatelství (na některé SZŠ, přednášky na konferencích, školení...)?**
Při studiu na vysoké škole
- 3. Probíhá výuka multikulturního ošetrovatelství na Vaší škole jako samostatný předmět? Pokud ano, v jaké formě výuka probíhá a jak často? Pokud ne, je tato problematika součástí jiného předmětu či neprobíhá vůbec?**
Neprobíhá
- 4. Myslíte, že je výuka multikulturního ošetrovatelství na středních zdravotnických školách v oboru zdravotnický asistent potřebná?**
Jako samostatný předmět ne.
- 5. Zařadil/a byste předmět multikulturního ošetrovatelství do výuky jako předmět povinný? Pokud ano, v jakém ročníku byste s výukou začal/a?**
Do výuky na střední škole bych tento předmět jako povinný nezařadila.
- 6. Myslíte, že škola věnuje dostatek pozornosti dané problematice?**
Ano
- 7. Myslíte, že studenti mají dostatek znalostí v dané problematice, a že mají zájem se v této oblasti dozvědět více informací?**
Myslím, že studenti, nemají dostatek znalostí. Ale je to spíše pro jejich nezájem, dozvědět se více informací.
- 8. Myslíte, že je rozdíl ve znalostech v dané problematice u studentů 1. a 4. ročníků?**
Rozdíl ve znalostech určitě je, protože ve čtvrtém ročníku mají studenti za sebou praktickou výuku ve zdravotnických zařízeních.

Příloha 4 – Dotazník pro studenty středních zdravotnických škol

Vážená studentko, vážený studente,
prosím o vyplnění krátkého dotazníku k mé bakalářské práci na téma: Úroveň znalostí studentů středních zdravotnických škol v poskytování ošetrovatelské péče cizincům. Dotazník je zcela anonymní a dobrovolný. Zakroužkujte vždy pouze jednu odpověď. Děkuji za Váš čas a spolupráci

Kristýna Toumová
3. ročník všeobecná sestra
Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

- 1) Uved'te, čím se zabývá multikulturní ošetrovatelství:**

- 2) Setkal/a jste se na Vaší škole s výukou multikulturního ošetrovatelství?**
 - a) Ano
 - b) Ne

- 3) Pokud ano, v jaké formě výuka probíhala?**
 - a) Přednášky
 - b) Skupinové cvičení
 - c) Jiné, uved'te.....

- 4) Pokud ne, uvítal/a byste výuku multikulturního ošetrovatelství na Vaší škole?**
 - a) Ano
 - b) Ne

- 5) Myslíte, že máte znalosti v ošetrování pacientů jiné národnosti?**
 - a) Ano
 - b) Spíše ano
 - c) Ne
 - d) Spíše ne

- 6) Uved'te, co znamená minoritní (menšinová) skupina?**
 - a) Skupina lidí, která má určitý společný znak
 - b) Větší množství lidí stejné kultury
 - c) Nevím

- 7) Uved'te, co znamená interkulturní komunikace?**
 - a) Komunikace mezi stejnými kulturami
 - b) Komunikace mezi odlišnými kulturami
 - c) Nevím

- 8) Setkal/a jste se během odborné praxe v nemocnici s pacientem – cizincem?**
- a) Ano
 - b) Ne
- 9) Pokud ano, věděl/a jste, jak k takovému pacientovi přistupovat?**
- a) Ano
 - b) Spíše ano
 - c) Ne
 - d) Spíše ne
- 10) Ovlivňuje Váš přístup k pacientovi jeho národnost?**
- a) Ano
 - b) Spíše ano
 - c) Ne
 - d) Spíše ne
- 11) Ovlivňuje Váš přístup k pacientovi jeho náboženské vyznání?**
- a) Ano
 - b) Spíše ano
 - c) Ne
 - d) Spíše ne
- 12) Myslíte, že je výuka multikulturního ošetřovatelství na střední zdravotnické škole potřebná?**
- a) Ano
 - b) Spíše ano
 - c) Ne
 - d) Spíše ne
- 13) Chtěl/a byste na škole získat více informací v oblasti multikulturního ošetřovatelství?**
- a) Ano
 - b) Ne
- 14) Zajímá Vás problematika multikulturního ošetřovatelství?**
- a) Ano
 - b) Ne
- 15) Získal/a jste informace během studia na Vaší škole v oblasti multikulturního ošetřovatelství?**
- a) Ano
 - b) Spíše ano
 - c) Ne
 - d) Spíše ne

16) Uved'te, jak byste podával/a léky pacientovi – muslimovi?

- a) Pouze pravou rukou
- b) Pouze levou rukou
- c) Je to jedno, dle potřeby
- d) Nevím

17) Označte, jak prožívají bolest pacienti vietnamské národnosti?

- a) Křičí, gestikulují
- b) Nestěžují si, tiše trpí
- c) Dožadují se podání analgetik
- d) Nevím

18) Uved'te, co je nepřipustné pro ortodoxní židy?

- a) Transfuzní terapie
- b) Obřízka
- c) Dárcovství transplantátů
- d) Nevím

Příloha 5 - Dopis ředitelům škol s pokyny k výzkumnému šetření

Vážená paní ředitelko, vážený pane řediteli,

zasílám dotazníky ke své bakalářské práci, jak jsme se dohodli, po telefonické domluvě. Téma práce zní: Úroveň znalostí studentů středních zdravotnických škol v poskytování ošetrovatelské péče cizincům. Cílem je zjistit zájem a znalosti studentů v oblasti multikulturního ošetrovatelství.

Výzkumné šetření je pomocí krátkého dotazníku studentům 1., 2., 3., a 4. ročníků oboru zdravotnický asistent.

Prosím Vás tedy o spolupráci a poskytnutí dotazníků studentům. Po vyplnění si dotazníky osobně vyzvednu. Potřebovala bych poté, zda by byl ochotný někdo z Vašich vyučujících odborných předmětů se mnou provést krátký rozhovor. Téma by se týkalo výuky multikulturního ošetrovatelství na středních zdravotnických školách.

Děkuji za spolupráci

S pozdravem

Kristýna Toumová
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Všeobecná sestra 3. ročník
toumovakristyna@seznam.cz
tel.: 608 182 970