

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně, a že jsem uvedla všechny použité informační zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby tato závěrečná práce byla archivována v Ústavu vědeckých informací 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze a zde užívána ke studijním účelům. Za předpokladu, že každý kdo tuto práci použije pro svou přednáškovou nebo publikační aktivitu, se zavazuje, že bude tento zdroj informací řádně citovat.

Souhlasím se zpřístupněním elektronické verze mé práce v Digitálním repozitáři Univerzity Karlovy v Praze (<http://repozitar.cuni.cz>). Práce je zpřístupněna pouze v rámci Univerzity Karlovy v Praze.

Souhlasím – ~~Nesouhlasím~~\*

V Praze 30. 4. 2011

Eva Zachová

.....

\* Nehodící se škrtněte

**Poděkování:**

Chtěla bych především poděkovat PhDr. Aleně Mellanové, CSc. za odborné vedení diplomové práce, cenné rady a připomínky.

Dále patří mé díky všem respondentům, kteří ochotně odpovídali na dotazy, a jejich nadřízeným, kteří byli nakloněni mé studentské práci a umožnili mi na svých pracovištích jednotlivé pracovníky kontaktovat.

Vedoucí práce: PhDr. Alena Mellanová, CSc.

Oponent:

Datum obhajoby:

Výsledek obhajoby:

## **Identifikační záznam**

ZACHOVÁ, Eva, **Cizí jazyk jako komunikační bariéra v intenzivní péči** (Foreign language as a communication barrier in intensive care) Praha, 2011, 70 stran, 9 příloh. Diplomová práce Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, navazující magisterské studium Intenzivní péče 2010/2011, ÚTPO. Vedoucí práce: Mellanová Alena.

## **ABSTRAKT**

Diplomová práce sleduje, zda se na vybraných pracovištích intenzivní péče vyskytuje komunikační bariéra s pacienty – cizinci. Zabývali jsme se otázkou, zda pracovníci vnímají dorozumívání s cizinci jako problém a jak ho dokáží řešit.

První část práce, teoretická, je věnována roli komunikace v ošetrovatelském procesu a definici pojmu komunikační bariéra. V dalších kapitolách je rozebrán profil multikulturního ošetrovatelství. Dále se zaměřujeme na problematiku transkulturní komunikace a komunikační bariéry v kontaktu s cizinci, nejčastější příčiny a techniky používané k řešení takových situací. Velkou pozornost věnujeme především prevenci a možnostem řešení bariér mezi kulturami či etniky. Motivací ke zpracování tématu byl předpokládaný vliv komunikačních nedostatků na zdraví a vyšší psychické zatížení personálu, zejména při jednom ze základních činností sestry, kterou je edukace pacientů.

Výzkumná část interpretuje informace získané z dotazníkového šetření vlastní konstrukce. Dotazníky byly rozdány na jednotkách intenzivní péče a ARO ve 4 pražských nemocnicích. Statistickým vyhodnocením otázek dotazníku potvrzují či vyvracím hypotézy, které jsem stanovila na začátku výzkumu. Ze stanovených výroků se zcela potvrdila 1 hypotéza, částečně také 1 a 3 hypotézy nebyly potvrzeny.

Závěrem výzkumného šetření můžeme konstatovat, že sestry při poskytování zdravotní péče pacientům – cizincům pociťují zvýšenou psychickou zátěž, nejen z důvodu komunikační bariéry, ale i z důvodu kulturních odlišností a nedostatku informací o multikulturním ošetrovatelském přístupu k pacientům.

### **Klíčová slova:**

*komunikace*

*multikulturní ošetrovatelství*

*transkulturní ošetrovatelství*

*kulturní rozdíly*

*cizí jazyk*

*zdravotník*

*intenzivní péče*

*pacient – cizinec*

*jazyková bariéra*

## **ABSTRACT**

This diploma thesis analyzes if there is communication barrier with foreign patients at the selected intensive care units. We dealt with question whether hospital employees perceive communication with foreigners as a problem or not and how can they solve the problem.

The first (theoretical) part is devoted to the role of communication in nursing process and to the definition of term communication barrier. In next chapters we have analyzed the profile of multicultural nursing. Then we focus on the issues of cross-cultural communication and communication barriers in contact with foreigners and the most common causes and techniques used to deal with such situations. We pay great attention to prevention and potential solutions to barriers between cultures and ethnic groups. The motivation for the thesis was supposed effecto of communication gaps on health and higher psychological burden on staff, especially when one of the basic activities of nurses is to educate patients.

Research interprets the information obtained from a self-designed questionnaire survey. Questionnaires were distributed to intensive care and resuscitation units in four hospitals in Prague. Statistical evaluation of the questionnaires either confirms or refuses the hypothesis that I set at the beginning of the research. According to the results of evaluation, one hypothesis was confirmed completely, one partially and 2 hypotheses were not confirmed at all. Conclusion of the research is that nurses providing health care to foreign patients experience increased psychological burden, not only because of communication barriers, but also because of cultural differences and lack of information on multicultural nursing approach to patients.

### **Keywords:**

*Communication*

*Multicultural nursing*

*transcultural nursing*

*Cultural differences*

*Foreign language*

*Medical staff*

*Intensive Care*

*Foreign patient*

*Language barrier*

## OBSAH

ABSTRAKT.....	4
ABSTRACT.....	5
OBSAH.....	6
ÚVOD.....	7
1. TEORETICKÁ ČÁST.....	9
1. 1 Komunikace.....	9
1. 1. 1 Neverbální dorozumívání a projevy.....	10
1. 1. 2 Verbální sdělování.....	12
1. 2 Interkulturní komunikace.....	13
1. 2. 1 Kulturní rozdíly při dorozumívání zdravotníka s pacientem - cizincem.....	13
1. 2. 2 Cizí jazyk.....	16
1. 3 Transkulturní ošetřovatelství.....	18
1. 3. 1 Kultura.....	19
1. 3. 2 Historie vývoje transkulturního ošetřovatelství.....	20
1. 3. 3 Transkulturní komunikace v ošetřovatelství.....	21
1. 3. 4 Specifika komunikace v transkulturním ošetřovatelství.....	22
1. 4 Alternativní způsoby komunikace s cizincem.....	25
1. 4. 1 Komunikace s cizincem v českém jazyce.....	26
1. 4. 2 Piktogramy a jejich použití.....	28
1. 4. 3 Tlumočení ve zdravotnictví.....	29
2. VÝZKUMNÁ ČÁST.....	31
2. 1 Vymezení výzkumného problému.....	31
2. 2 Cíle výzkumu.....	31
2. 3 Stanovení hypotéz.....	31
2. 4 Metodika výzkumu.....	32
2. 4. 1 Výzkumná metoda.....	32
2. 4. 2 Zpracování výzkumných dat.....	32
2. 5 Organizace výzkumu.....	33
2. 6 Výsledky výzkumu a jejich interpretace.....	34
2. 6. 1 Charakteristika výzkumného vzorku (respondentů).....	35
2. 6. 2 Výsledky dotazníku.....	38
2. 6. 3 Analýza závislostí jednotlivých položek.....	54
DISKUZE.....	58
ZÁVĚR.....	62
Seznam použité literatury.....	65
Přehled tabulek.....	68
Přehled grafů.....	69
Přílohy.....	70

# ÚVOD

Motto:

*„Chceš-li se mnou diskutovat, přesně vysvětlí pojmy.“*

Voltaire

*„Lidé mají jedny ústa, ale dvě uši. Někdo asi chtěl, abychom dvakrát více poslouchali, než mluvili. Někdo může namítnout, že je to proto, že poslouchání je dvakrát těžší než mluvení.“*

Neznámý autor.

Současně se vstupem České republiky do Evropské unie bylo více než pravděpodobné, že se budeme muset připravit na časté a intenzivní kontakty s příslušníky jiných národností, států a etnik – jiných kultur. Zdravotnický personál by na tento intenzivní kontakt měl být připraven. Jak jazykovou vybaveností personálu, tak zastupitelností určitých typů dokumentů, jako je např. souhlas s hospitalizací či edukační materiály a mohl je poskytovat pacientům v jejich rodném jazyce, nebo v nějakém jiném univerzálním jazyce, který obě strany ovládají.

Cílem práce bylo zmapovat, jaká je reálná situace ve zdravotním systému České republiky a jak jsou schopni zdravotníci řešit situace, kdy se setkávají s péčí o pacienty - cizince. Zda považují za stresující, poskytovat péči cizincům, se kterými nejsou schopni se dorozumět. V neposlední řadě jsme zjišťovali, zda mají respondenti možnost dorozumívat se s cizincem prostřednictvím alternativních komunikačních prostředků, jako jsou piktogramy, či využívání profesionálních tlumočnických služeb.

Při zpracovávání tématu komunikace s cizinci, jsme narazili na poměrně závažný problém kterým je, že v České republice je multikulturní ošetrovatelství a konfrontace s cizinci poměrně mladý vědní obor. Na rozdíl od jiných zahraničních zemí, kde je migrace a transkulturní přístup k pacientům velmi propracované a známé téma, zejména v souvislosti se jménem zakladatelky tohoto oboru Madeleine Leiningerové. Při hledání literárních zdrojů a podkladů jsme zjistili, že je velmi málo publikací a mnoho z nich se navzájem cituje, popřípadě mají téměř shodný obsah.

Pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče je potřeba komplexně pochopit člověka v kontextu role pacienta v cizí zemi a na základě získaných informací k němu vhodně

přístupovat. Motivací ke zpracování tématu byl také předpokládaný vliv komunikačních bariér na pracovní podmínky sester pečujících o pacienty – cizince. Nejvýraznější projev jsme předpokládali ve vnímání vyšší psychické zátěže u personálu, zejména při jednom ze základních činností sestry, kterou je edukace pacientů.

Vzhledem k tomu, že se v současné době v nemocničních zařízeních cizinci ošetřují velmi často, téma nás zaujalo a rozhodli jsme se jej zpracovat v rámci výzkumu pro diplomovou práci. Při zpracovávání tématu prostřednictvím distribuovaných dotazníků jsme se snažili zároveň vzbudit pozornost sester v různých pracovních pozicích o problematiku multikulturního ošetřovatelství a přístupu k pacientům odlišné kultury a jazyka.



# 1. TEORETICKÁ ČÁST

## 1.1 Komunikace

„Komunikace je v obecné rovině definována jako sdělování informace prostřednictvím nejrůznějších signálů a prostředků: ústně, písemně, mimikou, gesty a dalším neverbálním chováním, a to především přímo mezi dvěma či více lidmi, dále pak pomocí tisku, rozhlasu či dalších medií. Ve výkladových slovnících bývá také uvedeno, že jde o způsoby nebo prostředky, které pomáhají ke **spojení (dorozumění)**. Spojení implikuje i možnost spojení.“ (Honzák, 1997, str. 9)

Komunikace se odehrává jako vzájemné sdělování obsahu sdělení (komuniké) mezi **sdělujícím** (komunikátorem, mluvčím, chovajícím se určitým způsobem) a **příjemcem** (komunikantem, recipientem, naslouchajícím, vnímajícím). Informace se přenáší pomocí **komunikačního kanálu (médií)**.

Role, kterou člověk přijímá v komunikaci, je ovlivněna situací, v níž se komunikační výměna odehrává. Chování požadované komunikační rolí je účastníkům komunikace buď známé (dané všeobecně známými standardy chování – formálními i neformálními) nebo neznámé. Neznalost role může vést ke komunikačním chybám.

Interpersonální vztahy jsou závislé na fungující komunikaci, která je zároveň přímým projevem mezilidských vztahů. Efektivní sociální komunikace se zrcadlí v poskytované kvalitní ošetrovatelské péči, kdy sestra může zastávat i více rolí. Jedná se o sociální úlohy v pracovním týmu a zejména při interakci s pacientem (role komunikátora, edukátora).

Předpoklady zahájení, vedení a smyslu verbální komunikace mezi sestrou a pacientem mají následující tendence:

### ❖ *chtít komunikovat*

Ve většině případů je komunikace jednou z nenaplněných potřeb pacientů a přesto mohou sblížení zpočátku odmítat. Překážky však mohou být jak na straně pacienta, tak zdravotnického personálu. Sestra si nemusí vždy vědět rady, jak na informace, které jí pacient poskytne zareagovat a poskytnout zpětnou vazbu. Náročné je i získat důvěru nemocného, který se pohybuje v cizím prostředí a setkává se s neznámými lidmi. O to více je pak náročnější získat důvěru při současném překonávání jazykových bariér.

❖ ***umět komunikovat***

Umění komunikace je jeden z velmi náročných úkolů sestry, která se jí musí naučit. Musí umět navázat rozhovor se zmatenými pacienty, lidmi s fatickými poruchami, vést rozhovor s podezíravými, rozrušenými, sklíčenými, odmítavými, agresivními nemocnými nebo s lidmi majícími fyzický či psychický handicap. Tuto dovednost je nutno celoživotně posilovat.

❖ ***mít možnost komunikovat***

Překážky mohou být jak na straně pacienta, tak sestry. Člověk musí informace ke zpracování přijmout, vnímat a zpracovat a uchovat v paměti. Mnoho lidí trpí poruchou smyslu, sluchu, zraku, či má problémy s orientací v čase a prostoru. Zhoršení paměti se může na efektivitě komunikace negativně odrážet. V intenzivní péči patří k často vyskytované překážce ve verbální komunikaci zajištění dýchacích cest pomůckami a režim umělé plicní ventilace či farmakologicky navozená analgosedace. Určité problémy může mít také pacient cizinec. (4)

### **1. 1. 1 Neverbální dorozumívání a projevy**

Podstatná část sdělení je předávána formou neverbální komunikace, může být zdrojem 70 % až 90 % informací. Proto při rozporu mezi verbálním a neverbálním vyjádřením pacienta má významnější vliv na celkový význam projevu právě složka mimoslovní. Neverbální komunikace se vznikla jako doplněk verbálního druhu komunikace, občas ji lze využít i jako její náhradu.

Do neverbálního chování patří:

❖ ***mimika – řeč svalů a tváře.***

Tvář je první a nejdůležitější přímý komunikační orgán, kterým můžeme vyjadřovat své aktuální emoce, postoje, názory, myšlení a způsob života. Při komunikaci mezi sestrou a pacientem je důležité vidět sestře do tváře a tím navázat přímý zrakový kontakt. V oboru intenzivní péče je dorozumívání často závislé právě na očním kontaktu a komunikaci (např. mrknutí oka na znamení souhlasu). V projevu sestry je naopak významnější mimické svalstvo kolem úst, které slouží již k navázání kontaktu (úsměv).

❖ ***proxemika - tělesná vzdálenost mezi lidmi při komunikaci.***

Průběh komunikace může z hlediska sociální psychologie probíhat ve čtyřech sférách. Rozlišuje se vzdálenost, přátelská, pracovní a veřejná, z nichž každá má definovanou konkrétní vzdálenost v centimetrech, pro sestru je doporučováno při komunikaci s pacientem dodržovat vzdálenost přátelskou (46-120 cm). Jsou ale i výjimečné případy, kdy lze vzdálenost zmenšit na tzv. intimní a to, pokud je pacient upoután na lůžko a jeho zrakový kontakt je omezen.

❖ ***haptika – dotykový kontakt.***

Verbálnímu kontaktu obvykle předchází podání ruky při představení, čímž zahajujeme nebo ukončujeme komunikaci. V ošetřování pacientů má dotek nezastupitelné místo pro získání důvěry, nebo jako výraz soucítění při bolestivých výkonech, kdy držení za ruku může přispět ke zklidnění.

❖ ***posturika - řeč fyzických postojů, polohy, držení těla a končetin.***

Podle polohy těla můžeme usoudit na psychický či fyzický problém pacienta (vzpřímená, schoulená, vsedě, vleže, nakloněná, předkloněná poloha). Stejně důležitá je také pozice sestry při rozhovoru s nemocným. Měla by být k pacientovi otočena vždy celou přední plochou těla.

❖ ***gestikulace – spontánní pohyb částí těla (nejčastěji rukou).***

Svámi gesty se nažítme podvědomě zdůraznit obsah sdělení.

❖ ***vzhled a celková úprava zevnějšku***

Napoví o finanční a sociální situaci pacienta, mnohé vypovídá tělesná konstituce, barva kůže, hmotnost, účes a barva vlasů, úprava nehtů a čistota oděvu.

❖ ***paralingvistika***

Zaměřuje se na rychlost a hlasitost řeči, intonaci, pomlky, skákání do řeči, vzájemný poměr dialogu, výskyt a četnost pazvuků (pokašlávání, pobrukování). (4, 8, 12)

## 1. 1. 2 Verbální sdělování

Slova slouží jako znaky či kódy pro verbální komunikaci, která je řečí a jazykem specifická pro lidský druh, ten je pro verbální komunikaci od přírody již fyziologicky vybaven, ať je to lokalizace a funkčnost hlasivek, tak svalstvo jazyka a rtů. Neméně důležitým aspektem je i vrozená schopnost se jazyk naučit, neboť je nedílnou součástí kultury. Ty kultury, které neovládají písemný projev, je jazyk předáván generacemi navzájem, jinak by vymizel, „vymřel“.

Jazykový projev a řeč sama je úzce spjata s intelektuální schopností jedince a do značné míry ovlivňuje i lidské myšlení. Bez verbální komunikace by tedy nebyla možná spolupráce mezi lidmi, předávání informací a myšlenek, nebo zkušeností či technik. (9, 18)

Definovat verbální komunikaci komplexně je složité, proto se k vymezení pojmu zaměříme na využití komunikačního modelu, komunikační proces a prostředky k jejímu využití.

V komunikačním procesu lidé používají předchozí zkušenosti, jednají na základě svých životních postojů a kulturních zvyklostí. To zahrnujeme pod pojem metakomunikace (faktory pro příjem informací), tedy druh sdělení provázející verbální komunikaci. Na úrovni mimoslovních složek se jedná o zbarvení hlasu, rychlost řeči, přítomnost slovních parazitů, délka projevu, intonaci, modulaci řeči, pauzy, zámlky či neverbální projevy (mimika, gestikulace, atp.). Tyto složky mohou vypovídat i o jistotě a znalostech mluvčího k danému tématu.

Mezi důležité faktory ovlivňující verbální komunikaci patří její vlastní kontext. Verbální sdělení obsahují 4 aspekty: *fyzický kontext* (prostředí), *kulturní kontext* (stupnice hodnot, postoj k životu), *sociálně-psychologický kontext* (interpersonální vztahy), *časový kontext*. (2, 8)

K verbální komunikaci řadíme zvukovou (mluvenou) a grafickou (písemnou) komunikaci.

V průběhu komunikace se role komunikujících mění (komunikátor-komunikant, změny v pojetí role) a vede ke změně chování – verbálního i neverbálního. (4, 9)

## 1. 2 Interkulturní komunikace

Pojem interkulturní komunikace se týká vzájemné interakce a dorozumívání odlišných sociokulturních skupin. To se děje pomocí „*přirozeného jazyka*“, kterým je chápán jazyk, sloužící danému etniku jako dorozumivací prostředek a současně i specifický pro určitý národ. Tež používán jako „*národní jazyk*“. (10)

Již z názvu je patrné, jak důležité postavení v samotném pojmu má kultura. Z psychologického hlediska jsou kultury vnímány jako výsledky chování předešlých generací a jako činitel, který ovlivňuje chování generací budoucích. Jinými slovy, jedna generace lidí je součástí kultury, která předcházela a zároveň se podílí i na tvorbě kulturního dědictví dalším generacím. (10, 14)

Komunikace mezi příslušníky různých etnik musí tedy překonat nejen bariéru kulturní, ale i jazykovou. Lidstvo je tedy děleno do mnoha jazykových skupin, tím je značně ztíženo i dorozumívání. O tomto globálním problému jsou v podstatě historicky první zmínky již v Bibli v knize Genesis, kde je příběh jak Bůh potrestal lidskou pýchu při stavbě Babylonské věže tím, že stavitelé nebyli schopni se domluvit, protože každý mluvil jiným jazykem. (10)

### 1. 2. 1 Kulturní rozdíly při dorozumívání zdravotníka s pacientem - cizincem

Interkulturní komunikace mezi sestrou a pacientem - cizincem má jedno často opomíjené specifikum, kterým je vztah různých etnických skupin ke sdělování informací ať již psanou, nebo mluvenou formou.

V evropských kulturách je komunikace pomocí psaných textů poměrně obvyklá a proto jsou i pacientům poskytované informace, jako návody, edukační materiály atd., poskytovány i v tištěné formě, nejlépe v kombinaci s jinými prostředky, mezi které patří vizuální pomůcky – obrázky, schémata a tabulky. U některých etnických kultur však tento způsob informování není tak obvyklý a za přirozenější je považována ústně podaná informace, tedy v rámci vyprávění, či naslouchání. Problém může nastat také v momentě, kdy určité dokumenty, jsou sepsány v jedné zemi a pak následně přeloženy do různých jazyků, aniž by respektovaly kulturní odlišnosti a specifickou cílové skupiny, které jsou

dokumenty určeny. Proto se jako optimální doporučuje, aby se při tvorbě takových podkladů stavělo hlavně na pojmech, které jsou společné různým zemím a hlavně, aby byly pro různé země kulturně významné. Jednotlivé jazykové verze jsou pak „pilotně“ testovány na kulturně odlišných osobách a v jejich spolupráci následně upravovány do nejvhodnějších formulací. (10, 14)

Dnešní doba je charakteristická bořením hranic a globalizačními tendencemi. Stále častěji tedy dochází k interakci kultur, např. turismus, obchodní styky, migrace obyvatel, výměnné pobyty studentů a pracovníků. Tyto okolnosti navodily potřebu zkoumání daných jevů.

Z výzkumu vyplynulo, že ve světě je přibližně 5000 různých etnik, které se liší počtem příslušníků. Dle českých etnografů v publikaci z roku 1985 se ve světě vyskytuje 739 národů. Z toho v Evropě se můžeme setkat s počtem 72 původních etnik. Do kterých autoři nezapočítají etnické skupiny přistěhovalců a etnika, která se vyskytovala v Ruské federaci. (10)

Při setkávání lidí odlišných kultur (etnicky, nábožensky, sociálně) mohou vznikat potíže projevující se ve všech fázích komunikačního procesu. Interkulturní komunikace je vymezena jednak lingvální specifikou, kulturou, mentalitou a hodnotovým systémem účastníků interakce. Odlišné vnímání může být spojeno s rozdíly při hodnocení komunikační situace, odhadování motivace mluvčího/posluchače, definování obsahu pojmů či při výkladu samotného pojmu. (6, 13)

Empiricky se dokázalo, že komunikace sestry s pacientem – cizincem souvisí s jeho kulturními specifiky, které zasahují i do chování jak dospělých, tak dětských pacientů. Příkladem může být odlišnosti v reakci na bolest, postoje k lékařům, či různým pokrmům, spánkovým zvyklostem aj. Dalším problémem může být tělesný kontakt, který může být některými etniky odmítán, či přijímán s odporem, hovoříme např. o vyšetřování, či pomoci při hygieně apod. (6, 10)

Mohou se vyskytnout předpokládané nebo reálné konflikty hodnot, stereotypů, komunikačního stylu apod. Objevují se i špatná zhodnocení myšlenky mluvčího a následně i výklad jeho sdělení. Dalším problémem, který se může v takové komunikaci objevit, jsou určitosti vázané na danou kulturu, které pak udávají rozdílnost např. ve vnímání hodnot souvisejícími s různými společenskými fenomény. Jedním z nich je kupř. různá interpretace

autority, vztah společnosti vůči jedinci nezanedbatelné je i vnímání ženského a mužského postavení v dané kultuře. (10, 13)

Nezanedbatelnou položkou při zkoumání rozdílností je i míra explicitnosti, rozumíme tím, jak si daná kultura vysvětluje – vykládá reakci na otázku. Jasně hovořícím příkladem je, že na otázku „jak se ti daří“ odpovídá jedna kultura velmi detailně s předpokladem, že posluchač chce opravdu slyšet, jak se dotyčnému daří, jiná ji bere jako jakousi zdvořilostní součást pozdravu.

Výsledná komunikace mezi účastníky, kteří používají rozdílné systémy symbolů – jazyk, písmo, není účelná, pokud nedojde k vzájemnému poznání a sjednocení významů pro jednotlivé symboly. Dokonce může komunikační nesrovnalost ve vyjádření důvodem kompromitujících situací, nebezpečných sporů či válečných konfliktů. (10, 19)

*„Jazyk je v tomto smyslu determinantou lidského vědomí, chování a prožívání. Pokud spolu komunikují příslušníci odlišných kultur, nemohou nikdy dosáhnout absolutního porozumění, neboť vnímají a chápou věci okolního světa skrze své jazyky, a tedy více či méně odlišně.“* (Průcha, 2010, str. 23)

Specifika a potíže v interkulturní komunikaci se objevují nejen v českém prostředí, ale i v jiných zemích Evropy, dokonce se vyskytují i problémy závažnějšího charakteru tam, kde je jistá příbuznost jazyka určité země s jazykem skupiny cizinců (český jazyk versus polský, ruský, ukrajinský jazyk).

Na potíže v komunikaci mezi zdravotnickým personálem a pacienty-cizinci se zaměřil i výzkum řady odborníků (Bischoff, Loutan, 2004): Ve Švýcarsku momentálně žije velký počet imigrantů, s různou etnicitou, tyto skupiny často ovládají pouze svůj mateřský jazyk. Zástupci takových imigrantů jsou např. Albánci, Turci, Kurdové, Arabové. Z těchto důvodů je ve švýcarských nemocnicích nutnost využívat pomoci tlumočnicka, avšak i takových případech jsou mnohdy problémy. (4, 7, 9)

Podle zahraničních příspěvků se problematika dorozumívání s cizinci týká v neposlední řadě i skupin Američanů, kteří mají malou nebo žádnou znalost angličtiny. Řešením v takových situacích je podle autorů použití rodinného příslušníka, který tlumočí, či tlumočnická služba po telefonu. Dle jejich výsledků je nedostatečné porozumění s cizinci velmi stresující. (1)

## 1. 2. 2 Cizí jazyk

K efektivnímu dorozumění je potřeba jazyka a pro dorozumívání se mezi kulturami je potřebná znalost jazyka daného etnika, tedy cizího jazyka, byt by danou řeč ovládal třeba jen tlumočník. Aby se takové znalosti dosáhlo, že nutné se jazyk nejen učit, ale i si ho osvojit. Předpokládá se, že pokud se mladá generace bude učit cizímu jazyku již v rámci školního systému, pak se výrazně zlepší i šance společnosti na kvalitní interkulturní komunikaci. K tomu je potřeba propracovaná „státní vzdělávací politika“.

Touto strategií se ve svých pedagogických pracích zabývá i J. A. Komenský již v 17. století. Jeho přínos spočíval i ve vytváření učebních textů pro výuku cizích jazyků. Unikátním dílem byla v tehdejší době kniha *Orbis sensualium pictus*, v překladu *Svět v obrazech* z roku 1685, přetisk z roku 1989. V této publikaci Komenský vyobrazuje jednotlivá slova či krátké věty s doprovodným textem ve čtyřech jazycích. Těmi jsou: latina, němčina, maďarština a čeština. Z toho je patrné, jak stará je problematika výběru a učení cizího jazyka (10)

Existuje vzájemná svázanost mezi kulturou, etnicitou a jazykem. Pokud se vyskytne odlišnost etnických skupin a kultur, pak s nimi souvisí i rozdílnost jazyků. Jazyky jeden po druhém se postupně a dlouhodobě vyvíjely v identických nebo odlišných geografických, společenských či přírodních podmínkách, proto se mohou vyskytovat jisté shody ve výrazových, obsahových a významových shodách i v blízkosti slovní zásoby.

Kategorie jazyků jsou si navzájem odlišné v tom, jak vyjadřují gramatické významy, v rozlišení rodů, vyjadřování počtu a v označení předmětů a osob.

Z různých zdrojů lze vyčíst, že ve světě se vyskytuje asi 3000 – 6000 jazyků a z toho je jich 50 v Evropě. Což je poměrně vysoký počet různých jazyků. Podle odborníků to lze vysvětlit tak, že v rámci migrace si lidé v různých hostitelských zemích vytvářeli vlastní typ jazyka. (10)

Znalost cizího jazyka vyžaduje:

- ❖ schopnost mluvit v cizím jazyce
- ❖ pochopení významu slov v cizího jazyka
- ❖ schopnost číst v cizím jazyce
- ❖ schopnost písemně komunikovat v cizím jazyce.



Odlišnosti mezi pojmy jazyk a řeč jsou v tom, že jazyk má jeden rozměr, řeč má rozměry čtyři – tři rozměry prostoru a jeden rozměr času. *Jazyk* lze nazvat jakýmsi návodem, kdežto *řeč* je jeho praktické použití v komunikaci. Jazyk i řeč je proto důležité vnímat jako vzájemně propojené komponenty, které nelze oddělovat. (9)

Autoři Kuchař a Buriánek provedli v roce 2002 výzkumné šetření s cílem prověřit jazykovou vybavenost obyvatel České republiky. Úkolem dotazovaných bylo přirovnat svoji dovednost k hodnotě na číselné stupnici v rozmezí 0–4 u celkem 6 možných jazyků.

Z výsledků vyplývá, že nejvíce rozšířeným a nejlépe ovládaným jazykem je angličtina, kterou dle vlastního úsudku ovládá 1/5 respondentů. Další dvě místa pak obsadila němčina a ruština. (10)

Z důvodu jazykové bariéry a tím spojené i odlišnosti v kulturách si většina migrantů vybírá cílovou zemi podle jazykové podobnosti a kulturní příbuznosti. Příkladem je emigrace Britů do Austrálie či Kanady a Španělů do zemí Latinské Ameriky apod. Problémem je i stěhování se do nové země v dospělém věku, protože proces učení se cizímu jazyku je mnohem náročnější a překonání jazykové bariéry je velmi obtížné. S obdobným fenoménem se můžeme setkávat i při mezinárodních setkáních, kde je mnohdy účast tlumočnicka nezbytná. Na druhou stranu je často problematické nalézt vhodného tlumočnicka. Nejen z důvodu nákladnosti, ale i z důvodu rizika náchylnosti k chybám. (11, 13)

*„Komunikace v cizích jazycích je založena na schopnosti porozumět, vyjádřit a tlumočit představy, myšlenky, pocity, skutečnosti a názory v ústní i psané formě ve společenských a kulturních situacích, při vzdělávání a odborné přípravě, v práci, doma a ve volném čase, podle přání a potřeb daného jedince. Komunikace v cizích jazycích rovněž vyžaduje takové dovednosti, jako je pochopení jiných kultur a jejich zprostředkování.“*  
(Průcha, 2010, str. 12€6)

Deficit v těchto schopnostech a dovednostech můžeme označit jako jazykovou bariéru, která označuje všechny problémy, ke kterým dochází, když lidé nemají společný jazyk a přesto se spolu snaží dorozumět. Pochopitelně nejčastěji se s jazykovou bariérou potýkají lidé cestující do zahraničí, účastníci setkání s mezinárodní účastí a osoby s dočasným pobytem v cizí zemi.

### 1.3 Transkulturní ošetřovatelství

Mnohdy též nazývané jako multikulturní, či kulturně shodné poskytování péče. Jedná se o obor srovnávacích studií a praxe, který se rozvíjí již 50 let, pro prozkoumání ošetřovatelských a také kulturně-antropologických parametrů, které se zohledňují ve vztahu k jedinci, či celé skupině osob, jejich víře a kultuře. Těchto poznatků se využívá nejen pro péči o cizince jednotlivé, ale i pro skupinky etnických menšin.

Často se u teorie o transkulturním ošetřovatelství setkáme s označením „**model vycházejícího slunce** (*Sunrise model*)“ podle znázornění, kde jednotlivé paprsky slunce zastupují jednotlivá specifika kultur a jejich vzájemné propojení.

Transkulturní ošetřovatelství se zabývá studiem kulturních a náboženských faktorů z pohledu ošetřovatelského, aby personál poskytující péči měl možnost seznámit se s odlišnostmi jiných kultur, které je potřebné při péči respektovat. Tato specifika se mohou týkat stravování, hygieny, vnímání lidského těla, režimu dne či mezilidských a rodinných vztahů. Dále o zvyky, které se týkají přímo poskytované péče, výklad pojmu zdraví a nemoc, nebo vztah mezi pacientem a zdravotnickým personálem. (14)

Model byl propracováván v letech 1965-1969, pozornost se věnovala hlavně souladu teorie a faktorů, které kulturní péči ovlivňují. Schéma znázorňuje kosmopolitní a společenské činitele, uspořádané do kruhu, které působí na zdraví a poskytovanou péči. (8)

„Tento obor a transkulturní přístup vychází z:

- respektování kulturních odlišností různých etnik,
- je spojen s multikulturalismem, později s transkulturalismem, tedy přístup opačný k požadavkům na plnou asimilaci.
- hledání společných nebo blízkých kulturních hodnot.“

Na rozdíl od multikulturního pojetí, který se zabýval spíše specifikací jednotlivých kultur, a proto mohl vést k oddělování a neslučování etnik s hodnotami v hostitelské zemi. Transkulturním pojetím péče vyzdvihujeme spolupráci, úctu a komunikaci. Sledujeme rozdílnosti ve zvycích při poskytování péče a při péči vedené profesionály. (14)

### 1. 3. 1 Kultura

Kultura charakterizuje určitou skupinu lidí, jsou pro ni specifická jejich gesta, to jak se mezi sebou dorozumívají, oblékají. Mají své stravovací návyky a specifický styl života.

„Pojem kultura má mnoho charakteristik. Etymologický původ slova je v latinském „colo“, „colere“ a byl původně spojován s obděláváním zemědělské půdy (agri cultura). Nový význam podal římský filozof Marcus Tullius Cicero (106–43 př. Kr.), když v Tuskulských rozhovorech (45 př. Kr.) nazval filozofii kulturou ducha („cultura animi autem philosophia est“). Tím položil základ pojetí kultury jako charakteristiky lidského vzdělání.“ (22)

Lidská kultura je množinou prvků: tři schopnosti symbolické komunikace, organizovaných činů a schopnosti podílet se na tvorbě řídicích vlivů. Charakterizujeme-li kulturu jako plod výchovy člověka, je zřetelné, že ji dědíme a učíme se ji od rodičů. Tím je zajištěn přenos do dalších generací. Jejím hlavním reprezentantem je řečový projev, tedy jazyk. Kultura se rozvíjí v rámci mezilidských vztahů a v závislosti na nich se také mění a přizpůsobuje se jim. Přináší zároveň uspokojení hodnot a potřeb účastníků daného kulturního společenství. V rámci kultury se vytvářejí zvyky a obyčeje, které v dané kultuře přetrvávají, pokud plní již řečené funkce. Pokud je neplní, pak zanikají a stávají se součástí kulturní historie etnika (kultury). (22)

Proniknutím do hlubin tajů jednotlivých kultur je možné pochopit jednotlivá specifika i konkrétního pacienta. Je totiž vědecky podloženým faktem, že naše každodenní fungování prostě kultura ovlivňuje natolik, že je neoddělitelnou součástí osobnosti a života jedince. Pokud jsme schopni oprostít se od předsudků, negativních postojů a předčasného soudu, pak jsme schopni pacientovi poskytnout plnohodnotnou a kvalitní péči, která respektuje komplexně identitu cizince i jeho rodiny. Dospět k tomuto stádiu, tedy plnému osvobození se od předem negativistického postoje k etnikům, je možné až po důkladném sběru informací o daném etniku a jeho kulturním klimatu. Tím se myslí prozkoumání historických a anamnestických údajů v průběhu časovém i prostorovém, tedy geografickém. (6)

### 1. 3. 2 Historie vývoje transkulturního ošetřovatelství

Reprezentující a zakládající osobou pro tento vědní obor je Madeleine Leiningerová (nar. 1925), dáma pocházející z USA, jejíž původní profesí byla dětská sestra pro psychiatrické oddělení.

Na teorii o transkulturním modelu začala pracovat již v 50. letech 20. století a nazvala ji: „*teorie kulturní péče založené na různorodosti a všestrannosti, zkráceně teorie shodné péče nebo teorie vhodné péče.*“

„Leiningerová se vyjádřila v devíti bodech:

- ❖ péče je nevyhnutelná pro lidský růst, vývoj, přežití, čelení smrti,
- ❖ péče je nevyhnutelná pro léčení a vyléčení, nemůže být vyléčení bez péče,
- ❖ typy, modely a procesy lidské péče se odlišují mezi jednotlivými kulturami,
- ❖ každá kultura má rodovou/laickou, lidovou péči a obvyklou ošetřovatelskou praxi,
- ❖ hodnoty, víra, kulturní péče jsou zakořeněné v náboženských, rodinných, společenských, politických kulturních/ekonomických a historických dimenzích,
- ❖ terapeutická ošetřovatelská péče může nastat jen tehdy, pokud se poznají a při poskytování péče do detailů využívají kulturní hodnoty, výrazy nebo praktiky,
- ❖ na poskytnutí blahodárné, uspokojivé péče je potřebné pochopit rozdíly mezi očekáváním poskytovatele a příjemce péče,
- ❖ kulturní zhodnocení a všestranné způsoby péče jsou nevyhnutelné pro zdraví a blaho lidí, o to sestry celosvětově usilují,
- ❖ ošetřovatelství je transkulturní profesí s disciplínou, která se zabývá péčí.“ (23)

V šedesátých letech prosadila transkulturní ošetřovatelství jako pojem („*Transcultural care, Transcultural nursing*“) a začala provádět první výzkumné studie v Papui-Nové Guinei.

Její práce se týkala i pedagogické složky na téměř stovce univerzit, kde se rovněž věnovala i přednáškovým seminářům. Mimo to sepsala 30 knižních titulů. Madeleine Leiningerová je nadále činná ve svém oboru ve státě Iowa v městě Omaha.

Zásluhou M. Leiningerové je i zavedení kurzů a tématických přednášek o transkulturním ošetřovatelství v letech 1964-1969 na koloradské univerzitě pod vedením katedry ošetřovatelství. Následně vznikla v roce 1973 Katedra transkulturního ošetřovatelství na washingtonské univerzitě, kde Leiningerová zastávala funkci děkana a vedla celou katedru.

V témže roce uvádí „*Mezinárodní kodex sester (ICN, 1973)*, že při poskytování péče sestra „podporuje prostředí, v němž jsou respektovány hodnoty, tradice a duchovní přesvědčení jednotlivců.“ (9, 10, 17)

Rokem 1978 se začal vyučovat model transkulturního ošetřovatelství v rámci magisterských a doktorských programů na univerzitě v Utahu.

V průběhu osmdesátých a devadesátých let obor penetroval do dalších univerzitních syllabů, které jej předávaly dále. Začaly se vydávat odborné časopisy věnované této tématice, jedním ze zástupců je i *Journal of Transcultural Nursing*, lidé se postupně scházeli v organizacích, kterými byla i *Společnost pro transkulturní ošetřovatelství* což způsobilo i následný průnik zájmu o tento obor až za hranice USA.

Katedra ošetřovatelství Zdravotně-sociální fakulty Ostravské univerzity se za podpory grantů z ministerstva zdravotnictví zapojila v letech 2002-2004 do projektu, který měl zpracovat podklady pro bakalářské studium, které se věnuje komunikaci s cizinci v rámci ošetřovatelské péče a správného využití multikulturních přístupů. (9, 10, 17)

### **1. 3. 3 Transkulturní komunikace v ošetřovatelství**

V České republice je otázka migrace poměrně čerstvou záležitostí, a proto se dá říci, že v péči o zdravotní stav cizinců se teprve učíme, na rozdíl od zemí, které s imigrací mají již mnohaleté zkušenosti, jako např. Kanada či Švýcarsko a Velká Británie. Tyto země v rámci odstraňování bariér v poskytování péče se zaměřily na aspekty administrativní, ekonomické, sociální a samozřejmě i jazykové. (6)

„K 31. 5. 2010 Ředitelství služby cizinecké policie Ministerstva vnitra ČR v České republice evidovalo 426 749 cizinců, z toho 184 724 cizinců s trvalým pobytem, 242 025 cizinců s některým z typů dlouhodobých pobytů nad 90 dnů (tj. přechodné pobyty občanů EU a jejich rodinných příslušníků, dále víza nad 90 dnů a povolení k dlouhodobému pobytu

občanů zemí mimo Evropskou unii). K 31. 5. 2010 byli v České republice nejčastěji zastoupeni občané Ukrajiny (128 636 osob, 30 %) a Slovenska (71 392 osob, 17 %). Dále následovala státní občanství: Vietnam (60 931 osob, 14 %), Rusko (31 037 osob, 7 %) a Polsko (18 572 osob, 4 %).“ (15)

Specifikum zdravotních nebezpečí migrace se vztahuje ke třem rizikům:

- **zevní**, ty se týkají odlišností v hostitelském a domácím prostředí migranta, jako je klima, či časový posun a také vztah občanů hostitelské země k migrantům samým.
- **vnitřní** jsou reprezentovány tím, jak moc migrace zasáhne do života jedince v rámci izolace od rodiny, nebo změny v trávení volného času, náhlé omezení v navazování vztahů a nutnosti adaptace.
- **možnost ohrožení veřejného zájmu** je specifikum v přenosu nemocí parazitárních či infekčních a možnost, že změna životních podmínek může souviset i se zhoršením zdravotního stavu migranta. (6)

### 1. 3. 4 Specifika komunikace v transkulturním ošetřovatelství

Základním sdělovacím prostředkem pro řadu kultur je *řeč*. Psaná forma komunikace je pro mnohá etnika neznámá a sekundární, mnohdy není přítomna v daném jazyce vůbec. Proto není nic neobvyklého, že příslušník nějakého etnika ovládá pouze jazyk své kultury a ne celého kraje. Pokud se tedy dostane takový jedinec mimo „své území“, není schopen se domluvit, a to se týká obzvláště v nemocniční péči, kde pro vyjádření subjektivních pocitů a obtíží komunikace sehrává důležitou roli. Neznalost jazyka a tedy i nedostatek informací mohou vyvolávat frustrující pocity na obou stranách, jak personálu, tak pacienta.

Problémy, které pak nastávají ve vztahu zdravotník a pacient (cizinec) způsobují kulturní a jazykové bariéry a ovlivňují obě strany navzájem. S pacientovou kulturní identitou souvisí to, jak bude prožívat nemoc, jaké budou projevy zdravotních obtíží a jak nemoc samotnou prezentuje, jak vnímá tělesné struktury, nemoc a její zdroj.

Jako každý jedince si i pacient – cizinec přináší srovnání s předchozími zkušenostmi a s péčí ve své zemi, proto je těžké identifikovat subjektivní pocity, jako je únava, strach a dyskomfort. Pro zdravotníka je proto velmi obtížné identifikovat potíže, zvláště pokud o dané

kultuře nemá dostatek informací. Příkladem může být například rozdílnost ve vnímání bolesti jednotlivými kulturami. Občan Vietnamu bude v prožívání bolesti klidný, mnohdy i s úsměvem. Arabské národy dávají najevo vysokou míru emotivity a za doprovodu rodiny. U Němců je nutno počítat s velkým potlačováním projevů bolesti. Zvláště v našem zdravotnictví se k hodnocení intenzity bolesti používá to, jak ji pacient prožívá před okolím se zohledněním jeho prahu bolesti. Se stejným diagnostickým systémem se ale setkáme také na Slovensku, Maďarsku, či Rusku. Problém nastává právě v případech, kdy si kultura zakládá na potlačování projevů bolesti a pro zdravotníka je velmi těžké je rozpoznat. (6, 7, 10)

*Transkulturní komunikace* v praxi tedy lze definovat jako promyšlený a ucelený postup, který dovoluje a vede vzájemnou spolupráci mezi pacientem a zdravotníkem. Jedná se o neustálý proces poskytnutí informace a zhodnocení významu, toto je děje současně, protože i kultura a komunikační spojení musíme brát jako nedělitelný celek.

Pro účinné dorozumění se mezi pacientem – cizincem a ošetřovatelským personálem je tedy potřeba porozumění pro poskytované informace. Globální názor na daný fenomén, etnický hodnotový systém a hlavně jazyk jsou největší bariéry vyskytující se mezi kulturami. Ještě než spolu začnou pacient a zdravotník spolu komunikovat, jsou ovlivněni četnými činiteli, které jsou shrnuty v pojetí pro „model sociální interakce mezi sestrou a pacientem“.

Verbální dorozumívání je důležitým článkem a s ním spojené potíže častou bariérou v poskytování kvalitní erudované ošetřovatelské péče, a proto je její výuka zařazena i do učebních plánů pro budoucí zdravotnický personál. (5, 13)

Komunikační bariéry se přesto mohou vyskytovat, obzvláště, pokud je pacient příslušníkem jiné kultury, protože jazyk zásadně ovlivňuje, zda si etnika i národy porozumí navzájem. Stejně tak zásadní význam má i při poskytování péče imigrantům i turistům.

V dnešním světě, kde se vyskytuje mnoho kultur je pochopení poskytovaných informací od pacienta více a více důležité. Ideálním předpokladem je, že zdravotnický personál ovládá alespoň 2 cizí jazyky, kterým se věnuje od základního vzdělání. Nezbytná je i výuka neverbálních symbolů, pokud nejsme schopni dorozumět se s klientem v jeho rodném jazyce.

Zásadní oblasti, které vzhledem k odlišným kulturám musíme zohlednit je: komunikace se členy rodiny a jejich oslovení, míra intimity mezi personálem a pacientem, zachování prostoru a odstupu, překonávání komunikačních bariér, soulad verbální a

neverbální komunikace a její srozumitelnost i porozumění, míra zastoupení dotyků při komunikaci s ohledem na pohlaví pacienta atp. Požadavek na vlastnosti a dovednosti zdravotnického pracovníka lze charakterizovat jako schopnost kulturní empatie. Což znamená vcítění se do problémů pacienta a vyjadřování starosti.

Z ošetrovatelského hlediska, může při poskytování péče docházet k následujícím situacím:

- ❖ Poruchy verbální komunikace v souvislosti s jazykovou bariérou
- ❖ Nedostatečná nebo žádná spolupráce pacienta
- ❖ Porucha interpretace okolního prostředí
- ❖ Porucha sociální interakce
- ❖ Sociální izolace
- ❖ Nesprávný přístup k léčebnému režimu

Právo na edukaci má každý pacient na jakémkoliv typu zdravotnického pracoviště. Nesmíme zapomínat na edukaci i rodiny, je to prevence zdravotních komplikací a mnohdy i konfliktů. Edukaci lze zjednodušeně popsat jako proces, během, kterého dochází k učení. Účastníci tohoto procesu mají dvě role, roli učitele popisujeme jako *edukátora* a příjemce informací a učení jako *edukanta*.

K edukaci musíme přistupovat komplexně, to znamená nezapomínat i na psychické a duchovní potřeby pacienta. Pokud se jedná o příslušníka jiného etnika je samozřejmostí přizpůsobit edukaci jeho potřebám.

V průběhu procesu učení je nutné se snažit nejen pacienta ale i rodinu uklidňovat a vytvářet pozitivní přátelskou atmosféru.

Při edukaci pacienta se obvykle zaměřujeme na primární či sekundární prevenci, zvládání sebeobslužných činností v domácím prostředí a také na nácvik soběstačnosti. K tomu, aby byla edukace efektivní, je třeba zohlednit komplexně možnosti cizince, ať jsou to fyzické, či např. finanční. (3, 13)

V moderním ošetrovatelství se velmi přihlíží k právům pacientů a k jejich dodržování. Protože se toto právo týká i svobodného rozhodování, to znamená poskytnutí souhlasu s dalšími léčebnými postupy, je nezbytné, aby byl pacient dostatečně informován o své



nemoci, možnostech léčby a prognóze. Problematickou situací je, pokud je pacient příslušníkem jiného etnika či kultury, která jsou terapeutické postupy jiné. V případě, že jsou rozdíly v postupech markantní, pak je možné se setkat s odmítáním a negativními reakcemi a odmítáním léčby. V tomto případě je doporučeno neposkytovat informace přímo pacientovi ale vše potřebné řešit s reprezentantem rodiny.

Dle zákona č. 20/1966 Sb., je možné všechny vyšetřovací a terapeutické úkony provádět jen se svobodným a informovaným souhlasem pacienta, nebo v situaci, kdy tento souhlas můžeme předpokládat. Touto situací, jsou myšleny stavy, kdy pacient souhlas s ošetřením či prováděnou diagnostikou, není schopen poskytnout.

Souhlasem se rozumí, že pacient po řádném poskytnutí informací a vysvětlení přínosu s rizik zákroku, tento úkon podstoupí, bez projevů nesouhlasu. Obvykle se jedná o souhlas verbální, pokud je výkon náročnější či rizikovější, pak je souhlas vyjádřen i písemně.

U pacienta jiného etnického původu však tento souhlas nelze předpokládat a je nutné získat informace, jak se konkrétní terapeutický zásah provádí v jeho mateřské zemi. (1, 6, 20)

## **1.4 Alternativní způsoby komunikace s cizincem**

Jako cizince označujeme člověka, který pochází z rozdílného kulturního a společenského klimatu a dá se tedy předpokládat, že je reprezentantem i odlišného hodnotového postoje. Což může vyvolat nemalé komplikace. Abychom předcházeli střetu zájmů a konfliktů, byla vytvořena řada doporučení pro komunikaci, které uvádíme v následujících odstavcích. (14)

Za dobrý začátek je považováno, když pacienta pozdravíme popřípadě použijeme obvyklou společenskou frázi v jazyce, kterému pacient rozumí. Je prospěšné si uvědomit, jak s pacientem komunikovat, pokud používáme pouze český jazyk. Zdravotničtí pracovníci často chybují, pokud je jejich mluva příliš hlasitá či výrazně artikuluje, naopak je vhodné používat jednoduché věty. Pacient nemá potíže se schopností verbálně komunikovat, ale s neznalostí jazyka.

Dalším doporučením je, využít tlumočení, pokud to není možné, pak gestikulovat, použít mimiku či piktogramů. Když totiž použijete kombinaci jednoduchých metod, máte daleko větší šanci se dorozumět, alespoň v základních potřebách, jako je např. bolest, strach apod.

Nemalý význam má i v prvních chvílích kontaktu personálu s cizincem i neverbální komunikace, kterou člověk neznající jazyk ošetřujícího personálu vnímá daleko výrazněji, než jindy.

V této oblasti je třeba zohlednit:

- ❖ *Mimiku*, kterou vyjadřujeme vstřícnost a pochopení, důležitý je úsměv, který pacienta vždy uklidní a povzbudí.
- ❖ *Gesta*, která mohou vyvolat pocity strachu a obav, pokud jsou výrazná, nebo pokud je v nich znatelná nejistota a bezradnost. Gestikulace má být přiměřená situaci.
- ❖ *Intonace a zabarvení hlasu* by měla být rozhodná a klidná, s přiměřenou hlasitostí.
- ❖ *Z postoje* by neměl pacient vnímat ošetřovatelovu nadřazenost, totéž se týká taktilní složky neverbálního projevu.
- ❖ *Osobní úprava personálu* je nedílnou součástí komplexního vnímání a důvěryhodného působení na okolí, zejm. osoby pocházející z jiné kultury. (6, 10, 21)

#### 1. 4. 1 Komunikace s cizincem v českém jazyce

Nelékařští pracovníci častokrát využívají i při dorozumívání s cizincem český jazyk. Jedná se o případy, kdy cizinci ovládají základní slovní zásobu naší kultury a situace je ztížena, když pracovník neovládá nezbytné jazykové minimum cizího jazyka. Zároveň ale může být bariéra na straně pacienta i zdravotníka, kdy není možné využít pro komunikaci tzv. *třetí jazyk* (není mateřským jazykem žádného účastníka).

Při těchto okolnostech se doporučuje dodržovat následující rady:

- v rámci **verbální komunikace** – hovoříme pomalu, zřetelně a pečlivě vyslovujeme,
- nepoužíváme složité slovní obraty, česká specifická přísloví, příměry, přirovnání, fráze, zdravotnický slang, apod., používáme jednoznačné a běžné výrazy začleněné do krátkých a jednoduchých větních spojení,
- český jazyk má mnohá specifika, nevhodné číselné hodnoty (např. 1200 – dvanáctset, použít – jeden tisíc dvě stě) jsou pro cizince nesrozumitelné, je lépe používat čísla a číselné hodnoty

- pro sdělení podstatná slova je nutné opakovat v různých větních spojeních, jinými slovy,
  - sdělení je nutné průběžně shrnovat a to po menších tématických celcích,
  - zjišťujeme, kterým slovům bezpečně rozumíme a ta preferovat,
  - součástí může být ověření si porozumění cizincem,
  - v lékařském prostředí je samozřejmé sledování neverbálních projevů nepokoje, nejistoty, strachu a bolesti, zejména z důvodu kulturních rozdílů jejich projevu.
- **Neverbální komunikace** se vyznačuje opatrností v používání gest a signálů, která nemusí být všem srozumitelná,
  - gesta zaměřená jako zastupující symbol pro konkrétní výraz či slovo jsou vhodná,
  - dalším příkladem jsou gesta pro směr, výšku, velikost, tvar, apod.
  - srozumitelnost podporují grafické materiály: mapy, grafy, tabulky, schémata, obrázky, piktogramy, apod., využívá se tak principu názornosti,
  - komunikovat v cizím jazyce je vyčerpávající, soustředěním na překlad a pochopení, kdy únava může znamenat ztrátu pozornosti a neporozumění, zařazovat bychom měli krátké přestávky,
  - stručné shrnutí v písemné formě podpoří úspěch komunikace, je pevným bodem, k němuž se cizinec může kdykoliv vrátit a prostudovat,
  - vzájemnému porozumění prospějí odmlky a ověřovací otázky, kterými cizince žádáme, aby sdělení také vyjádřil sám,
  - během interpretace tak povzbuzení a pochvala působí motivaci a vyjadřuje i naše porozumění a souhlas, součástí této komunikace může být upozornění na snazší a vhodnější slovní vyjádření v českém jazyce, není tím myšleno poučování. (6, 10, 14, 20, 21)

## 1. 4. 2 Piktogramy a jejich použití

Běžně tam, kde není možné se dorozumět, je vhodné přistoupit k použití doplňků pro komunikaci či alternativní způsoby. Sem můžeme zařadit jednat názornou ukázkou či pomůcky typu slovník a tištěný text v cizím jazyce. Toho se dá samozřejmě využít, pokud je pacient schopen číst a pokud číst samozřejmě umí. Jsou samozřejmě i situace, kdy nejsme schopni, z nějakého důvodu, informace pacientovi poskytnout ve formě, kterou bylo pro něho možné ji přijmout. V takových případech přistupujeme k audiovizuální náhradě, jako jsou fotografie, obrázky a videa. (21)

Na základě předchozích důvodů vznikly sady, kterým se říká „komunikační karty“. I tento druh komunikace s sebou samozřejmě nese svá negativa, kterými je hlavně zdlouhavost, ale velká úspěšnost v dorozumění se.

Každé oddělení má svá specifika a proto by i sada těchto pomocných karet měla být přizpůsobena požadavkům oddělení a typu pacientů a zároveň jejich potřebám.

Při tvorbě karet je velkou nesnází najít odpovídající piktogram.

Piktogramem rozumíme obrázek, který při prvním pohledu něco sděluje. Většinou se používá jako krátké sdělení např. do map či v turistice. Musí být jednoduchý, výstižný a jednoznačný. Ne všechny piktogramy jsou však snadno rozlišitelné bez dalšího textu, proto je dobré, když pacienta s použitím karet předem seznámíme, příklad pomocí tlumočnicka či další osoby, která je schopna popisky k obrázkům pacientovi vysvětlit. Nezbytným předpokladem je, aby byla pacient ochoten spolupracovat, bez spolupráce je tato metoda komunikace nepoužitelná.

Většina zdravotnických zařízení se v dnešní době již snaží komunikaci s cizinci zlepšovat a ulehčovat. Příkladem jsou tvorby strategických postupů, standartů apod. Péče o cizince je z mnoha pohledů velmi náročná, nejen po komunikační stránce, ale i po té finanční. Protože péče o migranty je zdlouhavá z důvodu finančně náročných vyšetření, prodlouženou délkou pobytu, která je způsobena řadou sekundárních komplikací z důvodu nedostatečné informovanosti a mnohdy nemožnosti edukace. S tím souvisí i častější procento výskytu rehospitalizací. Dalším problematickým kritériem péče o cizince je, že zdravotní pojišťovny právo pacienta na informovanost, neberou na zřetel do důsledků, a proto nejsou služby tlumočnicka hrazeny z pojištění, ale ze státních fondů. (13)

### 1. 4. 3 Tlumočení ve zdravotnictví

Odvětví zdravotnických služeb, ošetrovatelské a lékařské péče je jednou z mnoha sfér, kde se interkulturní komunikace uplatňuje v čím dál větší míře. Důvodem je stále intenzivnější konfrontace s cizinci jako představiteli odlišného jazykového uspořádání (systému). K těmto situacím může docházet jak v domovském státě ošetřujícího, když péči poskytuje turistům, studentům či např. imigrantům, ale i v případech, kdy zdravotnický personál vyjíždí pracovat do různých zemí, příkladem jsou mezinárodní pomoci v rozvojových zemích. (6, 7)

#### **Při komunikaci s cizincem přes tlumočníka by se mělo dodržovat následující:**

- ❖ Mluvit pomalu, v krátkých větách, ponechat čas tlumočnickovi, aby mohl přeložit text.
- ❖ Adresovat otázky přímo na klienta, ne na tlumočníka.
- ❖ Ověřit si, zda tlumočník zná nejen čistý jazyk, ale také kulturní podmíněnost.
- ❖ Trvat na tom, aby tlumočník překládal přesně, co klientovi říkáme nemodifikoval překlad.
- ❖ Na závěr vždy poděkovat tlumočnickovi za překlad.

Ve všech těchto případech se mohou vyskytovat potíže spojené s interkulturními bariérami, které se následně promítají ve vzájemném dorozumění a v přesném pochopení diagnostikovaných potíží a následných léčebných postupech. Toto vše je výsledkem nejen jazykových bariér, ale i rozdílem ve vnímání hodnot jednotlivými kulturami, jako je např. vnímání zdraví a nemoci, postoje k mužskému a ženskému pohlaví, k léčebným postupům či hygienickým normám a stravovacím návykům.

Jedněmi z autorů, kteří se ve své práci věnují hlavně problémům imigrantů v medicínské praxi jsou Nový a Scroll-Machl v publikaci z roku 2005. Svoji pozornost zaměřili na země, kde je vysoké procento výskytu přistěhovalců, jako je např. Německo s početným zastoupením imigrantů z řad Turků. Z jejich práce vyplývá, jak mají imigranti nelehkou pozici zvláště v oblasti zdravotních služeb, nejen v důsledku jazykové bariéry, ale především v důsledku kulturních odlišností, kterými jsou:

- ❖ Odlišný pohled na nemoc a na metody jejího léčení a diagnostiku
- ❖ Odlišnost v užívání a účelu různých speciálních servisních zařízení
- ❖ Odlišné typy chování u imigrantů jako pacientů (6, 10)

"Národní etický kodex pro tlumočníky ve zdravotnictví", jako vodítko pro jejich práci, uvádí příspěvek M. L. Rowlanda:

- tlumočnické tlumočí vše, co je řečeno, nic nepřidává, nic nevynechá a nic nemění
- tlumočnické by měl vytvořit atmosféru bezpečí a soukromí pro pacienta, aby se nebál popravdě odpovídat či ptát se.

Primárním úkolem pro tlumočníky je verbální překlad mezi pacientem a poskytovatelem péče v neposlední řadě také pomoci s administrativou, jako je například informovaný souhlas a příprava k některým vyšetřením. V ojedinělých situacích může pacient přítomnost tlumočnické odmítnout. Zdravotník musí posoudit, zda může překonat jazykovou bariéru s pacientem sám. (11)

Pacienti mohou mít obavy, jestli jejich příznaky byly úplně přeloženy. Mohou trvat na doslovném překladu, slovo za slovem. Lékař může mluvit více než překladatel, který řekne totéž, ale v cizí řeči je slovní vyjádření kratší. (7)

Tlumočnických služeb se v nemocničních zařízeních využívá nejčastěji pouze k verbálnímu tlumočení na základě žádosti. Každé oddělení by mělo mít přístup k seznamu interních nemocničních tlumočnické a kontaktovat ho. Nejčastější použití tlumočnické je ze 60% hlavně lékaři, při odebrání anamnézy, informování o plánovaných vyšetřeních, získání souhlasu se zákrokem, operativním výkonem či transfúzí. A dále před propuštěním pacienta domů. (6, 14)

„Jestliže je polovina zdravotnické vybavena jazykově tak, že je schopna komunikovat s pacienty cizím jazykem, zvláště anglicky nebo rusky, není to rozhodně málo. Přesto je však komunikace s cizinci označována za nejvýznamnější problém péče o ně a mnoho lékařů postrádá pomoc tlumočnické. Když jsme se zdravotnické zeptali, zda je účast na péči o cizince nějak inspirovala, zjistili jsme, že právě v této oblasti studia jazyků spatřují mnozí východisko ke zlepšení léčebné péče o cizince. Je to mínění všech dotazovaných, současně navrhuji, aby byla znalost cizího jazyka finančně ohodnocena v rámci platu.“ (kolektiv autorů, 2003, str. 109)

## **2. VÝZKUMNÁ ČÁST**

### **2.1 Vymezení výzkumného problému**

Hlavním cílem předkládané práce je zjistit, jak jsou zdravotní sestry vybaveny pro komunikaci s pacienty - cizinci, když se vyskytne při ošetrovatelské péči jazyková bariéra.

### **2.2 Cíle výzkumu**

- ❖ Zmapovat připravenost respondentů komunikovat s pacientem – cizincem v jeho rodném (třetím) jazyce.
- ❖ Zjistit, jak respondenti vnímají péči o pacienty - cizince, popřípadě členy jiných etnických skupin.
- ❖ Zkoumat, zda mají respondenti možnost dorozumívat se s cizincem prostřednictvím alternativních komunikačních prostředků.

### **2.3 Stanovení hypotéz**

Na základě jmenovaných cílů byly stanoveny následující hypotézy:

H<sub>1</sub> – Předpokládáme, že  $\frac{3}{4}$  respondentů mají komunikační problém s ošetřením pacienta, jehož rodným jazykem není český jazyk.

H<sub>2</sub> – Předpokládáme, že  $\frac{1}{2}$  respondentů se vyhýbá komunikaci s pacientem, jehož rodným jazykem není český jazyk.

H<sub>3</sub> – Předpokládáme, že  $\frac{1}{4}$  respondentů neovládá komunikaci v žádném cizím jazyce.

H<sub>4</sub> - Předpokládáme, že  $\frac{1}{2}$  respondentů pociťuje psychické zatížení při ošetřování pacientů cizinců.

H<sub>5</sub> – Předpokládáme, že  $\frac{3}{4}$  respondentů mají problém se zajištěním edukace pacienta v jeho rodném jazyce.

## **2. 4 Metodika výzkumu**

### **2. 4. 1 Výzkumná metoda**

Ke zjišťování výzkumných údajů byla použita metoda dotazníkového šetření. Touto formou jsme získávali anonymní data.

V dotazníku byly použity strukturované – zavřené a nestrukturované otevřené otázky. Zavřené otázky nabízejí dotazovaným volbu mezi dvěma nebo více alternativami. Otevřené otázky nevymezují obsah ani formu odpovědí. Polouzavřené otázky uvádí konkrétní možnosti odpovědí a současně se respondenti mohou vyjádřit vlastními slovy. Dotazník vlastní konstrukce byl tvořen 17 otázkami. Uzavřené otázky jsou: 2, 3, 7, 9, 16 a 17. Otevřené otázky jsou č. 1, 4, 6. Zbylé otázky č. 5, 8, 10, 11, 12, 13, 14 a 15 jsou polouzavřené.

První část otázek se týká sociodemografické specifikace respondentů, následuje část věnovaná zjištění informací pro testované hypotézy a varianty, které respondenti používají při řešení problematiky, které je práce věnována.

Pilotní verzi dotazníku byla ověřena jeho srozumitelnost u respondentů, celkový počet dotazovaných v testovaném vzorku byl 6, jako respondenty jsem zvolila své kolegyně z pracoviště jednotky intenzivní péče.

### **2. 4. 2 Zpracování výzkumných dat**

Dotazníkové šetření bylo uskutečněno u náhodně vybraného souboru žen a mužů v profesi sester pracujících na jednotkách intenzivní péče a anesteziologicko-resuscitačních oddělení. U zkoumaného vzorku byly sledovány dotazníkovou metodou *kvantitativní spojitě znaky*. Doporučený počet intervalů pro třídění počtu respondentů do věkových skupin a skupin podle počtu odpracovaných let jsme vypočítali podle následujícího vzorce:



$$k = \sqrt{n} \quad (k = \text{počet intervalů}) \quad k = 10$$

$$R = x_{\max} - x_{\min} \quad (R = \text{variační rozmezí}) \quad R = 40$$

**R**

$$h = \frac{R}{k} \quad (h = \text{šíře intervalů}) \quad h = 4$$

**k**

Použité statistické indexy:

$n_i$  absolutní četnost, počet respondentů

$f_i$  relativní četnost, procentuální vyjádření

$\bar{X}$  průměr

## 2.5 Organizace výzkumu

Pilotní studie dotazníkového šetření byla provedena s cílem zhodnotit srozumitelnost jednotlivých otázek pro respondenty. Testovaným vzorkem byly sestry jednotky intenzivní péče oboru gastroenterologie. Pilotního šetření se zúčastnilo 6 osob.

Před zahájením samotného výzkumu jsme nejprve kontaktovali náměstkyně pro ošetrovatelskou péči, abychom získali písemné povolení pro umožnění dotazníkové akce. S výjimkou jedné z oslovených nemocnic, jsem se setkala se shodným postupem. A to, nejprve kontaktovat vrchní sestry jednotlivých klinik, kde měly být výzkumné dotazníky aplikovány a pak se vrátit zpět k náměstkyni, která po kladném vyjádření vrchní sestry, výzkum také povolila. Důvod byl téměř totožný, vzhledem k nárůstu počtu žadatelů o provádění výzkumu a tudíž i z důvodu nadměrného zatížení personálu vyplňováním dotazníků sloužících pro studijní účely nejprve požádat o spolupráci přímo skupinu respondentů. Spolupráce v jedné z nemocnic, kde povolení výzkumu vydávala náměstkyně pro ošetrovatelskou péči, byla navázána až po doložení průkazu o studiu na Karlově univerzitě, 1. lékařské fakultě. Velmi přispěla i skutečnost, že se jedná o obor Intenzivní péče.

Respondenti pocházejí z pražských nemocnic: *Všeobecná fakultní nemocnice, Fakultní Thomayerova nemocnice, Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Nemocnice Na Františku.*

Celkem bylo rozdáno 150 dotazníků na pracoviště typu ARO a JIP, tento počet byl maximálním přijatým limitem. Návratnost byla 110 dotazníků, z toho 8 nebylo ze statistického hlediska vhodné pro zpracování a tedy došlo k jejich vyřazení pro nekompletnost či nevalidní odpovědi. Např. respondenti uváděli obě varianty pohlaví, nepravděpodobné skutečnosti týkající se oboru/specializace např. genetika nebo znalosti cizího jazyka mandarínská čínština apod.

Pro zpracování tedy bylo použito celkem 102 (68%) dotazníků, kompletně vyplněných dotazníků, které tvoří statistický soubor.

Předpokládali jsme nižší návratnost dotazníků i ochotu spolupracovat při výzkumném šetření, proto byla pracoviště požádána o kooperaci při osobním kontaktu se staničními i vrchními sestrami. Při tomto setkání byly vysvětleny důvody aplikace výzkumu na konkrétních pracovištích a záměr dotazníkového šetření. Z celkového počtu 150 dotazníků se navrátilo 110(73,33%). Z toho usuzujeme, že osobní kontakt na pracovištích byl efektivní a jak bylo výše zmíněno pozitivně bylo vnímáno, že se jedná o výzkumné šetření při zpracování diplomové práce studentky oboru Intenzivní péče na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze.

## **2. 6 Výsledky výzkumu a jejich interpretace**

Výsledky jsou zpracovávány souhrnně za všechny nemocnice anonymně. V první části byly zjišťovány obecné údaje k definování testovaného statistického vzorku, jako je věk, pohlaví, nejvyšší dosažené vzdělání, počet odpracovaných let a pracovní zařazení.

Pro přehlednost zjištěných údajů jsou vytvořeny tabulky a grafická znázornění, které jsou jednotlivě označeny názvy a očíslovány. U každé tabulky je popis. V tabulkách uvádíme zkratky  $n$  – rozsah souboru,  $n_i$  - absolutní četnost,  $f_i$  – relativní četnost.

## 2. 6. 1 Charakteristika výzkumného vzorku (respondentů)

Vybraným vzorkem respondentů pro statistické šetření byly sestry pracující na odděleních intenzivní péče a anesteziologicko-resuscitačních stanic. Celkový počet dotázaných byl 102.

U výzkumného souboru sledujeme kvantitativní spojitý znak – věk dotazovaných. Nejčetnější zastoupení respondentů se nachází ve věkovém rozptylu 27 – 30,9 let, tj. 31,37 % z celkového počtu 102 dotazovaných. Nejmladší respondent byl ve věku 19 let, nejstarší potom ve věku 58 let.

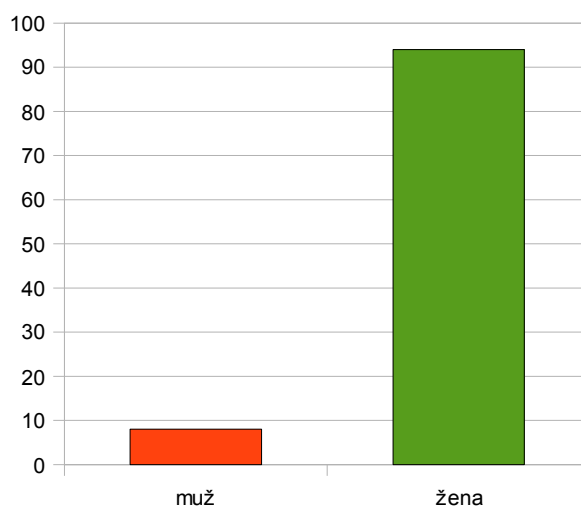
*Tabulka 1: Věk respondentů*

Věk respondentů	$n_i$	$f_i$
19–22,9 let	4	3,92%
23–26,9 let	15	14,70%
27–30,9 let	32	31,37%
31–34,9 let	18	17,64%
35–38,9 let	9	8,82%
39–42,9 let	10	9,80%
43–46,9 let	5	4,90%
47–50,9 let	3	2,94%
51–54,9 let	4	3,92%
55–58,9 let	2	1,96%
<b>celkem</b>	<b>102</b>	<b>99,97%</b>

Statistický soubor respondentů se, z hlediska převahy kvalitativního alternativního znaku, vyznačuje převažujícím zastoupením ženského pohlaví 94 (92,15%) respondentů a pouze 8 (7,84%) dotázaných je mužského pohlaví.

Tabulka 2: pohlaví respondentů

Pohlaví respondentů	$n_i$	$f_i$
muž	8	7,84%
žena	94	92,15%
celkem	102	99,99%

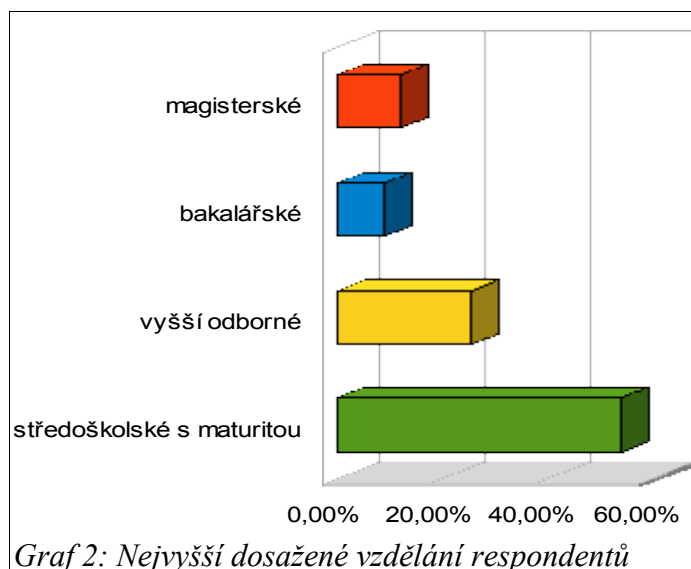


Graf 1: Pohlaví respondentů

Položka týkající se nejvyššího dosaženého vzdělání respondentů prokázala, že 53,92 % zdravotníků má ukončené středoškolské vzdělání s maturitní zkouškou a dalších 25,49 % má dokončené vyšší zdravotnické vzdělání. V dotazníku nebyla položena otázka na získání specializačního vzdělání.

Tabulka 3: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Nejvyšší dosažené vzdělání	$n_i$	$f_i$
středoškolské s maturitou	55	53,92%
vyšší odborné	26	25,49%
bakalářské	9	8,82%
magisterské	12	11,76%
celkem	102	99,99%



Nejpočetnější skupinou z celkového počtu 102 dotazovaných bylo 84 (82,34 %) všeobecných sester u lůžka, pracující na odděleních ARO a JIP, bez odborného dohledu, tedy s platnou registrací pro výkon povolání bez odborného dohledu. Na výzkumném šetření se podílelo i 7 (6,86 %) pracovníků ve vedoucí pozici (staniční, vrchní sestra).

Z celkového počtu 102 respondentů bylo tedy sester pracujících bez odborného dohledu 91 (89,2 %)

*Tabulka 4: Pracovní zařazení respondentů*

<b>Pracovní zařazení respondentů</b>	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub></b>
sestra bez odborného dohledu	84	82,34%
sestra s odborným dohledem	8	7,84%
zdravotnický asistent	3	2,94%
staniční sestra	6	5,88%
vrchní sestra	1	0,98%
<b>celkem</b>	<b>102</b>	<b>99,98%</b>

## 2. 6. 2 Výsledky dotazníku

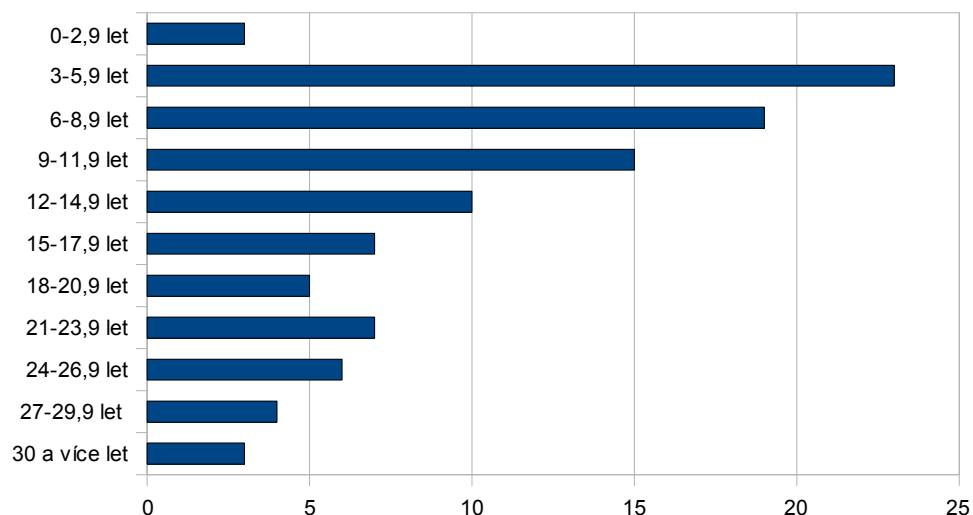
### Položka č. 1 – Počet odpracovaných let v oboru

Délka praxe respondentů je údaj zpracovaný i vzhledem k ostatním vybraným položkám, např. znalosti existence cizojazyčných dokumentů pro pacienty – cizince, či souvislost s jazykovou bariérou apod.

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že nejvyšší zastoupení mají respondenti s počtem odpracovaných roků v oboru 3-5,9 let tj. 23 (22,54 %) z celkového počtu 102 dotázaných. 57 (55,88 %) respondentů má odpracováno 3-11,9 let. V tomto intervalu je největší zastoupení pracovníků.

*Tabulka 5: Počet odpracovaných let ve zdravotnictví*

	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub></b>
0-2,9 let	3	2,94%
3-5,9 let	23	22,54%
6-8,9 let	19	18,62%
9-11,9 let	15	14,70%
12-14,9 let	10	9,80%
15-17,9 let	7	6,86%
18-20,9 let	5	4,90%
21-23,9 let	7	6,86%
24-26,9 let	6	5,88%
27-29,9 let	4	3,92%
30 a více let	3	2,94%
celkem	102	99,99%



Graf 3: Počet odpracovaných let ve zdravotnictví

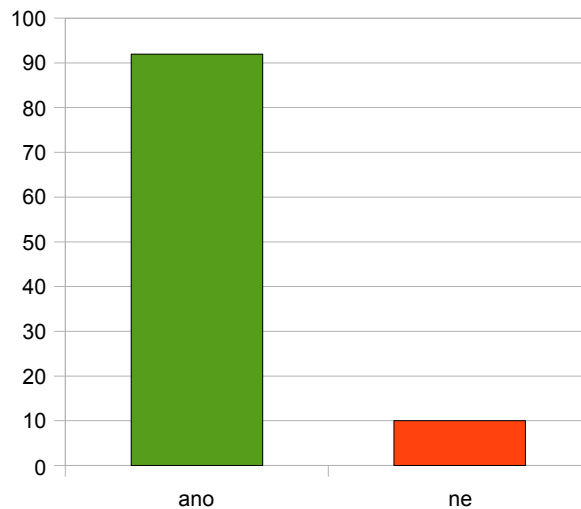
Součástí dotazníku byla otázka ve znění: *Jaký je Váš pracovní obor/ specializace?* Na tuto otázku většina respondentů odpovídala odlišně k zaměření otázky. Nejčastější odpovědí byla: *specializace ARIP*. Dotaz byl ale směřován na pracovní obor, tedy např. chirurgický, interní, multioborový JIP atp.

## Položka č. 2 – Komunikace v cizím jazyce při ošetrovatelské péči o pacienty – cizince

Při dotazu na potřebu komunikace s pacientem v cizím jazyce se nám dostalo výsledků znázorněných v tabulce č. 6 a na grafu č. 5, kde je viditelná značná převaha potřeby komunikace s pacienty ve zdravotnictví. Jak jsme předpokládali, tak na stanicích intenzivní péče a ARO se 92, (90,19 %) respondentů setkalo se situací komunikovat s pacientem v cizím jazyce. Z celkového počtu 102 dotazovaných se 10, (9,8 %) vyjádřilo tak, že při výkonu povolání nepotřebovali komunikovat v cizím jazyce.

Tabulka 6: Potřeba komunikace v cizím jazyce při poskytování ošetrovatelské péče

Potřeba komunikace v cizím jazyce	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub>
ano	92	90,19%
ne	10	9,80%
<b>celkem</b>	102	99,99%



*Graf 4: Potřeba komunikace v cizím jazyce při poskytování ošetrovatelské péče*

### **Položka č. 3 – Jazyková vybavenost pacientů – cizinců**

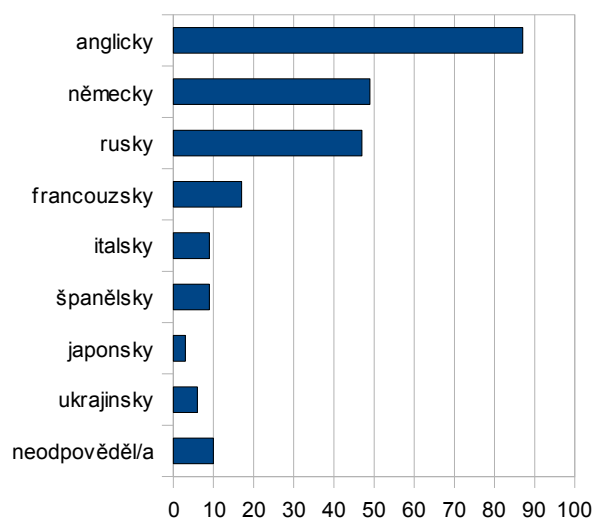
Respondenti v dotazníkovém šetření uvádějí četnost cizích jazyků, které používají při dorozumívání pacienti – cizinci. V 87 (85,29 %) odpovědích se jedná o komunikaci v anglickém jazyce. Na druhém a třetím místě v pořadí se umístila podle očekávání němčina a ruština. Německý jazyk udává 49 (48,03 %) z celkového počtu dotazovaných a ruský jazyk udává při kontaktu s pacienty cizinci 47 (46,07 %) respondentů.

V rámci položky bylo možné doplnit do polouzavřené otázky možnost dalších jazyků. Zajímavá odpověď, bylo uvedení českého znakového jazyka jedním z respondentů. Komunikace s neslyšícími je velmi specifická a český znakový jazyk můžeme považovat rovněž za cizí jazyk s vlastní historií, gramatikou a znakovou a neverbální složkou. Potřebu komunikovat s pacienty jazykem, kterému rozumí, podporuje i náměstkyně pro nelékařská povolání a kvalitu i Odbor vzdělávání ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze, kde probíhá výuka českého znakového jazyka pro pracovníky exponovaných pracovišť.



Tabulka 7: Cizinci a jejich jazyková vybavenost

<b>Cizince (hovořící jazykem)</b>	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub></b>
anglicky	87	85,29%
německy	49	48,03%
rusky	47	46,07%
francouzsky	17	16,66%
italsky	9	8,82%
španělsky	9	8,82%
japonsky	3	2,94%
ukrajinsky	6	5,88%
neodpověděl/a	10	9,80%
slovensky	1	0,98%
holandsky	1	0,98%
persky	1	0,98%
vietnamsky	1	0,98
český znakový jazyk	1	0,98%
romsky	1	0,98%

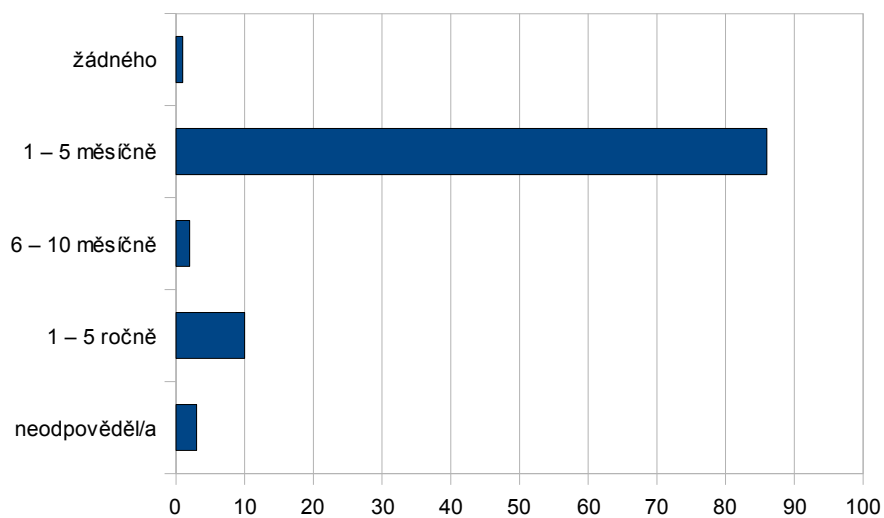


Graf 5: Cizinci a jejich jazyková vybavenost

Na dotazníkovou otázku č. 9, jak často se respondenti setkávají s pacienty - cizinci, odpovědělo 86 osob (84,31 %) z celkového počtu 102, že 1-5krát měsíčně. 3 (2,94 %) z dotázaných na tuto otázku neodpověděli vůbec.

*Tabulka 8: Četnost pacientů - cizinců v časovém intervalu / 1 měsíc*

<b>Pacienti hovořící cizím jazykem/ 1 měsíc</b>	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub></b>
žádného	1	0,98%
1 – 5 měsíčně	86	84,31%
6 – 10 měsíčně	2	1,96%
1 – 5 ročně	10	9,80%
neodpověděl/a	3	2,94%
<b>celkem</b>	<b>102</b>	<b>99,99%</b>



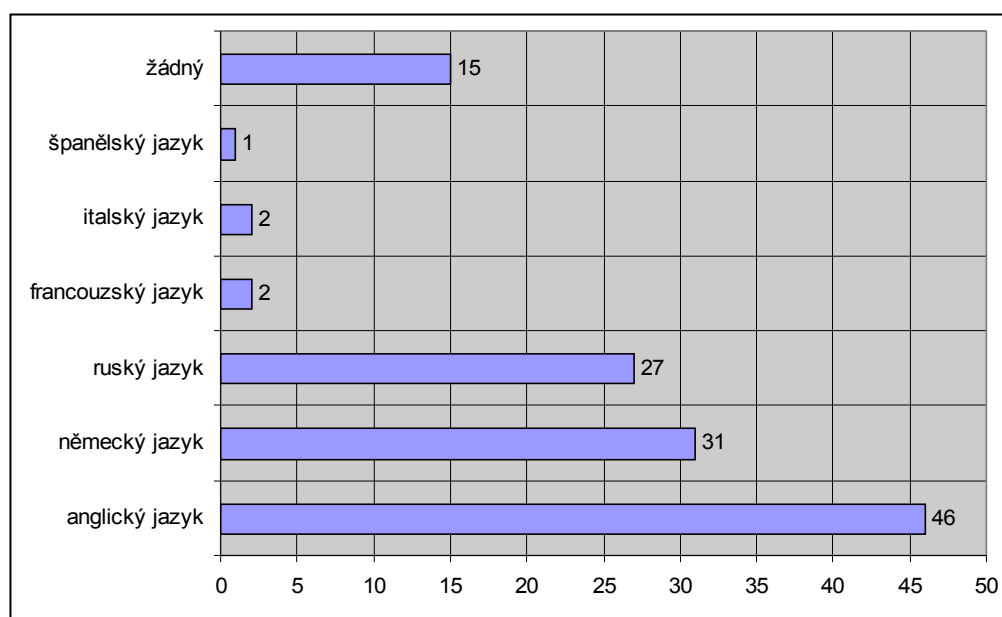
*Graf 6: Četnost pacientů - cizinců v časovém intervalu / 1 měsíc*

## Položka č. 5 – Znalost cizích jazyků personálu JIP a ARO

Otázka na znalosti cizích jazyků se týkala druhu nikoliv míry znalostí jazyka a vlastní dovednosti se s pacientem dorozumět v tomto jazyce. 46 (45%) respondentů uvádí znalost anglického jazyka, druhým v pořadí je německý jazyk, jehož znalost uvádí 31 (30,39 %) dotazovaných, třetím jazykem je ruský jazyk, jehož dovednost uvádí 27 (26,47 %) respondentů. 15 (14,7 %) pracovníků nevybralo žádný cizí jazyk, dá se očekávat, že u těchto respondentů způsobuje jazyková nevybavenost u velké řady pacientů – cizinců významnou jazykovou bariéru.

Tabulka 9: Znalost cizích jazyků u personálu JIP, ARO

Znalost cizích jazyků	$n_i$	$f_i$
anglický jazyk	46	45,09%
německý jazyk	31	30,39%
ruský jazyk	27	26,47%
francouzský jazyk	2	1,96%
italský jazyk	2	1,96%
španělský jazyk	1	0,98%
žádný	15	14,70%



Graf 7: Znalost cizích jazyků u personálu JIP, ARO

## Položka č. 6 – Vnímání míry psychické zátěže personálu JIP a ARO při ošetřování pacienta hovořícího cizím jazykem

Z celkového počtu 102 respondentů uvedlo 36 (35,29 %) pracovníků, že při ošetřování pacienta – cizince je velmi stresuje, že se spolu nedomluví. Tento výsledek nekoreluje s odpovědí předchozí položky, kdy znalost cizího jazyka nemá pouze 15 (14,7 %) respondentů. Subjektivní hodnocení personálu ohledně úspěchu komunikace znamená vyšší míru stresu. Velmi těsný počet je dotazovaných, kteří pocítují psychickou zátěž, ale přitom hodnotí komunikaci s pacientem jako uspokojivou, tj. 31 (30,39 %) pracovníků. Pouze 12 (11,76 %) personálu udává ve svých odpovědích, že komunikaci s cizinci zvládají, tudíž vyšší míru psychické zátěže nepocítují. Naopak dále 20 (19,6 %) respondentů se vyjádřilo, že řešením těchto náročných situací je vyhnout se komunikaci s pacientem – cizincem a žádají o pomoc kolegu, či tyto pacienty neošetřují. Z celkového počtu 102 respondentů se k této otázce nevyjádřili 3 (2,94 %)

*Tabulka 10: Míra psychické zátěže pro ošetřující personál při ošetřování cizince*

<b>Pocit vyšší psychické zátěže při ošetřování cizince</b>	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub></b>
ano, velmi mě stresuje, že se nedomluvíme	36	35,29%
ano, ale domluvíme se uspokojivě	31	30,39%
ne, komunikaci s cizinci zvládám	12	11,76%
ne, vyhýbám se komunikaci s cizinci a žádám o pomoc kolegy	20	19,60%
neodpověděl/a	3	2,94%
<b>celkem</b>	<b>102</b>	<b>99,98%</b>



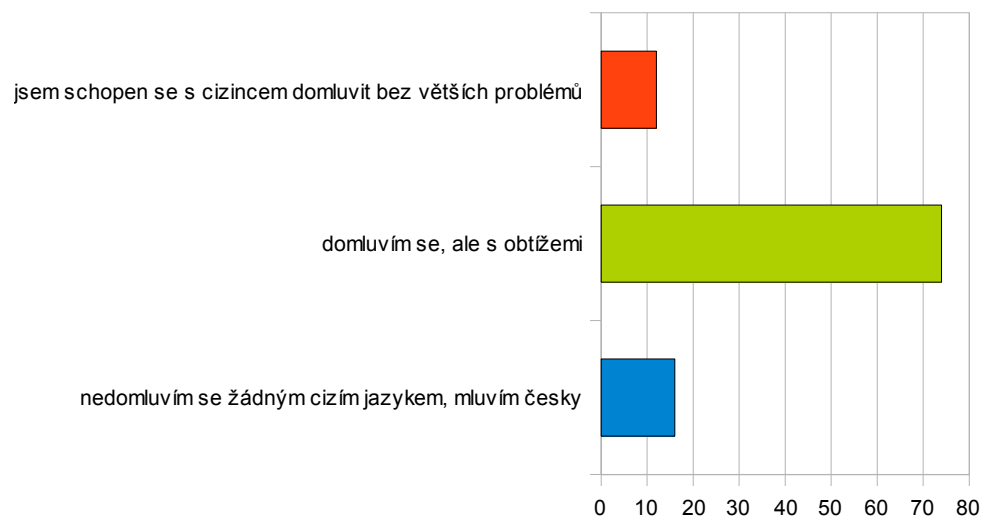
Graf 8: Míra psychické zátěže pro ošetrující personál při ošetrování cizince

#### Položka č. 7 – Subjektivní hodnocení úrovně znalosti cizího jazyka personálu

Osloveným respondentům byla položena otázka vlastního zhodnocení míry znalosti cizího jazyka, které uvedli v předchozí položce. Z celkového počtu 102 dotázaných se 74 (72,54 %) vyjádřilo, že se cizím jazykem jsou schopni s pacientem domluvit, ale vnímají jisté komunikační obtíže. 12 (11,76 %) respondentů je schopno se, dle vlastního názoru, s cizinci domluvit, aniž by pociťovali větší problémy. 16 (15,68 %) osob udává, že se nedomluví žádným cizím jazykem a během poskytování ošetrovatelské péče hovoří pouze česky.

Tabulka 11: Úroveň znalosti cizího jazyka

Úroveň znalosti cizího jazyka	$n_i$	$f_i$
jsem schopen se s cizincem domluvit bez větších problémů	12	11,76%
domluví se, ale s obtížemi	74	72,54%
nedomluví se žádným cizím jazykem, mluvím česky	16	15,68%
<b>celkem</b>	<b>102</b>	<b>99,98%</b>



Graf 9: Úroveň znalosti cizího jazyka

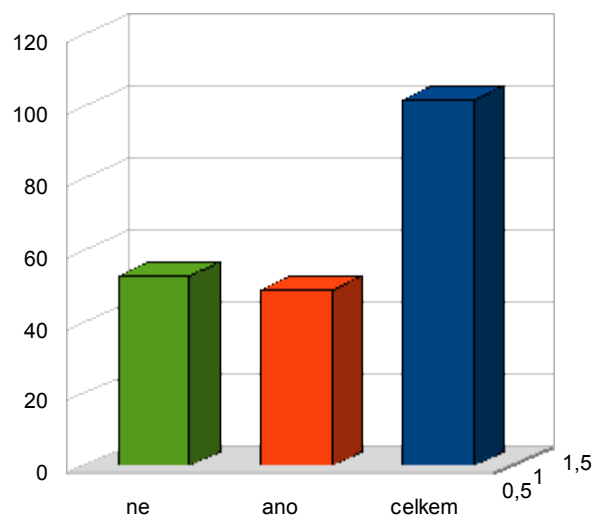
## Položka č. 8 – Výskyt problémů způsobených etnicko-kulturními odlišnostmi

Otázka na problematiku etnicko-kulturních odlišností byla vybrána z důvodu úzké vazby na charakteristické rysy transkulturního ošetrovatelství.

Odpovědi respondentů tvoří téměř shodné počty, existenci etnicko-kulturních odlišností přiznává 49 (48,03 %) respondentů a neguje je 53 (51,96 %) z celkového počtu 102 dotazovaných.

Tabulka 12: Výskyt problémů způsobených etnicko-kulturními rozdíly

Výskyt problémů způsobených etnicko-kulturními rozdíly	$n_i$	$f_i$
ne	53	51,96%
ano	49	48,03%
<b>celkem</b>	<b>102</b>	<b>99,99%</b>

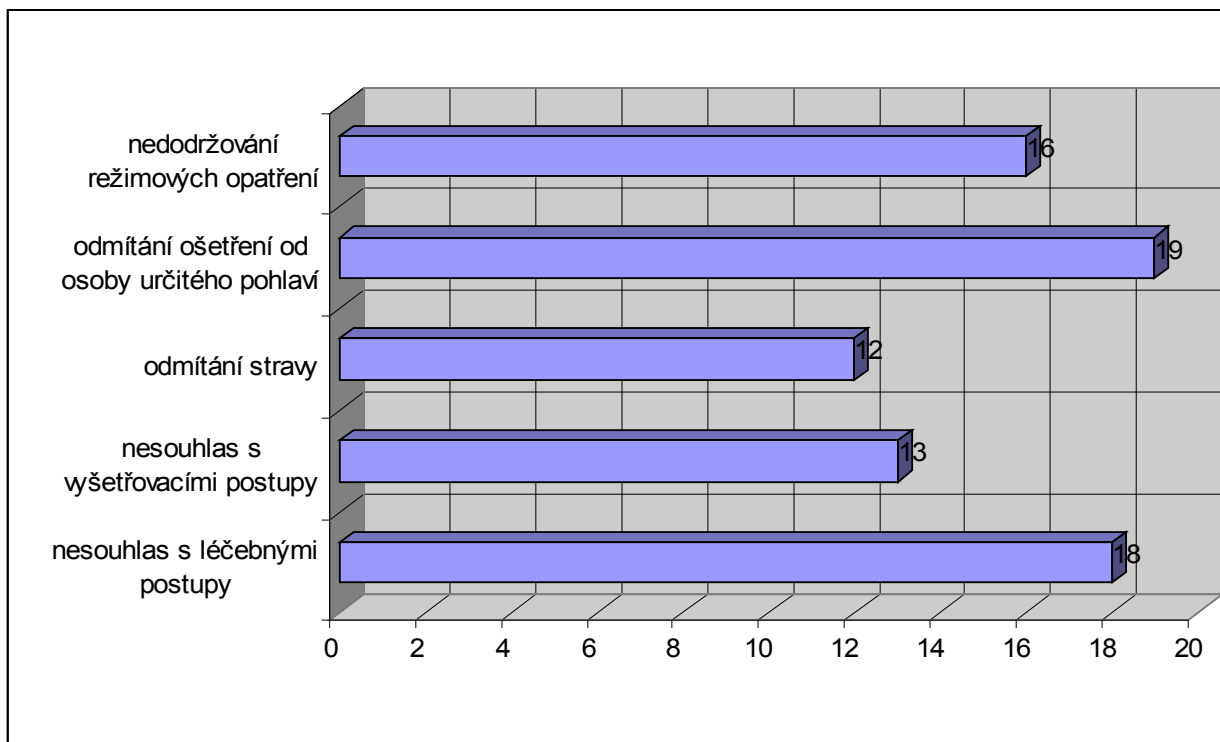


*Graf 10: Výskyt problémů způsobených etnicko - kulturními rozdíly*

Z nabízených možných odpovědí se vyjádřili respondenti takto: nejčastějším problémem bylo odmítání ošetření od osoby určitého pohlaví, tato varianta se objevila u odpovědí 19krát, (18,62 %). V těsné závislosti se 18krát (17,64 %) vyskytl nesouhlas s léčebnými postupy. Možnou příčinou odmítání léčebného režimu a postupů může být jazyková bariéra, která způsobuje nepochopení a může se velkou měrou podílet na stresových situacích a pocitech strachu a nejistoty u pacientů.

*Tabulka 13: Problémy zapříčiněné etnicko-kulturní odlišností*

<b>Problémy zapříčiněné etnicko-kulturní odlišností</b>	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub></b>
nesouhlas s léčebnými postupy	18	17,64%
nesouhlas s vyšetřovacími postupy	13	12,74%
odmítání stravy	12	11,76%
odmítání ošetření od osoby určitého pohlaví	19	18,62%
nedodržování režimových opatření	16	15,68%



Graf 11: Problémy zapříčiněné etnicko-kulturní odlišností

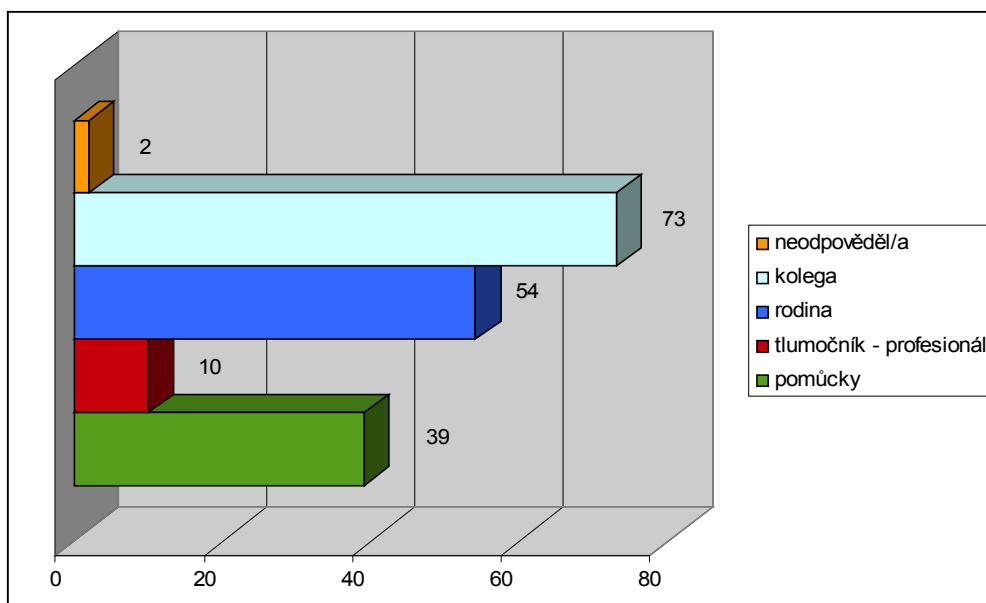
#### Položka č. 9 – Volba alternativních postupů při jazykové komunikační bariéře

Vzhledem k výše zmíněným výsledkům šetření znalosti cizího jazyka u skupiny pracovníků jsme zjišťovali postupy, jak odstranit či zmírnit jazykovou bariéru mezi pacientem a ošetřujícím personálem. Nejčastěji tíživé situace při nedorozumění s pacientem řeší pracovníci pomocí kolegy, který cizí jazyk zvládá na dostatečné úrovni, jedná se o 73 odpovědí (71,56 %) z celkového počtu 102. Pomocí tlumočnické osoby neprofesionála, který je jazykově vybaven jako pacient tuto situaci řeší personál v 54 případech (52,94 %). Pomocí profesionálního tlumočnicka jazykovou bariéru odstraňuje 10 (9,8 %). Velký počet odpovědí představuje i komunikace s využitím pomůcek ( piktogramy, abeceda, mimika, obrázky, gesta) 39 (38,23 %).



Tabulka 14: Alternativní postupy při jazykové komunikační bariéře

Alternativní postupy při komunikační bariéře	$n_i$	$f_i$
pomůcky	39	38,23%
tlumočník - profesionál	10	9,80%
rodina	54	52,94%
kolega	73	71,56%
neodpověděl/a	2	1,96%



Graf 12: Alternativní postupy při jazykové komunikační bariéře

### Položka 10: Cizojazyčné písemné dokumenty a formuláře

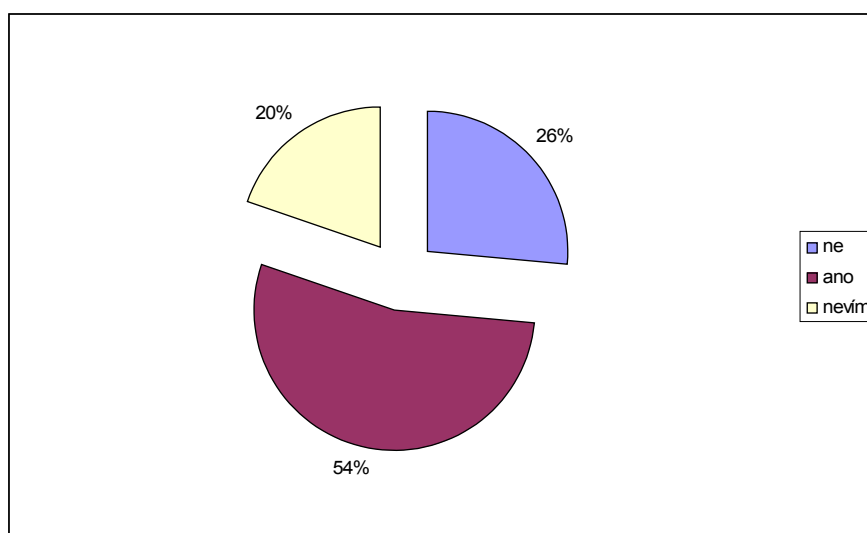
V právech pacientů je jeden důležitý bod, který bere v úvahu i fakt, že pacient, kterému se dostává odborného ošetření by měl mít k dispozici a měly by mu být poskytovány informace v rodném jazyce, který je pro něho srozumitelný. Do této položky samozřejmě spadají i tzv. informované souhlasy. Dotazníkovou otázkou č. 15 jsme měli v úmyslu zjistit, zda jsou na pracovištích, zařazených do výzkumného šetření, využívány informované

souhlasy, či jiné dokumenty, kterými pacient stvrzuje svůj souhlas s léčebnými či diagnostickými postupy, i v jiném jazyce, než je čeština. Výsledky jsou zobrazeny v tabulce č. 15, kde téměř polovina respondentů vyjádřila kladnou odpověď na dispozici cizojazyčných dokumentů, zvláštní je i téměř shodné rozdělení odpovědí dotazovaných mezi nejistotu v jejich existenci a negativní odpověď.

Respondenti byli dotázáni na znalost existence písemných dokumentů souvisejících s léčebnou a ošetrovatelskou péčí připravených ve světových jazycích. Z celkového počtu 102 dotázaných se vyjádřilo negativně 27 (26,47 %), přitom 20 respondentů (19,6 %) na otázku neumí odpovědět. 55 pracovníků (53,92 %) dokumenty pro pacienty – cizince zná a ví, kde na pracovišti jsou.

Tabulka 15: Písemné dokumenty v cizích jazycích

<b>Písemné dokumenty v cizím jazyce</b>	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub></b>
ne	27	26,47%
ano	55	53,92%
nevím	20	19,60%
<b>celkem</b>	<b>102</b>	<b>99,99%</b>



Graf 13: Písemné dokumenty v cizích jazycích

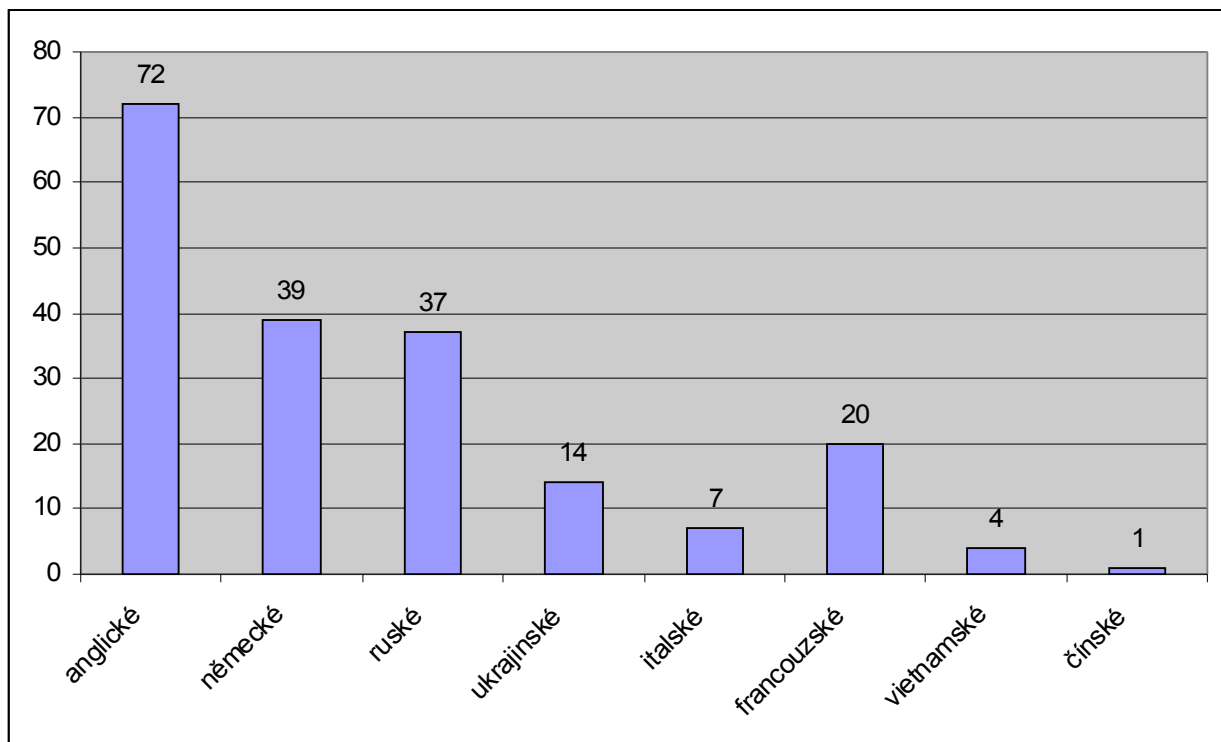
#### Položka 11: Nejčastější zastoupení jazyků, použitých pro překlad písemných dokumentů

U těch respondentů, kde jsme se setkali s kladnou odpovědí na přítomnost překladu důležitých používaných dokumentů, kterými např. vyjadřuje pacient souhlas s léčebným postupem či hospitalizací, nás pochopitelně zajímalo, pro které jazyky mají připravené varianty překladu.

V 70,58 %, což je u 72 respondentů se shodně uvádí překlad do anglického jazyka, na dalším místě je u 39 dotázaných, tj. 38,23 % uvedena varianta překladu do německého jazyka a na třetí pozici se umístil ruský jazyk u 37 respondentů (36,27 %) z celkového počtu 102. Výsledky uvádím pro přehlednost na zobrazení v grafu č. 15.

*Tabulka 16: Dostupnost dokumentů v cizích jazycích*

Dokumenty v cizích jazycích	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub></b>
anglické	72	70,58%
německé	39	38,23%
ruské	37	36,27%
ukrajinské	14	13,72%
italské	7	6,86%
francouzské	20	19,60%
vietnamské	4	3,92%
čínské	1	0,98%



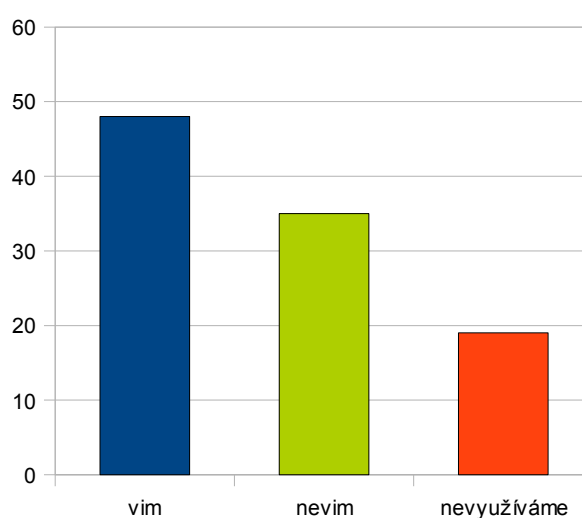
Graf 14: Dostupnost dokumentů v cizích jazycích

## Položka 12: Standardizované pracovní postupy pro ošetření pacienta - cizince

Vzhledem ke globální snaze o zvyšování úrovně kvality poskytované péče, bylo nutné testovanému vzorku respondentů položit i otázku, zda se na jejich pracovišti používá v případě kontaktu s pacientem cizincem nějaký standardizovaný pracovní postup, podle něhož se pacient jiného jazykového vybavení ošetřuje. Zde se nám vyskytly zajímavé výsledky, protože se respondenti rozdělili ve výpovědích do poměru 1:1,09. A to mezi odpovědi odmítající takový standard nebo si neuvědomují, že by jej měli vypracovaný a k dispozici. Pouze u 14 dotázaných, které z celku tvoří pouze 13,72 % jsme se setkali s odpovědí: *ano, máme standardní postup, pro ošetřování pacienta – cizince.*

Tabulka 17: Standardní pracovní postup pro ošetřování cizince

Vyhledání tlumočnických služeb	$n_i$	$f_i$
vím	48	47,05%
nevím	35	34,31%
nevyužíváme	19	18,62%
<b>celkem</b>	<b>102</b>	<b>99,98%</b>



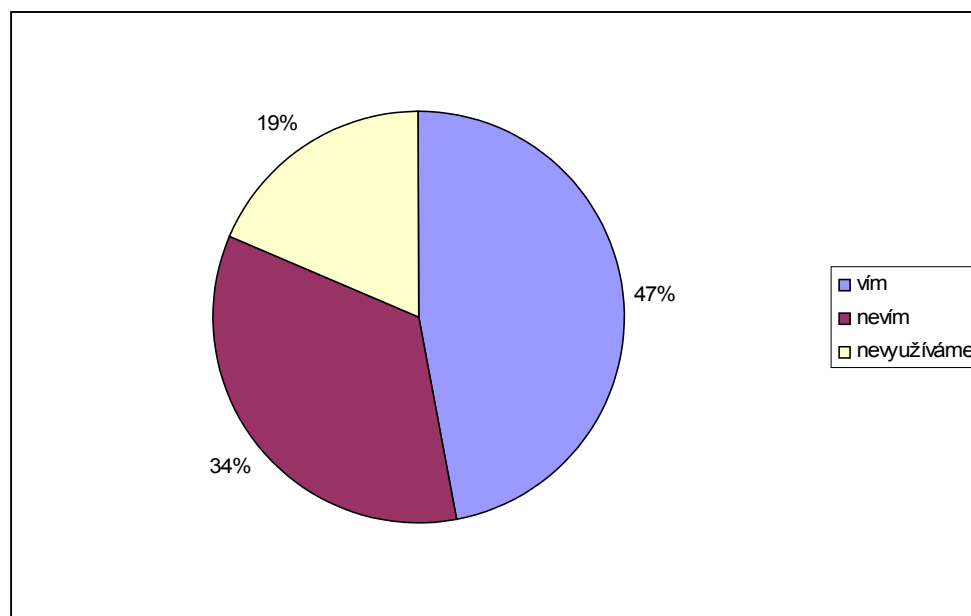
Graf 15: Standardní pracovní postup pro ošetřování cizince

### Položka 13: Povědomost o možnosti využití tlumočnicka při styku s pacientem - cizincem

Ze 102 získaných odpovědí na otázku, zda personál ví, kde může požádat o tlumočnickou pomoc nám 48 respondentů (47,05 %) odpovědělo kladně, dalších 35 dotázaných (34,31 %) z celkového počtu nevědělo, kam se obrátit. Variantu, že tlumočnických služeb toto pracoviště nevyužívá využilo pouze 19 (18,62 %) pracovníků.

Tabulka 18: Vyhledání tlumočnických služeb

Vyhledání tlumočnických služeb	$n_i$	$f_i$
vím	48	47,05%
nevím	35	34,31%
nevyužíváme	19	18,62%
<b>celkem</b>	<b>102</b>	<b>99,98%</b>



Graf 16: Vyhledání tlumočnických služeb

### 2. 6. 3 Analýza závislostí jednotlivých položek

#### Položky 1 – Vztah mezi věkem a znalostí jazyka

Zajímali jsme se o vztah mezi věkem a znalostí jazyka tak, jak ho respondenti uvádějí. Anglický jazyk udává největší počet dotazovaných z věkového rozptylu 19-30,9 let. Těchto respondentů je 44 (43,13 %).

Ve stejném věku uvádí znalosti německého jazyka 23 (22,54 %) z celkového počtu dotázaných. Ruský jazyk ovládají pouze 4 (3,92 %) respondentů ve věku od 19-30,9 let. Bez jazykových dovedností se zde vyskytuje 7 (6,86 %) dotázaných ve věku od 19-30,9 let.

U respondentů věku mezi 31-46,9 let je největší znalost ruského jazyka, a to u 15 (14,7 %) dotázaných. Z ostatních světových jazyků uvádí znalost anglického jazyka 2 (1,96

%) respondentů a znalost německého jazyka pak 8 (7,84%) dotázaných. 5 (4,9 %) respondentů nemá žádné jazykové znalosti.

Poslední věkovou skupinu 47 a více let charakterizuje znalost ruského jazyka, kterou udává 6 (5,88 %) dotázaných. U 3 respondentů je uvedena negace znalosti cizího jazyka.

## Položky 2 – Vztah mezi znalostí jazyka a schopností se dorozumět

Z porovnávaných položek vyplývá, že komunikaci v anglickém jazyce hodnotí 8 (7,84 %) respondentů jako bezproblémovou a s pacientem se domluví. U 37 (36,27 %) se vyskytuje odpověď, že se domluví s cizincem s obtížemi. U respondentů, kteří uvedli v položce dotazníku č. 10 znalost anglického jazyka současně uvádějí v položce č. 12, že s cizinci komunikují ve 2 (1,96 %) případech česky. 1 z dotázaných se v položce č. 12 nevyjádřil.

Při témže hodnocení německého jazyka jsme zjistili, že 5 (4,9%) z dotázaných je schopno se domluvit, a to bez větších potíží. Dalších 23 respondentů (22,54%) je sice schopno se domluvit, ale pociťují potíže při komunikaci. Zvláštností je, že 2 respondenti, sice německý jazyk ovládají, ale s cizinci komunikují v češtině. V jednom případě, respondent neodpověděl.

V korelačním hodnocení je zahrnut dále ruský jazyk, z jehož hodnocení vyplývá, že ve 2 (1,96 %) případech, jsou respondenti schopni se domluvit s cizincem. V 19 (18,62 %) zodpovězených dotaznicích, se vyjádřili respondenti, že v komunikaci s pacientem – cizincem se objevují potíže, přesto jsou schopni se dorozumět, 2 respondenti nejsou schopni se domluvit vůbec a ke zbylé odpovědi, tedy že s pacientem hovoří pouze česky se vyjádřili kladně 4 (3,92 %) dotázaní.

Respondenti, kteří udávali v našem dotazníkovém šetření znalost francouzského jazyka bylo relativně málo, i tito respondenti při subjektivním hodnocení efektivity komunikace s cizincem uvedli, že jsou schopni se s cizincem dorozumět, ale při komunikaci pociťují potíže.

V posledním řádku níže uvedené tabulky je hodnocen ještě italský jazyk, jehož znalost mají 2 respondenti. Ti se v dotazníku vyjádřili ke schopnosti se dorozumět s cizinci

kladně v 1 případě, kdy je respondent tedy schopen efektivní komunikace s pacientem – cizincem a další dotázaný v hodnocení efektivity komunikace má potíže, ale domluví se.

Tabulka 19: Porovnání jazykových znalostí a schopnosti se dorozumět v cizím jazyce

	schopen se domluvit	domluví se s obtížemi	nedomluví se	mluvím s cizinci česky	jiné/ neodpověděl
anglický j.	8	37	0	2	1
německý j.	5	23	0	2	1
ruský j.	2	19	2	4	0
francouzský	0	2	0	0	0
italský j.	1	1	0	0	0
španělský j.	0	0	0	0	0
jiný/neumím	0	2	4	7	1

### Položky 3 – Vztah mezi znalostí jazyka a řešením situace, kdy se respondent s pacientem nedorozumí

Zajímali jsme se o vztah mezi mírou schopnosti komunikovat s pacientem – cizincem v cizím jazyce a mezi alternativami pro řešení situací, kdy dochází k jazykové bariéře. Z těchto korelací vyplývá, že respondenti, kteří jsou schopni se domluvit využívají téměř ve shodném počtu spolupráci s osobou hovořící jazykem pacienta (7, tj. 6,86 %) či spolupracovníka, který ovládá cizí jazyk (8, tj. 7,84 %). Tito respondenti využívají názorné pomůcky k efektivní komunikaci pouze ve 4 (3,92 %).

Tlumočnických služeb bylo využito podle výpovědí respondentů u pracovníků, kteří svou dovednost komunikovat v cizím jazyce hodnotí jako: *domluví se s obtížemi*. Tuto odpověď uvedli respondenti 7krát, tj. 6,86 % z celkového počtu hodnocených dotazníků. Skupina těchto respondentů (58, tj. 56,86 %) při jazykové bariéře využívá pomoci kolegy hovořícího cizím jazykem pacienta či jiné osoby hovořící cizím jazykem (39, tj. 38,23 % respondentů). Z této skupiny dotazovaných pracovníků využívá zároveň při dorozumívání názorné pomůcky, těchto kladných odpovědí bylo 35 (34,31 %).



Respondenti, kteří se nedomluví cizím jazykem či hovoří s pacienty česky ve většině případů oslovují pro spolupráci osoby či spolupracovníky hovořící cizím jazykem pacienta. Hodnocením závislosti mezi schopností komunikace a alternativními řešeními jsme získali zajímavý výsledek, kterým je, že pracovníci hodnotí efektivitu komunikace s cizincem v bodu: *nedomluví se žádným cizím jazykem* přesto v položce dotazníku č. 14 nevybrali možnost, že využijí služeb tlumočnicka.

*Tabulka 20: Vztah mezi komunikační dovedností v cizím jazyce a alternativními řešeními*

	využití pomůcek	pomoc tlumočnicka	osoba hovořící cizím jazykem	kolega hovořící cizím jazykem
schopen se domluvit	4	2	7	8
domluví se s obtížemi	35	7	39	58
nedomluví se	2	0	4	4
mluvím s cizinci česky	2	1	4	8
jiné/neodpověděl	0	0	1	1

## DISKUZE

Diplomová práce se věnuje problematice komunikace mezi zdravotníkem a pacientem – cizincem. Zda se na vybraných pracovištích typu ARO a JIP vyskytuje komunikační jazyková bariéra. Jak je tato situace vnímána personálem, zda je pro ně stresující dorozumívat se při ošetřování cizinců a jaké používají alternativy řešení pro efektivitu komunikace.

Současně se vstupem České republiky do Evropské unie bylo velmi pravděpodobné, že se všichni občané a tedy i zdravotnický personál bude muset připravit na větší příliv cizinců, kteří se v naší republice vyskytují z různých důvodů, ať již pracovní, z turistických či studijních příležitostí anebo jako žadatelé o azyl či povolení k trvalému pobytu na území České republiky. V souvislosti s takovou situací, tedy výskytem cizinců v hostitelské zemi se objevují problémy týkající se nejen jazykových odlišností, ale i kulturních rozdílů mezi jednotlivými druhy etnik.

V zemích, kde je již tradiční příliv cizinců, jako je např. Švýcarsko, Kanada či Anglie, jsou reakce na kontakt s cizincem daleko mírnější a dá se říci, že i občané jsou připraveni na reakci, pokud jsou konfrontováni s příslušníky jiné kultury.

Základním předpokladem pro poskytování kvalitní ošetrovatelské, ale i lékařské péče je zhodnocení celkového stavu pacienta a komplexní pohled na člověka, zhodnocení aktuálního zdravotního stavu a reakcí na potřeby, které nejsou uspokojené, včetně těch, které souvisí s jeho kulturní odlišností a rodným jazykem. Tyto všechny aspekty je třeba zohlednit, pokud chceme pochopit pacienta i jeho reakce, protože je to i oblast psychosociální, která ovlivňuje celkový průběh i zotavování z nemoci. Zejména jazyková bariéra může mít negativní dopad na psychosociální složku psychiky během hospitalizace pacienta – cizince na jednotce intenzivní péče.

Z vyhledávání informací, jako podkladu pro tuto diplomovou práci vyplynulo, že v současné době se multikulturní ošetrovatelství a výchova k němu v České republice teprve rozvíjí v oblasti vědecké teorie a výzkumu. Důvodem je hlavně pozůstatek z dob komunistického režimu, kdy si lidé jsou sice vědomi určitých kulturních a etnických odlišností, ale vzdělávání v oblasti multikultury je potřebné i mezi mnohými odborníky.

Pojem multikultura a transkulturní ošetrovatelství je nejčastěji používán v souvislosti s M. Leiningerovou, která se již v 50. letech minulého století, zasloužila o jeho zavedení do osnov vysokoškolského specializačního studia sester ve Spojených státech.

Součástí vzdělávacích programů je i výuka cizího jazyka, ale řada vysokoškolských programů již cizí jazyk v sylabech přednášek neobsahuje nebo je v omezené míře, proto je záležitost studia cizího jazyka otázkou osobního rozvoje jednotlivce. To je důvod pro předpokládané problémy při komunikaci mezi zdravotním pracovníkem a pacientem – cizincem.

Návratnost dotazníků vlastní konstrukce byla do jisté míry ovlivněna i osobním kontaktem s nadřízenými pracovníky jednotlivých oddělení intenzivní péče a anesteziologicko-resuscitačních stanic. Celkový počet rozdaných dotazníků byl 150, protože jednotlivá pracoviště stanovila limit počtu přijatých dotazníků. Na mnohých pracovištích bylo kladně přijato osobní představení dotazníkového šetření a cílů výzkumu vrámci diplomové práce. Důležitým faktem bylo, že je práce zpracovávána během studia na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v oboru Intenzivní péče. Nejčastějším důvodem pro odmítnutí spolupráce pro dotazníkové šetření byl argument zvýšené zátěže pro personál vyplňováním dotazníků i stížnosti pracovníků na časté vyplňování dotazníků pro studenty.

Z výsledků výzkumného šetření můžeme hodnotit předem stanovené hypotézy následovně:

*H<sub>1</sub> – Předpokládáme, že 3/4 respondentů měli komunikační problém s ošetřením pacienta, jehož rodným jazykem není český jazyk*

Při testování této hypotézy jsme v dotazníkovém šetření položili respondentům otázky zda při výkonu svého povolání potřebovali komunikovat s pacientem cizincem, jak často (v časovém období 1 měsíce) a jaká nejpočetnější zastoupení jazyků se u těchto pacientů vyskytují.

Z výsledků je patrné, že se respondenti shodně 92 (90,19 %) vyjádřili pro potřebu komunikovat s cizincem při ošetrovatelské péči v cizím jazyce. Nejčastějším jazykem, kterým se pacienti dorozumívají je dle 87 (85,29 %) respondentů je anglický jazyk.

Dotazovaní dále uvádějí cizí jazyk: německý, a to 31 (30,39 %) a ruský jazyk u 27 (26,47 %) respondentů při komunikaci s pacientem cizincem v České republice.

V souvislosti s daným tématem byl předpokládán komplikovaný kontakt mezi pracovníkem a pacientem hovořícím cizím jazykem. V položce č. 12 dotazníku měli

respondenti zhodnotit subjektivně míru efektivity komunikace s pacientem cizincem. Nejpočetnější skupinou odpovědí bylo: „*domluví se, ale s obtížemi*“. Tako odpověď byla vybrána 74 (72,54 %) respondentů. Zajímavým výsledkem je, že 16 (15,68 %) dotázaných uvádí, že neovládají komunikaci v cizím jazyce a používají během ošetrovatelské péče u těchto pacientů český jazyk. Přitom pouze 12 (11,76 %) respondentů nepovažuje dorozumívání v cizím jazyce jako problematické.

Podle stanovené hypotézy, kdy jsme předpokládali, že 75 % respondentů uvede komunikační obtíže se podle zjištěných výsledků hypotéza *potvrzuje*.

*H<sub>2</sub> – Předpokládáme, že 1/2 respondentů se vyhýbá komunikaci s pacientem, jehož rodným jazykem není český jazyk.*

Tento předpoklad jsme testovali v položce č. 12 a č. 14, kde byla hypotéza zkoumána prostřednictvím odpovědi: *mluvím s cizinci česky, zavolám tlumočnicka, požádám o spolupráci osobu hovořící jazykem pacienta či kolegu*. Pomůcky pro efektivní a názornou komunikaci v cizím jazyce využívá pouze 39 (38,23 %) dotázaných pracovníků. Vzájemná spolupráce v ošetrovatelském týmu se využívá v rámci řešení komunikačních bariér, 73 (71,56 %) respondentů v těchto situacích žádá o pomoc právě kolegu ve směně. 54 (52,94 %) vyzývá ke spolupráci rodinné příslušníky či jiné osoby hovořící jazykem pacienta. V 10 (9,8 %) případech byl využit tlumočnick. Při hodnocení položky 11 (19,6 %) respondentů vyjádřilo v souvislosti s položkou č. 11, že se komunikaci s cizincem vyhýbají, a tím snižují míru svého psychického zatížení z náročné situace. Vzhledem k tomu, že alternativní komunikační názorné pomůcky využívá pouze 39 (38,23 %) respondentů, je patrné, že se rovněž pouze tito respondenti snaží navázat komunikaci s pacientem cizincem. I přes tato zjištění však hypotéza *nebyla potvrzena*.

*H<sub>3</sub> – Předpokládáme, že 1/4 respondentů neovládá komunikaci v žádném cizím jazyce.*

Pro zodpovězení pravdivosti této hypotézy jsme použili položky č. 10 a č. 12, kde jsme zjišťovali, jaké umí respondenti cizí jazyky a na jaké úrovni (dle subjektivního hodnocení). 46 (45,09 %) dotazovaných uvedlo znalost anglického jazyka, tento jazyk je přitom nejčastěji uváděn respondenty ve věkovém rozptylu 19-30,9 let a těch je 44 (43,13 %) z celkového počtu 102 dotázaných. 15 (14,7 %) respondentů uvádí, že neovládají žádný cizí jazyk. Z korelační položky týkající se vztahu mezi závislostí jazykových znalostí a schopnosti dorozumět se vyjadřují respondenti takto: 6krát se objevila odpověď: *nedomluví se*

se žádným cizím jazykem, 15krát byla vybrána varianta: *komunikuji s pacienty českým jazykem* a 3krát respondenti neodpověděli. Hypotéza *nebyla potvrzena*.

H<sub>4</sub> - *Předpokládáme, že 1/2 respondentů pociťuje psychické zatížení při ošetřování pacientů cizinců.*

K zodpovězení tohoto předpokladu byla zařazena do dotazníku položka č. 11, kde se dotazujeme na pocit míry psychické zátěže při komunikaci s pacientem – cizincem. U 36 (35,29 %) dotazovaných pociťuje situaci jako stresovou, protože se s pacientem společně vůbec nedomluví. Pocit napětí a stresu vnímají respondenti i v případě, že se domluví s pacientem dle jejich subjektivního hodnocení uspokojivě, takovou variantu odpovědi vybralo 31 (30,39 %) dotázaných. Variantu odpovědi vyjadřující obrannou intervenci proti psychickému zatížení: *ne, vyhýbám se komunikaci s cizinci a žádám o pomoc kolegu*, vybralo 20 (19,6 %) dotazovaných. Pokud bychom obě varianty odpovědi zařadili jako kladné parametry pro potvrzení hypotézy, byla tato potvrzena počtem 67 (65,68 %) respondentů.

H<sub>5</sub> – *Předpokládáme, že 3/4 respondentů mají problém se zajištěním edukace pacienta v jeho rodném jazyce.*

Hypotézu č. 5 jsme ověřovali dotazníkovou položkou č. 14 a č. 15, týkající se existence a dostupnosti písemných materiálů včetně edukačních dokumentů v různých cizích jazycích, protože ze zákona č. 20/1966 Sb. i kodexu práv pacientů má pacient právo na respektování svého kulturního původu a právo na informace v jejich rodném jazyce.

*Kladně* se k odpovědi o přítomnosti cizojazyčných dokumentů na dotazovaných pracovištích vyjádřilo celkem 55 z respondentů, což je 53,92 %. U 27 dotázaných se vyskytla odpověď *ne*, to je u 26,47 %, zbylých 20 (19,6 %) respondentů udává, že *neví*, zda tyto dokumenty mají pro ošetřování cizinců vypracovány. 47 (46,07 %) tedy není dostatečné množství respondentů pro potvrzení hypotézy.

Varianty cizojazyčných dokumentů jsou na prvních třech místech, angličtina v 72 případech, což je 70,58 %, dále němčina u 39 (38,23 %) a ruština u 37 (36,27 %) respondentů. Tyto varianty překladů jsou prakticky shodné s dotazem v položce 8, kde jsme zjišťovali zastoupení cizinců a jejich jazyků pro komunikaci.

Hypotéza *nebyla potvrzena*.

## ZÁVĚR

Oblast komunikace a multikulturního ošetrovatelství je velmi rozsáhlé téma a oboje je samostatným vědním oborem. V posledních desetiletích je trendem cestování, ať již za prací, studiem či ze záliby, nebo cestují lidé jako žadatelé o trvalý pobyt v žádané zemi. Proto jsme teoretickou část věnovali nejdůležitějším faktům z oblasti komunikace a vymezení pojmů pro multikulturní přístup k ošetrování pacientů – cizinců.

Během vyhledávání informací a studia teoretických podkladů pro tuto diplomovou práci jsme narazili na několik problematických oblastí, které je třeba ještě propracovat a hlavně je představit zdravotnickému personálu a připravit je na konfrontaci s cizinci při výkonu jejich povolání. Na závěr předkládáme shrnutí nejdůležitějších výsledků diplomové práce.

Jedním z našich cílů bylo *analyzovat připravenost respondentů komunikovat s pacientem – cizincem v jeho rodném, popřípadě „třetím jazyce“, který je srozumitelný pro oba účastníky komunikace.*

Za pomoci dotazníkového šetření se u zkoumaného statistického vzorku potvrdil předpoklad  $H_1$ , že u  $\frac{3}{4}$  respondentů se vyskytne komunikační problém při ošetrování cizinců. Vzhledem ke stanovenému cíli byla stanovena další hypotéza,  $H_2$ , kterou jsme předpokládali, že  $\frac{1}{2}$  respondentů bude problematiku komunikace s ošetrovaným cizincem řešit únikem, tedy vyhýbáním se konverzovat a komunikovat s takovým pacientem. Tato hypotéza se při statistickém vyhodnocování nepotvrdila.

V souvislosti s tímto cílem byla další testovaná  $H_3$ , kde jsme předpokládali, že  $\frac{1}{4}$  respondentů neovládá komunikaci v žádném cizím jazyce. Tato hypotéza se nám nepotvrdila, protože pouze 15 respondentů ze celkového počtu dotázaných respondentů se vyjádřila v dotazníku, že se nedomluví žádným cizím jazykem.

Naším cílem bylo také *zkoumat, jak respondenti vnímají péči o pacienty – cizince, popřípadě členy jiných etnických skupin.* Zodpovězení této otázky jsme testovali  $H_4$ , kde jsme u statistického vzorku respondentů předpokládali, že polovina z nich pociťuje psychické zatížení při ošetrování pacientů – cizinců. V souvislosti s touto hypotézou byla v dotazníku položka č. 11. Ze statistického vyhodnocení vyplývá, že u 36 respondentů (35,29 %) je stres pociťován, protože se s pacientem nedomluví vůbec. U dalších 31 respondentů (30,39 %) je sice stres pociťován, ale dorozumění s cizincem při ošetrování hodnotí jako uspokojivé.

Pokud bychom obě varianty kladných odpovědí zařadili jako společně hodnocený parametr, pak by se hypotéza potvrdila v počtu 67 respondentů (65,68 %).

Vzhledem ke zjištěným údajům bychom navrhovali některá opatření. Jednalo by se např. o vzdělávací akce týkající se multikulturního ošetrovatelství a kulturních specifik jednotlivých skupin. Doporučovali bychom aktivní prezentaci této problematiky na seminářích a pracovních schůzkách.

Důležitým bodem našich doporučení je i informovanost pracovníků o standardizovaných pracovních postupech a vlastně i posílení motivace jejich zájmu o související dokumentaci. Z našeho dotazníkového šetření totiž vyplynulo, že téměř polovina, konkrétně 46, tedy 45,09 % respondentů vůbec neví, zda je pro jejich pracoviště vypracován standardní pracovní postup pro ošetrování pacienta – cizince. Z toho vyplývá jejich nedostatečná informovanost pro řešení problematických situací, které mohou nastat, zvláště při nutnosti edukace cizinců.

S tímto problémem souvisela i H<sub>5</sub>, kde jsme předpokládali, že ¾ respondentů má problém se zajištěním edukace pacienta v jeho rodném jazyce. Tuto hypotézu jsme ověřovali dotazníkovou položkou č. 14 a 15 týkající se existence a dostupnosti písemných materiálů včetně edukačních dokumentů v různých cizích jazycích. K přítomnosti cizojazyčných dokumentů se kladně vyjádřilo celkem 55 respondentů (53,92 %). Zbylých 47 dotázaných si není jisto, nebo neví, zda tyto dokumenty mají k dispozici, a proto hypotéza nebyla potvrzena.

Při dotazu na varianty cizojazyčných dokumentů nám nejčastěji dotazovaní odpovídali prakticky shodně jako v položce 8, kde jsme se ptali na zastoupení cizinců a jejich jazyků. Lze tedy předpokládat, že dokumenty vznikají v závislosti na frekvenci a druhu ošetrovaných cizinců na pracovištích respondentů.

Posledním cílem, při psaní diplomové práce, bylo *zkoumat, zda mají respondenti možnost dorozumívat se s cizincem prostřednictvím alternativních komunikačních prostředků*. Pro účely zjištění tohoto cíle byla v dotazníku vytvořena položka s číslem 14, v níž měli dotázaní vyjádřit, jak řeší situaci, pokud se s nemocným cizincem nedorozumí z důvodu jazykové bariéry. Zajímavostí je, že u 73 (71,56 %) odpovědí se jako nejčastější alternativu řešení vyskytla pomoc kolegy, který hovoří jazykem pacienta. Další nejčastěji se vyskytovanou odpovědí bylo v 54 případech (52,94 %) bylo požádat o pomoc tlumočnicka neprofesionála, tedy osobu, která ovládá jazyk pacienta, jako je rodina apod. Na třetím místě

se umístila varianta využití pomůcek pro názornost komunikace, jako jsou piktogramy, mimika, gesta, či instruktážní video.

Závěrem je třeba říci, že situace se stává náročnou pro obě skupiny komunikujících osob, tedy jak na straně ošetrovatelského personálu, tak i pro samotné příjemce péče, kteří se v situaci mohou dostat do mnohem výraznější pasivní role. Jazyková bariéra tak velmi omezuje existující a nutnou účast pacienta na ošetrovatelské, ale i léčebné složce péče. Velmi zajímavé by jistě bylo i porovnání vnímání náročné situace během dorozumívání pacientem v těžkém stavu a současně pečujícími osobami, které nebylo možno realizovat již v rámci výzkumu tohoto rozsahu.



## Seznam použité literatury

1. BRADSHAW, M. BS<sup>A</sup>, TOMANY-KORMAN, S. MS<sup>A</sup>, FLORES, G. MD<sup>b,c</sup>  
Language Barriers to Prescriptions for Patients With Limited English Proficiency: A Survey of Pharmacies. *PEDIATRICS* Vol. 120 No. 2 August 2007, pp. e225-e235 (doi:10.1542/peds.2006-3151). [2011-03-26].[online]. Dostupné na WWW:<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>> [PubMed].
2. HONZÁK, R. *Komunikační pasti v medicíně*. 2. vyd. Praha: Galén, 1997,1999. ISBN 80-7262-032-0.
3. IVANOVÁ, K., ŠPIRUNDOVÁ, L., KUTNOHORSKÁ, J. *Multikulturní ošetrovatelství I*. Grada: Praha 2005. ISBN 80-247-1212-1.
4. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 352 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
5. KUTNOHORSKÁ, J. Multikulturní/transkulturní komunikace. *Interní Med.* roč. 7, č. 2 (2006) s. 96-98. [2011-03-26].[online]. Dostupné na WWW:<[http://eifzvip.cz/dokumenty/elektronicka\\_knihovna/Multikulturni\\_komunikace.pdf](http://eifzvip.cz/dokumenty/elektronicka_knihovna/Multikulturni_komunikace.pdf)>.
6. kolektiv autorů *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče*. Ostrava: Ostravská univerzita Ostrava, 2003. ISBN 80-7042-344-7.
7. NGO-METZGER, Q., MASSAGLI, M., CLARRIDGE, B., MANOCCHIA, M., DAVIS, R. B., IEZZONI, L., PHILLIPS, R. S. Linguistic and Cultural Barriers to Care. *J. Gen Intern Med.* 2003 January; 18(1): 44–52. 2011-03-26.[online]. Dostupné na WWW:<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>> [PubMed]
8. PLEVOVÁ, I., SLOWIK, R. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada, 2010. 256 s. ISBN 978-80-247-2968-8.
9. POKORNÁ, A. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada, 2010. 160 s. ISBN 978-80-247-3271-8.
10. PRŮCHA, J., *Interkulturní komunikace*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3069-1.

11. ROWLAND, M. L. Enhancing Communication in Dental Clinics with Linguistically Different Patients. *J Dent Educ.* 72(1): 72-80 2008. [2011-03-26]. [online]. Dostupné na WWW:<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>> [PubMed]
12. SCHNEIDEROVÁ, A., SCHNEIDER M. *Komunikační dovednosti*. Ostrava: Ostravská univerzita – FF, katedra Psychologie a sociální práce, 2008. ISBN 978-80-7368-268-2.
13. ŠPIRUDOVÁ, L., TOMANOVÁ, D., KUDLOVÁ, P., HALMO, R. *Multikulturní ošetřovatelství II*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1213-X.
14. ŠPIRUNDOVÁ, L., BURSOVÁ, J., TOMANOVÁ, D., PRŮCHOVÁ, E. *Multikulturní ošetřovatelství ve vzdělávání sester na středních a vyšších zdravotnických školách*. [online]. [cit. 2011-03-26] Dostupný na WWW:<[http://www.eifzvip.cz/dokumenty/elektronicka\\_knihovna/osetrovatelstvi\\_vzdelavani.pdf](http://www.eifzvip.cz/dokumenty/elektronicka_knihovna/osetrovatelstvi_vzdelavani.pdf)>.

**Dále jsme informace získali na těchto internetových zdrojích:**

15. *Počet cizinců v ČR*. [online]. [cit. 2011-04-10] Dostupný na WWW:<[http://www.czso.cz/csu/cizinci.nsf/kapitola/ciz\\_pocet\\_cizincu](http://www.czso.cz/csu/cizinci.nsf/kapitola/ciz_pocet_cizincu)>.
16. *Language barrier*. [online]. [cit. 2011-03-26] Dostupný na WWW:<[http://en.wikipedia.org/wiki/Language\\_barrier](http://en.wikipedia.org/wiki/Language_barrier)>.
17. *Transkulturní ošetřovatelství*. [online]. [cit. 2011-03-26] Dostupný na WWW:<[http://cs.wikipedia.org/wiki/Transkulturní\\_ošetřovatelství](http://cs.wikipedia.org/wiki/Transkulturní_ošetřovatelství)>.
18. *Řečové jednání*. [online]. [cit. 2011-03-26] Dostupný na WWW:<[http://cs.wikipedia.org/wiki/Řečové\\_jednání](http://cs.wikipedia.org/wiki/Řečové_jednání)>.
19. *Interkulturní komunikace* [online]. [cit. 2011-03-02] Dostupný na WWW:<<http://czechkid.cz/si1320.html>>
20. *National Review of Nursing Education*. [online]. [cit. 2011-03-02] Dostupný na WWW:<[http://www.dest.gov.au/archive/highered/nursing/pubs/multi\\_cultural/5.htm](http://www.dest.gov.au/archive/highered/nursing/pubs/multi_cultural/5.htm)>
21. *Efektivní komunikace v interkulturním prostředí*. [online]. [cit. 2011-03-02] Dostupný na WWW:<[www.epolis.cz/download/pdf/publications\\_12\\_1.pdf](http://www.epolis.cz/download/pdf/publications_12_1.pdf)>

22. *Multikulturní ošetrovatelství, kultura*[online]. [cit. 2011-03-26] Dostupný na WWW:< [http://www.wikiskripta.eu/index.php/Multikulturn%C3%AD\\_o%C5%A1et%C5%99ovatelstv%C3%AD#Kultura](http://www.wikiskripta.eu/index.php/Multikulturn%C3%AD_o%C5%A1et%C5%99ovatelstv%C3%AD#Kultura)
23. *Transkulturní ošetrovatelství – shrnutí v 9 bodech*[online]. [cit. 2011-03-02] Dostupný na WWW:< [http://www.cizinci.cz/files/clanky/115/osetrovatelstvi\\_vzdelavani.pdf](http://www.cizinci.cz/files/clanky/115/osetrovatelstvi_vzdelavani.pdf) >.

## **Přehled tabulek**

Tabulka 1: Věk respondentů.....	35
Tabulka 2: pohlaví respondentů.....	36
Tabulka 3: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů.....	36
Tabulka 4: Pracovní zařazení respondentů.....	37
Tabulka 5: Počet odpracovaných let ve zdravotnictví.....	38
Tabulka 6: Potřeba komunikace v cizím jazyce při poskytování ošetrovatelské péče.....	39
Tabulka 7: Cizinci a jejich jazyková vybavenost.....	41
Tabulka 8: Četnost pacientů - cizinců v časovém intervalu / 1měsíc.....	42
Tabulka 9: Znalost cizích jazyků u personálu JIP, ARO.....	43
Tabulka 10: Míra psychické zátěže pro ošetřující personál při ošetrování cizince.....	44
Tabulka 11: Úroveň znalosti cizího jazyka.....	45
Tabulka 12: Výskyt problémů způsobených etnicko-kulturními rozdíly.....	46
Tabulka 13: Problémy zapříčiněné etnicko-kulturní odlišností.....	47
Tabulka 14: Alternativní postupy při jazykové komunikační bariéře.....	49
Tabulka 15: Písemné dokumenty v cizích jazycích.....	50
Tabulka 16: Dostupnost dokumentů v cizích jazycích.....	51
Tabulka 17: Standardní pracovní postup pro ošetrování cizince.....	53
Tabulka 18: Vyhledání tlumočnických služeb.....	54
Tabulka 19: Porovnání jazykových znalostí a schopnosti se dorozumět v cizím jazyce.....	56
Tabulka 20: Vztah mezi komunikační dovedností v cizím jazyce a alternativními řešeními.....	57

## **Přehled grafů**

Graf 1: Pohlaví respondentů.....	36
Graf 2: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů.....	37
Graf 3: Počet odpracovaných let ve zdravotnictví.....	39
Graf 4: Potřeba komunikace v cizím jazyce při poskytování ošetrovatelské péče.....	40
Graf 5: Cizinci a jejich jazyková vybavenost.....	41
Graf 6: Četnost pacientů - cizinců v časovém intervalu / 1 měsíc.....	42
Graf 7: Znalost cizích jazyků u personálu JIP, ARO.....	43
Graf 8: Míra psychické zátěže pro ošetřující personál při ošetrování cizince.....	45
Graf 9: Úroveň znalosti cizího jazyka.....	46
Graf 10: Výskyt problémů způsobených etnicko - kulturními rozdíly.....	47
Graf 11: Problémy zapříčiněné etnicko-kulturní odlišností.....	48
Graf 12: Alternativní postupy při jazykové komunikační bariéře.....	49
Graf 13: Písemné dokumenty v cizích jazycích.....	50
Graf 14: Dostupnost dokumentů v cizích jazycích.....	52
Graf 15: Standardní pracovní postup pro ošetrování cizince.....	53
Graf 16: Vyhledání tlumočnických služeb.....	54

## **Přílohy**

Příloha 1: Dotazník vlastní konstrukce

Příloha 2: Práva pacientů

Příloha 3: Cizinci v ČR

Příloha 4: Cizinci podle typu pobytu, pohlaví a státního občanství

Příloha 5: Hospitalizovaní cizinci v nemocnicích podle příčin hospitalizace v roce 2009

Příloha 6: Ukázka komunikačních karet

Příloha 7: Model „vycházejícího slunce“ (podle M. Leininger, 2002)

Příloha 8: Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s ukončením studia

Příloha 9: Právní aspekty informovaného souhlasu pacienta