

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA**

**V PLZNI**

**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2012**

**Martina Peterová**

**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

Studijní program: Ošetřovatelství B 5341

**Martina Peterová**

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**JAZYKOVÁ PŘIPRAVENOST SESTER NA  
OŠETŘOVÁNÍ PACIENTŮ Z RŮZNÝCH STÁTŮ EU**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Jandíková, DiS.

PLZEŇ 2012

**Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem svou bakalářskou práci vypracovala samostatně, pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

V Plzni dne.....

.....

Vlastnoruční podpis

### **Poděkování**

Ráda bych poděkovala své vedoucí práce paní Mgr. Zuzaně Jandíkové, DiS. za odborné vedení práce, za její čas, trpělivost a cenné rady. Velké díky patří i respondentům, kteří se zúčastnili mého výzkumného šetření a také mojí rodině za podporu a pevné nervy.

Martina Peterová

## **Anotace**

Příjmení a jméno: Peterová Martina

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Jazyková připravenost sester na ošetrování pacientů z různých států EU

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Jandíková, DiS.

Počet stran: 64

Počet stran – nečíslované: 13

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 20

Klíčová slova: Evropská unie, jazyková připravenost, pacient cizinec, transkulturální komunikace, všeobecná sestra

Souhrn: V teoretické části bakalářské práce se nejdříve zaměřuji na státy a jazyky Evropské unie. Dále na pojem pacient cizinec, jejich výskyt na území České republiky a na ošetrovatelskou péči o pacienty cizince. Velmi rozsáhle se v práci zabývám také komunikací s pacienty z různých států EU a v poslední řadě jazykovým vzděláváním sester. V praktické části práce jsem si zvolila kvantitativní výzkum pomocí dotazníků, které byly určeny všeobecným sestřím a byly rozdány v pěti „velkých“ a pěti „malých“ nemocnicích po celé ČR. Z těchto údajů budou vycházet výsledky, které jsem zaznamenala do tabulek a grafů.

## **Annotation**

Surname and name: Peterová Martina

Department: Nursing and midwifery

Title of thesis: Language readiness of nurses to treat patients from across the EU

Consultant: Mgr. Zuzana Jandíková, DiS.

Number of pages – numbered: 64

Number of pages – unnumbered: 13

Number of appendices: 3

Number of literature items used: 20

Keywords: European union, language readiness, nurse, patient is foreigner, transcultural communication

Summary: The theoretical part of my bachelor thesis is focused on the states and languages of the European Union. Then I deal with the term foreign patients and their occurrence in the Czech medical institutions. I solve aspects of the medical care of these patients. The important part of my bachelor thesis is the analyse of specificity in communication with patients from various states of the European Union. I deal with language education of nurses too.

In the practical part of my bachelor thesis I used quantitative method of research by means of questionnaires. The questionnaires were made for nurses and were given out in five „large“ and five „small“ hospitals all over the Czech Republic. The results of my research are based on collected material. The results are put down into the charts and graphs.

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>10</b>
<b>1 EVROPSKÁ UNIE</b> .....	<b>11</b>
<b>1.1 Členské Státy EU</b> .....	<b>11</b>
<b>1.2 Jazyky EU</b> .....	<b>11</b>
<b>2 PACIENT CIZINEC</b> .....	<b>13</b>
<b>2.1 Výskyt cizinců na území ČR</b> .....	<b>13</b>
<b>2.2 Zdravotní péče o cizince</b> .....	<b>14</b>
<b>2.3 Problematika migrace ze zdravotního hlediska</b> .....	<b>15</b>
2.3.1 Potencionální rizika migrantů jako skupiny .....	16
<b>3 KOMUNIKACE</b> .....	<b>19</b>
<b>3.1 Verbální komunikace</b> .....	<b>20</b>
3.1.1 Interkulturní rozdíly ve verbální komunikaci.....	20
<b>3.2 Neverbální komunikace</b> .....	<b>21</b>
<b>3.3 Transkulturální komunikace</b> .....	<b>24</b>
3.3.1 Ošetrovatelské intervence při poskytování péče klientovi z jiné kultury .....	25
3.3.1.1 Komunikační karty (piktogramy) .....	26
3.3.1.2 Tlumočení.....	27
<b>4 JAZYKOVÉ VZDĚLÁVÁNÍ</b> .....	<b>28</b>
<b>4.1 Společný evropský referenční rámec pro jazyky</b> .....	<b>28</b>
4.1.1 Společné referenční úrovně.....	31
<b>4.2 Procesy učení se jazyku</b> .....	<b>32</b>
<b>4.3 Učební plány zdravotnických škol</b> .....	<b>33</b>
<b>5 FORMULACE PROBLÉMU</b> .....	<b>38</b>
<b>5.1 Cíl a úkol průzkumu</b> .....	<b>38</b>
<b>5.2 Metodika výzkumu</b> .....	<b>38</b>
<b>5.3 Hypotézy</b> .....	<b>39</b>
<b>5.4 Prezentace získaných údajů</b> .....	<b>40</b>

<b>6</b>	<b>DISKUZE .....</b>	<b>58</b>
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>64</b>
	<b>LITERATURA A PRAMENY</b>	
	<b>SEZNAM GRAFŮ</b>	
	<b>SEZNAM TABULEK</b>	
	<b>SEZNAM PŘÍLOH</b>	
<b>7</b>	<b>PŘÍLOHY</b>	



## ÚVOD

Tématem mé bakalářské práce je jazyková připravenost sester na ošetřování pacientů z různých států Evropské unie (dále jen EU). Myslím si, že tato problematika je velmi aktuální z důvodu globalizace naší společnosti. Otevření hranic po roce 1989 jsou příčinou toho, že se Česká republika (dále jen ČR) postupně stává nejen emigračním, ale i imigračním státem. Cizinci přicházejí do ČR z různých důvodů, ať už se jedná o cestování za poznáním, dovolené, pracovní příležitosti, studia apod. Ale migrace není vždy dobrovolná. Války, hlad, přírodní katastrofy, změny režimů či náboženské pronásledování nutí mnoho lidí po celém světě opustit svoji zemi a hledat si domov jinde.

Ošetrovatelská péče o příslušníky jiných kultur se v současné době stává běžným jevem. Sestry by se měly v tomto směru snažit o integraci cizinců do naší společnosti. Toto zapojení ovšem provází mnoho komplikací, které souvisí se stresem, kulturním šokem, ekonomickou situací, nepřijetím majoritní společností a v neposlední řadě i neznalostí cizího jazyka. Komunikace je výchozím bodem pro ošetrovatelství a práci s pacientem, jazykové bariéry představují zásadní problém. Potřeba efektivní komunikace nevyhází pouze z dobré vůle sester, ale i zákonných požadavků na poskytování ošetrovatelské péče. Opomenutí mezinárodní a národní legislativy vystavuje pacienta riziku špatně poskytnuté péče a zdravotnické zařízení riziku možného pozdějšího soudního sporu. Proto je vhodné, a dnes už téměř nezbytné, aby měl zdravotnický personál jazykové znalosti. Existuje ale i řada jiných způsobů, jak se dorozumět s pacientem cizincem, pomocí tzv. alternativních způsobů komunikace. (1, 5)

Hlavním cílem mé práce bylo zjistit jazykovou připravenost sester na ošetřování pacientů hovořících cizím jazykem, popřípadě navrhnout možné způsoby řešení této problematiky. Snažila jsem se oslovit co největší počet respondentů (všeobecných sester) v několika nemocnicích a zmapovat, v jaké míře se sestry setkávají s péčí o pacienty z různých států EU. Dále jak zvládají tyto situace a také, co by podle nich vedlo ke zlepšení do dalších let.

# 1 EVROPSKÁ UNIE

Pojem Evropská unie je fenoménem dnešní doby. Je to politická realita, k níž je možné se hlásit, kterou lze odmítat, ale rozhodně její existenci nemůžeme přehlížet. Česká Republika se stala členem EU dnem 1. 5. 2004 po předchozím přípravném období. Evropská unie bývá přirovnávána ke společnému domu, ve kterém její národy žijí pod jednou střešou v míru, spolupráci a prosperitě. Milionům lidí pomohla zvýšit životní úroveň, dala vzniknout společné evropské měně a postupně buduje jednotný evropský trh, který umožňuje volný pohyb osob, zboží, služeb a kapitálu mezi členskými státy. Od roku 2009 se v eurozóně postupně šíří dluhová krize, její příčinou je vysoký veřejný dluh části eurozóny. (20, 14)

## 1.1 Členské Státy EU

Evropská unie je svého druhu ojedinělé společenství 27 evropských zemí, které spojuje hospodářské a politické partnerství. Zakládajícími členy dnešní EU byly v roce 1952 Belgie, Francie, Itálie, Lucembursko, Německo a Nizozemsko – takzvaná „šestka“. K prvnímu rozšíření tehdejších Evropských společenství došlo až o 21 let později v roce 1973. V tento rok byly za členy přijaty Dánsko, Irsko a Spojené království. V roce 1981 se Evropská společenství rozšířila o Řecko, to bylo v roce 1986 následováno Portugalskem a Španělskem – rozšíření druhé a třetí, tzv. jižní. Čtvrté rozšíření – zvané severní – v roce 1995 přidalo k EU další tři země, a to Finsko, Rakousko a Švédsko. Společně s těmito zeměmi vyjednávalo o členství v EU také Norsko, ale jeho obyvatelstvo nakonec vstup odmítlo v referendu. Norsko ale zůstává člen Evropského sdružení volného obchodu (ESVO). Předposlední rozšíření EU – zvané východní proběhlo 1. května 2004, kdy se Unie rozšířila o 10 zemí. O Česko, Estonsko, Kypr, Litvu, Lotyšsko, Maďarsko, Maltu, Polsko, Slovensko, a Slovinsko. Zatím k poslednímu, šestému, rozšíření došlo 1. ledna 2007, kdy se členy Unie stalo Rumunsko a Bulharsko. (6, 20)

## 1.2 Jazyky EU

Evropská unie je dnes domovem 450 milionů lidí z různých etnických, kulturních a jazykových oblastí. V současnosti uznává dvacet tři úředních a pracovních jazyků. Jsou jimi angličtina, bulharština, čeština, dánština, estonština, finština, francouzština, irština,

italština, litevština, lotyština, maďarština, maltština, němčina, nizozemština, polština, portugalština, rumunština, řečtina, slovenština, slovinština, španělština a švédština. Navíc se v této zeměpisné oblasti mluví přibližně 60 dalšími původními nebo nepůvodními jazyky. V roce 1958 bylo přijato první nařízení Společenství, které se týkalo právě úředních jazyků. Úředními a pracovními jazyky Společenství stanovilo francouzštinu, italštinu, němčinu a nizozemštinu. Byly to jazyky tehdejších členských států. Protože ke Společenství a později EU přistupovaly další země, zvýšil se od té doby také počet jazyků. Nicméně je počet úředních jazyků nižší než počet členských států, protože některé jazyky se používají ve více státech. (7)

Termín mnohojazyčnost odkazuje jak na situaci, v níž se v rámci určité zeměpisné oblasti mluví několika jazyky, tak na schopnost člověka naučit se cizí jazyky. Mnohojazyčnost je klíčovým znakem Evropy v obou svých významech. Výhody znalosti cizích jazyků jsou nezpochybnitelné. Jazyky jsou cestou k porozumění jiným způsobům života, což zase na oplátku otevírá prostor pro mezikulturní toleranci. Kromě toho znalost jazyků usnadňuje práci, studium i cestování po Evropě a umožňuje mezikulturní komunikaci. Evropská unie je mnohojazyčnou institucí, která podporuje ideál jednotného Společenství s rozmanitostí kultur a jazyků. Aby tohle Evropská komise zaručila, přijala v listopadu 2005 první sdělení Komise, které se zabývá otázkami mnohojazyčnosti. Tři ústřední cíle politiky Komise v oblasti mnohojazyčnosti jsou povzbuzovat učení jazyků, podporovat zdravou mnohojazyčnou ekonomiku a poskytnout všem občanům EU přístup k právním předpisům a postupům Unie a informacím o ní v jejich vlastním jazyce. Pokud jde o pracovní dokumenty, do všech jazyků se jich z časových a finančních důvodů překládá málo. Jako procedurální jazyky využívá Evropská komise zpravidla angličtinu, francouzštinu a němčinu. (20, 7)

## 2 PACIENT CIZINEC

Cizincem rozumíme podle platných právních předpisů ČR, fyzickou osobu, která není občanem republiky. Cizinci mají podle Listiny (č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod) zaručeny základní práva a svobody stejné, jako občané České republiky, včetně práva na ochranu zdraví a tím i na nezbytnou zdravotní péči. Některé právní předpisy však pro cizince zavádí jiný režim, než pro české občany. (9)

V paragrafu 30 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu je uvedeno přímé ustanovení o léčebně preventivní péči o cizí státní příslušníky. Podle tohoto zákona se cizincům pobývajícím na území České republiky poskytuje zdravotní péče za prvé bezplatně na základě mezinárodních smluv, jimiž je ČR vázána, za druhé bez přímé úhrady na základě veřejného zdravotního pojištění a za třetí za přímou úhradu. Jednotlivé formy jsou závislé na statutu cizince. (9, 16)

### 2.1 Výskyt cizinců na území ČR

Pobyt cizinců v České republice se řídí zákonem č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců, a z části také zákonem č. 325/1999 Sb., o azylu, ve znění pozdějších úprav. Vstup, pobyt a vycestování z území České republiky je v kompetenci Ministerstva vnitra ČR, Ministerstva zahraničních věcí ČR a Policie ČR. Cizinec může na území republiky pobývat přechodně nebo trvale. V současné době můžeme ve zjednodušené podobě rozlišovat následující kategorie cizinců pobývajících na území Česka. První kategorií jsou občané EU (včetně Norska, Švýcarska, Islandu a Lichtenštejnska) a jejich rodinní příslušníci – registrovaní bez povolení k přechodnému či trvalému pobytu, s povolením k přechodnému pobytu, s povolením k trvalému pobytu. Druhou kategorií tvoří občané třetích zemí (tj. cizinci mimo občanů EU, Evropského hospodářského prostoru – EHP a Švýcarska) – pobývajících krátkodobě (do 90 dnů) s vízem či bez víza, s vízy nad 90 dnů (platí 1 rok, nelze prodloužit), s povolením k dlouhodobému pobytu (navazuje na víza nad 90 dnů, platí zpravidla 1 rok, lze prodloužit), s povolením k trvalému pobytu. Třetí jsou cizinci se statusem mezinárodní ochrany (azylem) a čtvrtou, poslední kategorií tvoří registrovaní žadatelé o mezinárodní ochranu (azyl). (3)

Počet legálně pobývajících cizinců (tj. s vízy nad 90 dní nebo s některým z typů povolení k pobytu, včetně registrovaných občanů EU) na území ČR v roce 2010 mírně poklesl, a to na 424 tisíc (v roce 2009 jich bylo 433 tisíc). Z toho 98 % tvořili cizinci

pobývajících na území ČR 1 rok a déle. Podíl žen, cizinek z celkového počtu cizinců oproti roku 2009 mírně vzrostl na 43 %. (3)

Věková struktura cizinců vykazuje oproti věkové struktuře majoritní populace určité odlišnosti, které lze vysvětlit převažujícími ekonomickými motivy migrace cizinců do ČR, tzn. většina z nich přichází za výdělkem. Silně jsou zastoupeny zejména věkové kategorie mladšího produktivního věku (25-39 let). V tomto věkovém rozmezí se ke konci roku 2010 nacházelo 41 % všech legálně pobývajících cizinců. Naopak velmi nízké podíly v porovnání se strukturou populace ČR připadají na děti a na osoby v poproduktivním věku. (3)

Mezi cizinci převažují občané třetích zemí, občané EU tvoří zhruba jednu třetinu (32 %) z celkového počtu cizinců. Mezi cizinci ze třetích zemí dominují občané Ukrajiny, následováni Vietnamci a Rusy. Nejpočetnější skupiny z hlediska státního občanství mezi cizinci ze zemí EU představují Slováci, Poláci a Němci. (3)

Z hlediska územního rozmístění patří mezi regiony s nejvyšším počtem cizinců Praha a Středočeský kraj, s odstupem následují kraje Jihomoravský a Ústecký. Mezi pražskými obvody jsou z hlediska absolutních počtů na prvních místech Praha 4, Praha 5 a Praha 9. V rozmístění cizinců však existují patrné rozdíly podle státního občanství. Občané sousedních zemí se obecně více soustřeďují v blízkosti hranic ČR s tím kterým státem. (3)

## **2.2 Zdravotní péče o cizince**

Zdravotní péče byla poskytnuta stejně jako v předchozích letech nejčastěji občanům ze Slovenska (21,1 %, tj. 16 783 osob). Následují cizinci ze skupiny zemí „ostatní“ (16 %, tj. 12 724), Ukrajiny (14,5 %, tj. 11 510 osob), „ostatní země bývalého SSSR“ (9,8 %, tj. 7 819 osob) a Německa (7,7 %, tj. 6 151 osob). V hrazení zdravotní péče převažovalo u občanů Slovenska a Německa zahraniční pojištění, u občanů ze skupiny zemí „ostatní“, Ukrajiny a „ostatních zemí bývalého SSSR“ placení hotově. Z ošetřených cizinců celkem bylo, stejně jako v předchozích letech, nejvíce pacientů ve věkové skupině 20 - 59 let (70,9 %). (3)

Z hlediska územního členění bylo cca 50 % cizinců v roce 2010 ošetřeno v nemocnicích v Praze (40 007 osob), dále v Jihomoravském (9,2 %, tj. 7 299 osob) a ve Středočeském kraji (6,4 %, tj. 5 121 osob). Kraje s nejmenším počtem ošetřených

cizinců ve výši 1,3 % z celkového počtu cizinců ošetřených v nemocnicích v ČR jsou kraje Vysočina (1 047 osob), Zlínský (1 055 osob) a Pardubický kraj (1 063 osob). (3)

V roce 2010 došlo k mírnému poklesu počtu případů hospitalizace cizinců oproti roku 2009, a to o 3 %, na celkový počet 32 584 případů. Nejčastějším důvodem hospitalizace cizinců zůstává nadále těhotenství, porod a šestinedělí. Následují faktory ovlivňující zdravotní stav a kontakt se zdravotními službami (jedná se např. o prohlídky a vyšetření, které vyžadují hospitalizaci, pozorování po úrazu nebo při podezření na určité onemocnění) a poranění, otravy a některé jiné následky vnějších příčin. Nejméně cizinců bylo hospitalizováno, stejně jako v předchozích letech, a to z důvodů nemocí krve, krvetvorných orgánů a některých poruch týkající se mechanismu imunity. (4)

V roce 2010 bylo na lůžkových odděleních nemocnic ČR evidováno celkem 2 230 hospitalizací. Počet případů hospitalizace cizinců, kdy se jedná o cizince bez ohledu na délku pobytu na území v ČR, činil z celkového počtu hospitalizací 1,5 %. (4)

### **2.3 Problematika migrace ze zdravotního hlediska**

Cestování, ať již spojené s poutí, za účelem obchodu, hledání práce nebo z jiných důvodů, představovalo pro vedení jednotlivých států problém z hlediska ochrany zdraví obyvatel již před řadou století. Vezměme například slovo karanténa, v Ottově slovníku naučném z r. 1898 najdeme pod tímto heslem následující výklad: Karanténa (franc. a angl. Quarantaine, z it. Quaranta, čtyřicet dní) jest nařízení ochranné zdravotní policie, kterým uzavírá stát, země nebo kraj dosud neuchvácený, proti přenesení nákazy morovité, zejména moru, cholery, žluté zimnice a nákazy dobytka z krajín zamořených s tím úmyslem, aby nákazu dopravou osob, zboží, lodí, poutníků na své hranice zavlečenou na místě vyhubil, neškodnou učinil a přístupu moru tak zabránil. Heslo obsahuje podrobný popis hygienických, protiepidemických a dalších zdravotnických rozhodnutí, která byla výsledkem několika mezinárodních konferencí. Byla poplatná vědomostem a znalostem dob, ve kterých vznikala. Nicméně řada z nich platí dodnes. (9)

Nelze jednoznačně říci, že migrace obyvatelstva hraje podstatnější roli, než v minulosti, je však nutné konstatovat, že patří mezi charakteristické rysy současnosti a je jevem, který dění ve společnosti ovlivňuje. Podle statistik tvoří 45 % celkového přírůstku vyspělých zemí (včetně Evropy) imigranti. Statistiky uvádějí, že na přelomu 20. a 21. století se nachází mimo zemi svého původu asi 2 % obyvatel celého světa.

V druhé polovině dvacátého století se zejména v evropských zemích, do nichž byla emigrace nejsilnější (Velká Británie, Německo, Francie a Nizozemsko) začíná rozvíjet studium migračních procesů včetně otázek spojených s přizpůsobením migrantů na nové prostředí a jejich začlenění do majoritní společnosti. Za klíčové oblasti začlenění do společnosti jsou považovány: právní systém, zaměstnání, bydlení, zdravotnictví a systém sociálního zabezpečení, vzdělávání, kultura a náboženství. Novou zkušenost s imigrací získávají postupně země, ve kterých dříve převládala emigrace. Mezi ty patří i například Česká republika. (9)

Péče o zdravotní stav cizinců představuje velký problém. Země, které mají v tomto směru historickou zkušenost, přijaly v průběhu let některá opatření a odstranily ekonomické, administrativní a jazykové bariéry v oblasti zdravotnické a sociální péče. Patří mezi ně na předních místech Švédsko a Velká Británie. (9)

Epidemiologické studie zdravotního stavu obyvatelstva, prováděné v zemích Evropské unie, zjišťují vyšší četnost duševních poruch a dále somatických onemocnění, u nichž se dá předpokládat, že se na jejich vzniku nebo klinické manifestaci podílí nakupení zátěžových situací, pracovních úrazů, u skupin cizinců pracujících a žijících v zemích EU oproti srovnatelným skupinám místních obyvatel. Pozornost je věnována i četnosti výskytu infekčních a parazitárních onemocnění mezi migranty a nutnosti opatření pro skupiny migrujícího obyvatelstva (sociální pomoc, výuku zdravého života, hygienických návyků) a dalších aspektů (speciální školení pro zdravotníky v diferenciální diagnostice chorob atd.). (9)

### **2.3.1 Potencionální rizika migrantů jako skupiny**

Možnost zhoršení zdravotního stavu migrantů díky změněným podmínkám představují příčiny zevní a vnitřní. Mezi zevní příčiny můžeme řadit nároky odlišného klimatu, časový posun, transkulturální rozdíly prostředí (odlišnost mentality, zvyků a obyčejů místního obyvatelstva), rozdílná společensko-ekonomická orientace, vztah místní populace k migrantům, vnitropolitická situace v zemi. V případě vnitřních příčin se zabýváme somatickým i psychickým zdravotním stavem jedince, jeho motivací k odchodu ze země, nároky cesty do země zvolené, problémy komunikace v cizím jazyce. Dochází pak k sociální izolaci (i od rodiny); změněným vztahům v rodině díky životu v odlišném prostředí; k rozdělení rodiny v případě, že zůstává ve vlasti; ke změnám životního stylu; k uzavřeným skupinám, v nichž jsou omezené možnosti navázat neformální vztahy podle vlastního přání a ke strachu z okolí. (9)

Dalším rizikem migrantů jako skupiny je ohrožení zdraví obyvatelstva ve smyslu přenosu infekčních nebo parazitárních onemocnění. Do faktorů sociálního prostředí můžeme zařadit: uvědomění si choroby ze strany nemocného; vztah nemocného k vlastním projevům choroby; ochota stonat; přiznat si a přijmout roli nemocného (obavy ze sociálního dopadu onemocnění); obavy z ovlivnění jeho další sociální integrace do společnosti hostitelské země. Okolí (nejen laickému) se toto jednání může jevit jako disimulace, nebo naopak jako agravace nebo simulace. Dále sem patří vztah okolí k projevům choroby. Může dojít k odsuzování, ke snahám nemocného izolovat nebo jej před skupinou místních obyvatel znemožnit. Na druhé straně se však skupina může prostřednictvím nemocného snažit upozornit na své problémy. (9)

Problematika zdravotní péče o migranty se zvláštním zřetelem ke skupině ilegálních migrantů představuje za prvé zvýšený výskyt počtu pracovních úrazů v souvislosti s nedostatečnou znalostí jazyka a bezpečnostních předpisů práce při velmi často naprosto odlišné původní profesi migranta, za druhé zvýšený výskyt některých duševních poruch, zvláště posttraumatické stresové poruchy a poruch adaptačních, za třetí zvýšený výskyt některých tělesných onemocnění vzniklých v souvislosti se zátěží, kterou migrace do odlišných sociálních, kulturních a mnohdy klimatických podmínek způsobuje a za čtvrté předpokládaný vyšší výskyt některých infekčních a parazitárních onemocnění, která se v zemích, ze kterých osoby přicházejí, vyskytují běžně a v našich podmínkách jsou ojedinělá. (9)

Teprve tváří v tvář člověku pocházejícímu z odlišné kulturní sféry si uvědomujeme, jak jsme určováni společenským a v nejširším slova smyslu kulturním prostředím, ve kterém jsme vyrůstali, byli vzděláváni a ve kterém žijeme. Je samozřejmé, že u každého pacienta v každodenní praxi je, zvláště při závažnějším onemocnění, nutno brát v úvahu sociální důsledky jeho choroby jak pro něho, tak pro jeho blízké. Je velmi důležité znát jeho sociální postavení a případné ohrožení onemocnění stejně tak, jako případná zvýhodnění, která mu choroba přináší v jeho aktuální životní situaci i dlouhodobě. Při ošetřování cizinců je k tomu ještě nutno si uvědomit, že tyto lidé jsou z tohoto hlediska ohroženější, v několika případech nám svými symptomy vlastně sdělují, jak se cítí osamoceni a ohroženi a tím vlastně prosí o pomoc. Problémy diferenciální diagnostiky vyplývají z jazykové bariéry, často nezvyklých a odlišných projevů onemocnění nebo pro nedostatek zkušeností a tréninku s neobvyklým onemocněním. Pacient může ve vzájemném kontaktu se zdravotníky odlišně prezentovat svoje subjektivní potíže, to je dáno odlišným vnímáním tělesných struktur, nemoci a jejího zdroje, stížnostmi na



potíže a jejich popisem. Pro potíže v dorozumění a nedostatek zkušeností v tomto oboru dochází k problémům v diagnostickém procesu a tím pádem k problémům v adekvátní léčbě nemoci. Může potom dojít k procesům stereotypizace, k improvizacím nebo k vynuceným rychlým a neuváženým řešením. Ošetrovatelská péče může být také díky jazykové bariéře nedostatečná, nedojde pak k naplnění holismu (tj. filosofický názor nebo směr, který zdůrazňuje, že všechny vlastnosti nějakého systému nelze určit nebo vysvětlit pouze zkoumáním jeho částí, v ošetrovatelství se holismus zabývá člověkem a jeho potřebami), sestra pak vykonává pouze ordinace lékaře v důsledku neschopnosti se s nemocným domluvit. (9)

### 3 KOMUNIKACE

Schopnost dobré komunikace je základní dovedností každého pracovníka ve zdravotnictví a zvláště důležité je to pro všeobecnou sestru, která tráví s pacienty a jejich rodinami mnoho hodin denně. Není vždy snadné porozumět tomu, co přesně nám lidé chtějí říci, a stejně tak pro ně je mnohdy obtížné správně pochopit, co jim říkáme my. Ještě obtížnější je to v situaci, kdy sestra a pacient mluví jazyky odlišnými. Často dokonce i sestry, které studovaly v Británii, mají potíže porozumět lidem se silným místním přízvukem. Pacienti mnohdy používají různá slova pro označení svých pocitů a pro popis každodenních běžných situací. Sestry potřebují komunikovat s pacienty, potřebují se informovat o předchozí péči, předat jim informace o tom, jak je budou ošetřovat a potřebují pacienty poučit, jak se mají s ohledem na své onemocnění chovat. To vše směřuje k tomu, že dorozumět se s pacientem je pro sestru klíčové v rámci dobré péče o něj. (13)

Rozdíly v komunikaci jsou dány za prvé samotnou lingvistickou rozrůzněností lidstva, tedy tím, že národy a etnika požívají odlišné jazyky. Za druhé rituály a konvencemi spjatými s užíváním těchto jazyků v sociálním kontaktu a za třetí konotacemi, doprovodnými významy komunikovanými prostřednictvím jednotlivých jazyků. (19)

V rámci kultury můžeme hovořit o mezikulturní a monokulturní komunikaci. Ty se od sebe podstatně odlišují. Monokulturní komunikace probíhá mezi příslušníky téže kultury. Subjekty mezikulturní komunikace vstupují do komunikačního procesu s odlišnými, kulturou determinovanými kognitivními a emocionálními strukturami a s odlišnými způsoby vnímání a hodnocení skutečnosti. (19)

Komunikace lze také dělit na verbální a neverbální. Při verbální komunikaci se používají slovní výrazy mluvené či psané a při neverbální komunikaci se užívají mimoslovní prostředky, jako jsou např. pohledy, gesta, dotyky, prostorové umístění. Z pohledu ošetřovatelství mohou vzniknout při komunikaci s pacientem cizincem některé problémy. Jsou to poruchy verbální komunikace v souvislosti s jazykovou bariérou, nedostatečná nebo žádná spolupráce pacienta, porucha interpretace okolního prostředí, dále poruchy sociální interakce, sociální izolace a nesprávný přístup k léčebnému režimu. (19)

### 3.1 Verbální komunikace

Verbální komunikace je specificky lidský způsob komunikace, který má formu mluvené nebo psané řeči (forma jazyka). Z historického a vývojového hlediska je nejmladším i nejvyspělejším komunikačním kanálem. Postupem času získala dominantní postavení v dorozumívacím procesu. Touto komunikací rozumíme dorozumívání se pomocí slov. Jde o výběr, kombinování a produkci jazykových znaků. Sdělení jsou tedy kódována do mluveného nebo psaného textu a jako přenos slouží akustický a optický kanál. Verbální komunikace je zprostředkována jazykem a jeho významem. (10)

Znalost cizího jazyka vyžaduje v první řadě schopnost mluvit v cizím jazyce, dále pochopení významu slov cizího jazyka, také schopnost číst v cizím jazyce a konečně schopnost písemně komunikovat v cizím jazyce. Rozdíl mezi pojmy jazyk a řeč je v tom, že zatímco jazyk má jen jeden rozměr, řeč má rozměry čtyři – tři rozměry prostoru a jeden rozměr času. Jazyk je návod, kdežto řeč je praktické použití jazyka v komunikaci. Jazyk a řeč je zapotřebí chápat jako navzájem propojené entity. Slovo jazyk má tři lingvistické významy. První význam je v systému pravidel, ve schopnosti mluvit mnoha jazyky, ovládat jejich pravidla. Druhý v osobnostní výbavě pro řečovou komunikaci (jde o pestrost výrazů používaných při mluvení) a třetí význam v prostředí dorozumívání, tj. systém kódování a dekódování zpráv do stejných výrazů („nenašly společný jazyk“). Když užíváme náš mateřský jazyk, neuvědomujeme si ho jako systém pravidel, ani jako osobnostní výbavu. Jazyk je pro nás především prostředkem dorozumívání se, je to prostředek, který umožní najít s komunikačním partnerem „společnou řeč“. Společným jazykem se dorozumíváme, když používáme pojmy, které mají blízký obsah, a slova, která jsme použili, se nám v mysli dekódují se stejným subjektivním významem. Při komunikaci v multikulturním prostředí je schopnost najít společnou řeč zvláště složitá. Různorodost jazyků vždy způsobovala dorozumívací potíže. Z výše uvedeného vyplývá, že sestry sice mohou technicky zvládnout jiný jazyk, přesto ale neporozumí kultuře národa či etnika, a tím mohou vznikat interkulturní komunikační bariéry a následně volba nesprávného přístupu k nemocnému. (10, 11)

#### 3.1.1 Interkulturní rozdíly ve verbální komunikaci

Jako první je způsob oslovování. Jednotlivé kultury mají odlišné způsoby při vzájemném oslovování v závislosti na tom, zda jde o oslovování v soukromí nebo na

veřejnosti. Například v Čechách, Polsku, Rakousku, Německu, Maďarsku nebo na Slovensku je preferované formální oslovení s používáním titulů. Je vhodné se proto zeptat klienta, jak si přeje být osloven. Vyhneme se tím chybě, navážeme s ním vztah a dáme mu najevo, že o něj máme zájem. Mělo by být samozřejmostí, že se klientovi představíme také my sami. Druhý rozdíl je v množství zdvořilostních frází používaných na začátku komunikace. Další, třetí rozdíl je v tykání a vykání. V českém jazyce je rozlišené jednotné a množné číslo tvarem ve druhé osobě (ty/vy). Na vyjádření zdvořilosti se používá i pro jednu osobu množné číslo, obdobně jako u všech slovanských jazyků. Ve francouzštině se setkáváme s podobným gramatickým principem jako v češtině, výraz „tu es“ znamená „ty jsi“ a „vous etes“ překládáme jako „vy jste“. Také německy mluvící země znají rozdíl v tykání a vykání, pro vyjádření vykání je používán tvar třetí osoby množného čísla. V písemném styku je od běžného tvaru „oni jsou“ („sie sind“) odlišeno vykání velkým písmenem („Sie sind“). Angličtina používá pro jednotné i množné číslo stejný tvar „you“, zdvořilostní vykání se přímo nepoužívá. Chceme-li člověku vyjádřit větší úctu, použijeme oslovení pane (Mr.) nebo paní (Mrs.), popřípadě slečno (Miss). Pokud chceme vyjádřit blízkost a dostat se na úroveň našeho tykání, použijeme oslovení křestním jménem. (10)

### 3.2 Neverbální komunikace

Lidé se nedorozumívají jen pomocí slov, ale i pomocí celé řady různých projevů, které můžeme souborně nazvat mimoslovní či neverbální komunikace. Tvoří opticko-kinetický systém znaků. Sdělení kódujeme do gest, mimiky, vzdálenosti, doteků, pohybů, oblečení aj. Přenos se děje hlavně optickým a taktilním kanálem. Nehovoříme jenom slovy, také tón hlasu a signály řeči těla jsou velmi důležité. Je obecně známo, že když spolu mluví dva lidé, tak 7% veškerých informací sdělujeme prostřednictvím slov, 38% tónem hlasu a 55% pomocí řeči těla. Význam neverbálních znaků je podmíněn kulturou, dobou, sociální skupinou a prostředím. (10, 15)

Druhy neverbální komunikace se obvykle liší podle prostředků, kterými je aktér vyjadřuje. Může to být pomocí: mimiky, haptiky, proxemiky, posturologie, kineziky, gestiky, paralingvistiky a také pomocí pohledů nebo úpravy zevnějšku. (10)

Mimikou, komunikací výrazem tváře, dokážeme vyjádřit sedm základních emocí, které nazýváme primární mimické výrazy. Jsou to tyto dvojice: štěstí – neštěstí, neočekávané překvapení – splněné očekávání, strach a bázeň – pocit jistoty, radost –

smutek, klid – rozčilení, spokojenost – nespokojenost až znechucení a zájem – nezájem. Mimické projevy mají své funkce. První funkce je odraz emocí člověka, jako druhá vyjádření instrumentálních pohybů (výrazy obličeje při kýchní) a třetí funkcí je sdělování kulturně tradovaných gest (např. zdvořilostní úsměv). Z množství mimických projevů je pro vztah klienta se sestrou nejdůležitější úsměv. Ve zdravotnictví bývá klient často v roli závislého, personál je naopak v dominantním postavení. Úsměv pomáhá obrušovat hroty sociální nerovnováhy. Sestra jím navozuje atmosféru uvolnění, důvěry, sdílnosti a optimismu. My Evropané úsměvem vyjadřujeme své sympatie, přátelství, dobrou náladu a dobrý úmysl. (10)

Dalším způsobem neverbální komunikace je haptika (hmat, dotek). Termín haptika je vyjádření taktilního doteku (dotek „kůže na kůži“). Dotyková komunikace se realizuje hmatem, jde o stimulaci receptorů, které mají svá zakončení v kůži. Význam dotekové komunikace se mění v závislosti na tom, koho se dotýkáme, které části těla, jak se dotýkáme a také v jaké situaci. Doteková komunikace je mnoho významová a patří k základním formám dorozumívání. Dotyk má v ošetrovatelství a medicíně své nezastupitelné místo, je to nejen základní forma vyšetření (vyšetření pohmatem a poklepem), ale používá se také pro svůj uklidňující efekt. U Evropanů je frekvence doteků různá, o Angličanech je známo, že mají chudou frekvenci doteků. Stejně to platí u Němců, Finů a Lotyšů. V Irsku například se obecně dotýkají málo, přesto je v irském ošetrovatelství držení klienta za ruku neverbálním vyjádřením podpory a je běžně užíváno. (10)

Proxemika je sdělování přiblížením a oddálením a jde o další typ mimoslovní komunikace. Může, aniž jsme si toho vědomi, vyvolat zlost nebo obavy, pocity nepřátelství nebo nepochopení. Přitom ale nemusí být vyřčeno ani jedno slovo. Při kontaktu s cizincem je třeba se ujistit, že jsme si zvolili odstup odpovídající výsledkům, které jsou naším cílem. Měli bychom vzít v úvahu individuální a kulturní rozdíly, stejně jako povahu vztahu. Naučme se používat celou škálu vzdálenosti bez pocitu znepokojení nebo odcizení. (10)

Rozeznáváme čtyři základní proxemické zóny. První je intimní. Její dolní hranice splývá s těsným hmatovým dotekem partnerů (např. matka s dítětem, milenci...). Horní hranice tvoří vzdálenost 15-30 cm, to jsou například lidé držící se za ruce. Do intimní zóny často vstupuje sestra nemocným a mnohdy se jich neptá, což může být pro mnoho z nich nepřijemné. Další, druhou proxemickou zónou je zóna osobní. Dolní hranici osobní zóny tvoří oddálení těl dvou lidí o 45-75 cm, jde o minimální vzdálenost na

dosah ruky. Horní hranice je oddálení 0,75-1,20 m, to je vzdálenost, kterou dodržujeme při setkání s neznámým člověkem. V této sféře jsme na hranici dotyku s partnerem, ale můžeme zároveň detailně sledovat jeho mimiku, pohledy a pohyby. Velikost osobnostní zóny je kulturně podmíněna. Při dodržování osobní zóny platí pro různé národy odlišné zvyky a pravidla. Měli bychom znát prostorové požadavky určené jinou kulturou, při jejich dodržování navodíme pozitivní pocity. Jediný způsob, jak určit prostorové požadavky nějakého jedince v různých situacích, je důkladně ho pozorovat, než podnikneme jakýkoliv pokus o přiblížení se. Třetí zóna, tzv. sociální může být používána při služebním nebo obchodním styku. Její dolní hranice je vzdálenost 1,20-2,10 m, horní hranice oddálení je 2,10-3,60 m. Když stojíme v této sféře, náš zorný úhel nám umožňuje vidět partnerovu celou postavu. Za poslední, čtvrtou, proxemickou zónu je považována veřejná. Minimální vzdálenost této zóny je 3,60 m a maximální 7,60 m. Používají ji lidé, kteří vystupují veřejně (např. herec na jevišti, učitel ve třídě). V této vzdálenosti můžeme dobře zaujmout posluchače pomocí gest a pohybem v prostoru. (10)

Za další způsob neverbální komunikace můžeme považovat řeč těla, neboli posturologii. Vyjadřuje držení těla, postavu. Zaobírá se přenosem informací vyjádřených polohou a držením těla, jakož i konfigurací jeho částí. Každá kultura má své zvláštnosti při preferenci určitých postojů. Například ve francouzské kultuře není postoj člověka, při kterém má ruce v kapsách, pokládán za projev dobrého vychování. Směrem na sever, ve Finsku, je to ale už projev nezdvořilosti. (10)

Kinezika (řeč pohybů), kinetika, kineziologie jsou termíny, které označují další typ neverbální komunikace. Zabývá se všemi druhy pohybů lidského těla. Přitom může jít o pohyb celého těla (např. chůze) nebo pohyb některou částí těla. Pohybem zprostředkujeme až 65% neverbálních informací o sobě. Lidé hodnotí jiného člověka i dle dotací jeho pohybů. (10)

Dalším typem neverbální komunikace je komunikace pomocí gest neboli „řeč rukou“. Gesty se rozumí pohyby, které mají výrazný sdělovací účel, doprovázejí slovní projevy nebo je zastupují. Ve skutečnosti nejde ale jen o pohyby rukou, ale také kterékoliv části těla. Gesta jsou ovlivňována vědomím (vědomá, nevědomá a automatická gesta), kulturou (podmíněná etnickými vlivy – rozdíl mezi živou gestikulací Italů a rezervovanými gesty Angličanů), sociálními vlivy (sociálním učením na základě sledování svého okolí) a dědičností. Některá gesta mají svůj význam, např. kroužek z prstu neboli gesto „OK“. Toto gesto se rozšířilo ze Spojených států a v tamní

a naší kultuře je známo jako „všechno v pořádku“. Pozor ale na neomezené používání tohoto gesta. Ve Francii znamená například „nulu“ nebo „nic“ a v zemích mluvících španělsky naznačuje kroužek z prstů otvor a často se používá jako znamení, že určitý muž je homosexuál. (10)

Pohled neboli oboustranný zrakový kontakt je nejhlubší neverbální projev v sociální interakci. Oči slouží jako přijímač informací a také jako jejich vysílač, v průběhu rozhovoru tvoří oční kontakt 30-40% sociální interakce. V naší středoevropské kultuře se oční kontakt hodnotí jako projev pozitivního sebehodnocení, otevřené mysli, zájmu o druhé, oceňování pozornosti jiným a projev čestnosti. V Německu se při rozhovoru vyžaduje udržování přímého očního kontaktu, to je pokládáno za projev toho, že posloucháme a souhlasíme s mluveným. Ohlížení se uvnitř místnosti je pokládáno za stejně neslušné jako otevření si dveří bez dovolení. Finové se při rozhovoru dívají jeden na druhého zpřímá, ale oční kontakt je i přerušován. (10)

Paralingvistika (prajazykové jevy) je lingvistická disciplína, zabývající se souborem vokálních a hlasových projevů na hranici mezi neverbálními – mimočasovými prostředky a mluvenou řečí. Nejdůležitější paralingvistické projevy: barva hlasu (timbr, výška hlasu, melodie hlasu, síla hlasu a časové charakteristiky hlasového projevu). Každý jazyk má svůj způsob používání těchto projevů. Čím je národ pokládán za temperamentnější, tím více využívá paralingvistických projevů v řeči. Naopak některé kultury upřednostňují konverzaci bez výrazných paralingvistických projevů. V Dánsku je například žádoucí do konverzace vsouvat pauzy ticha. (10)

Pod komunikaci vzhledem, resp. úpravou zevnějšku rozumíme všechno, co můžeme zjistit ze způsobu oblečení, účesu, kosmetiky, značka auta, bydlení a preference barev. Kultura se výrazně podepisuje na oblečení člověka, i když je dnes odívání lidí výrazně ovlivňované módou, stále na něm zůstává rukopis kultury. Jde například o preferenci barev, vzorů, nošení doplňků, jako jsou například klobouky a rukavice. (10)

### **3.3 Transkulturální komunikace**

Transkulturální komunikace v ošetrovatelství je organizovaný schematizovaný systém chování, který umožňuje a řídí interakci mezi sestrou a klientem. Jde o výměnu zpráv a také tvorbu jejich významů. Protože odevzdávání zpráv a tvorba významů se děje současně, komunikace a kultura jsou vzájemně spjaté. V efektivní komunikaci jde tedy o vzájemné pochopení významů, které souvisí s odevzdávanou zprávou. Zdravotní

rizika migrantů vyplývají ze tří základních skupin. První skupinu tvoří zevní příčiny, to jsou změny klimatu, časový posun, transkulturní odlišnosti prostředí, vztah místní populace k migrantům. Další skupinu zastupují vnitřní příčiny, sem patří problémy komunikace v cizím jazyce, sociální izolace (často i od rodiny), změny ve způsobu trávení volného času, omezené možnosti navazovat neformální vztahy a zvýšená nutnost adaptace. Třetí skupinu zdravotních rizik migrantů tvoří možnosti ohrožení veřejného zájmu, ve smyslu přenosu infekčních nebo parazitárních nemocí nebo možnost zhoršení zdravotního stavu migranta vzhledem ke změně životních podmínek. (10)

Kultura výrazně ovlivňuje to, jak jsou vyjadřovány pocity a jak je jejich verbální a neverbální vyjádření dotované. Jasně to můžeme vidět například u projevování bolesti navenek. Německá kultura například přikazuje zvládat bolest klidně a silně. Pokud je bolest součástí léčebného procesu, tak je tolerovaná, jinak se požaduje její potlačení. V našem zdravotnickém prostředí jsme zvyklí hodnotit bolest podle jejího projevu navenek, i když se bere v úvahu individuální práh bolesti. Stejně je to v Polsku, na Slovensku či v Maďarsku. Pokud však kultura klade důraz na potlačení projevů bolesti, může to být pro zdravotníka velmi obtížné. Například ženy v Rumunsku rodí bez jakékoliv analgezie a v průběhu porodu nevydávají žádné výkřiky. Finové jsou sice ochotni mluvit o bolesti, kterou prožívají, ale neprojevují ji nijak navenek. Rovněž tak je to v kultuře dánské. Španělé obecně snášejí bolest velice špatně, s množstvím verbálních projevů, medicínské odstranění bolesti je proto upřednostňované. (10)

Lidé, kteří jsou začleněni do interkulturní komunikace, jsou vtaženi do komunikace prostřednictvím znalosti jazyka. Druhá rovina je spjata s rituály a konvencemi, které komunikaci doprovázejí a ulehčují sociální kontakt. (10)

### **3.3.1 Ošetrovatelské intervence při poskytování péče klientovi z jiné kultury**

Když se ocitáme v cizím prostředí, jsme mnohem pozornější k řadě podnětů, které nám ve známém kulturním a sociálním prostředí mohou unikat. Měli bychom si to v kontaktu s příslušníkem jiné kultury uvědomit a dodržovat některá obecně platná doporučení. (10)

Při kontaktu s cizincem bychom měli počítat s tím, že budeme potřebovat na případ více času, zvláště v situaci, kdy neovládáme cizí jazyk, kterým bychom mohli komunikovat. I když ho ovládáme, neměli bychom se nechat tlačit časem a být nervózní. Vyvolává to potom dojem, že se nemocnému nechceme věnovat. Při



komunikaci s nemocným cizincem platí několik pravidel, které by bylo vhodné si uvědomit. Měli bychom počítat s jazykovými i kulturními bariérami, uvažovat o možných předsudcích na obou stranách, tedy i na straně vaší. Dále bychom měli zjistit, v jakém jazyce se můžeme dorozumět (angličtina, němčina aj.) a nakolik jej příslušník jiného národa ovládá. Pokud nemáme k dispozici tlumočnicka, je na místě použít alespoň slovník. Hovořit bychom měli pomalu, zřetelně artikulovat a nezvyšovat hlas. Pro lepší dorozumění používáme jednoduché věty a vyhýbáme se složitějším souvětím. Neměli bychom zapomínat na zásady slušného vystupování. Nezapomínáme ani to, že při kontaktu s cizincem patří do komunikace nejen již zmíněný pozdrav, oslovení, ale také slova děkuji a prosím. Pamatujme, že hlavní oblastí komunikace je náš obličej, zvláště oči a ústa, při komunikaci se proto dívejme na nemocného a snažme se zřetelně artikulovat. Pokud přicházíme často do kontaktu s příslušníky jedné a též kultury, naučme se v jejich jazyce, alespoň základní pozdrav, projevíme o ně tak zájem. Pokud není jasné, co chtěl cizinec říci, necháme jej problém zopakovat ještě jednou, případně jinými slovy. Stres, strach a bolest zhoršují schopnost vyjadřování v cizím jazyce, proto bychom se měli snažit navodit klidnou atmosféru. Vhodné je i například upozornit cizince na shody a rozdíly v jeho a vašem stanovisku, dále podrobněji diskutovat o rozdílech. Lze používat gesta a obrázky, piktogramy, jednoduché schéma, které zlepší klientovo pochopení. Můžeme dát klientovi papír a tužku, aby se případně mohl vyjádřit za pomoci kresby. Doporučíme také nejvhodnější způsob řešení daného problému i s ohledem na etické, etnické a kulturní zvláštnosti klienta cizince. Vyhýbáme se medicínským výrazům a zdravotnickému slangu, kterému klient nerozumí. Důležité není jen přijetí klienta, ale také rozloučení se s ním, které by mělo probíhat stejně klidně jako přijetí. (10)

K alternativním způsobům komunikace patří fotoseriály, videoprojekci, popřípadě překladové informační a edukační materiály. Čím více jednoduchých metod zkombinujeme, tím je větší šance vzájemného dorozumění. (18)

### **3.3.1.1 Komunikační karty (piktogramy)**

Komunikace tímto způsobem je zdlouhavější, ale zpravidla přináší potřebnou informaci. Každé klinické pracoviště dle svého zaměření potřebuje specifitější symboly a proto, pokud se rozhodneme pro tento způsob komunikace v praxi, musíme sadu karet uzpůsobit potřebám pacientů na daném pracovišti. Problémem při tvorbě karet je volba piktogramu, který musí být natolik jednoduchý, výstižný a jednoznačný,

aby mu lidé obecně rozuměli a uměli ho dešifrovat. Vytvořenou sadu je možno vytisknout barevně, rozstříhat a zatavit do folie nebo z listů vytvořit sešit. Ne všechny symboly jsou skutečně snadno identifikovatelné bez psaného textu. Proto doporučujeme pacienta na používání karet připravit, například prostřednictvím překladatele či rodinného příslušníka, který umí přečíst popisky a pacientovi význam vysvětlit. Užívání karet samozřejmě předpokládá spolupracujícího pacienta, pro pacienty nespolupracující je to metoda nepoužitelná. Díky moderním technologiím je možné informační a edukační materiály pro klienty cizince poměrně snadno připravovat. Lze tvořit například fotoseriály, videoprojekce, PC programy, audionahrávky apod. (18)

### **3.3.1.2 Tlumočení**

Zdravotnická zařízení se snaží vyvíjet strategie přístupu ke klientovi tak, aby byly maximálně uspokojeny jeho potřeby, a to i v případě, jedná-li se o cizince, který plně neovládá jazyk dané země, v jejímž zdravotnickém zařízení se nachází. Využití tlumočnicků vnitřní nemocniční služby je zpravidla k ústnímu tlumočení, existují ale i písemné překlady krátkých textů, které jsou spíše výjimkou. Tlumočení je zahájeno tím, že se tlumočnick představit klientovi i podáním ruky, objasní mu, že je zaměstnancem nemocnice a nikoliv překladatelem z povolání. Tlumočnick si má sednout vedle osoby, která si jej k tlumočení objednala, aby viděl klientovi do očí. Klientovi a tlumočnickovi by se měl nechat počáteční čas na vzájemné seznámení se. Sestry by měly mluvit pomalu, v krátkých větách, ponechat čas tlumočnickovi, aby mohl přeložit text. Otázky by měly adresovat přímo na klienta, ne na tlumočnicka. Tlumočnick by měl znát nejen jazyk, ale také kulturní podmíněnost. Měl by překládat přesně to, co klientovi říkáme a nemodifikovat překlad. Na závěr je vhodné poděkovat tlumočnickovi za překlad. (18)

## 4 JAZYKOVÉ VZDĚLÁVÁNÍ

Během posledních let v Evropě dochází k politickým změnám, kterých je Česká republika již neodmyslitelnou součástí. Především náš vstup do Evropské Unie z nás dělá jednu sedmadvacetinu velkého evropského celku. To s sebou přináší i vyšší nároky na znalosti cizích jazyků. Nacházíme se v době, kdy by měly být angličtina a jeden z dalších oficiálních jazyků EU již automatickou znalostí každého, tedy i zdravotnického personálu v nemocnici. (2)

Studium jazyků podporuje pozornost, vnímavost, paměť, koncentraci, tvorbu koncepce, kritické myšlení, schopnost práce v týmu a napomáhá v řešení problémů. Zlepšení motivace studentů je rozhodující prvek k dosažení žádané změny v učení jazyků v celé Evropě. Je potřeba klást důraz na motivování studentů učit se nejen jeden jazyk, ale více cizích jazyků. Ovšem motivovat studenty škol, aby dosáhli vysokého osvojení si odborného jazyka vzhledem k jeho specifickému postavení v různých oblastech života a naučit se vnímat jazykové vzdělávání jako celoživotní proces, je nelehkou úlohou každého učitele. (2)

Komunikace v odborném jazyce si žádá nejen jazykové, ale i odborné vědomosti. Vzhledem k rozsahu výuky cizích jazyků na zdravotnických školách můžeme hovořit ve většině případů jen o základech odborného cizího jazyka. Budoucím zdravotníkům na zdravotnických školách je potřeba nechat co největší prostor na odbornou komunikaci a dokázat je správně motivovat, protože se často setkáváme s bariérou veřejně se prezentovat. Pozitivní zkušenost se studiem jazyků na školách pravděpodobně povzbudí většinu budoucích zdravotníků zdokonalovat se v cizím jazyce po ukončení studia. Vzdělávání v odborném cizím jazyce je však vzděláváním na celý život a vědomosti a zručnosti, které budoucí zdravotník po dobu vzdělávání nabude, bude využívat i po jeho ukončení, ať už ve svém oboru anebo v jiných činnostech. I budoucí zdravotníci by si měli uvědomit potřebu jazykového vzdělávání a využít všechny způsoby, které se jim nabízejí na zvýšení jazykové úrovně a profitování z výuky po celý život. (2)

### 4.1 Společný evropský referenční rámec pro jazyky

Společný evropský referenční rámec poskytuje obecný základ v celé Evropě pro vypracování jazykových sylabů, směrnic pro vývoj kurikulí, zkoušek, učebnic atd. V úplnosti popisuje, co se musí student naučit, aby využíval jazyka ke komunikaci a

jaké znalosti a dovednosti může rozvíjet, aby byl schopen účinně jednat. Popis se také týká kulturního kontextu, do něhož je jazyk zasazen. Rámec rovněž definuje úroveň ovládnutí jazyka, které umožňují měřit pokrok studentů v každém stádiu učení se jazyku a v průběhu celého života studenta. Má překonat bariéry v komunikaci mezi odborníky pracujícími v oboru moderních jazyků, které vyplývají z existence různých vzdělávacích systémů v Evropě. Poskytuje prostředky administrativním pracovníkům ve školství a vzdělávání, tvůrcům kurzů, učitelům, metodikům atd. k tomu, aby se zamysleli nad svou současnou praxí. Poskytnutím společného základu pro srozumitelný popis cílů, obsahu a metod Rámec přispěje ke srozumitelnosti kurzů, sylabů, systémů kvalifikačních osvědčení, a tak podpoří mezinárodní spolupráci v oblasti jazyků. Poskytnutí objektivních kritérií pro popis jazykové způsobilosti usnadní vzájemné uznávání kvalifikačních osvědčení získaných v různých studijních kontextech a napomůže tak mobilitě v Evropě. Taxonomická povaha Rámce nevyhnutelně vede ke snaze zvládnout značnou složitost lidského jazyka tak, že jazykovou kompetenci rozděluje na samostatné komponenty. To nastoluje poměrně významné psychologické a pedagogické problémy. (16)

Hlavním cílem jazykového vzdělávání se zaměřením na interkulturální přístup je podpora příznivého rozvoje celé studentovy osobnosti a jeho smyslu pro identitu prostřednictvím obohacujících zkušeností s různými jazyky a odlišnými kulturami. Bude na učitelích a studentech samotných, aby se postarali o novou integraci těchto mnoha částí do zdravě se vyvíjejícího celku. Rámec zahrnuje popis „dílčích“ kvalifikačních osvědčení vhodných pouze v případech, ve kterých se vyžadují omezenější znalosti jazyka (např. spíše porozumění než mluvení), nebo kdy je doba pro osvojení třetího či čtvrtého jazyka vymezená a užitečnějších výsledků je možno dosáhnout zaměřením spíše na dovednosti rozpoznávat než vybavovat si z paměti. Formální uznávání takových schopností napomáhá rozvíjet vícejazyčnost tak, že se bere v úvahu učení širšímu okruhu evropských jazyků. (16)

Další posílení jazykového učení a vyučování v členských zemích je nutné v zájmu větší mobility a účinnější mezinárodní komunikace spolu s úctou k identitě a kulturní různorodosti, lepším přístupem k informacím, intenzivnější osobní interakcí, lepšími pracovními vztahy a také hlubším vzájemným porozuměním. Je nutno chápat učení se jazykům jako celoživotní úkol, který má být prosazován a podporován prostřednictvím různých vzdělávacích systémů od předškolního vzdělávacích systémů od předškolního věku až po vzdělávání dospělých. Je žádoucí vyvinout Společný evropský referenční

rámec pro učení se jazykům na všech úrovních proto, aby se podpořila a usnadnila spolupráce mezi vzdělávacími institucemi v různých zemích, dále aby se vytvořil solidní základ pro vzájemné uznávání kvalifikačních osvědčení a aby se pomohlo studentům, učitelům, tvůrcům učebnic, zkušebním orgánům a školským administrativním pracovníkům v tom, jak budou směřovat a koordinovat své snahy. (16)

Rámce lze užívat k plánování jazykových programů z hlediska předpokládaných dřívějších znalostí studenta a z hlediska návaznosti na dřívější stadia učení, zejména pokud jde o propojení primárního, nižšího sekundárního, vyššího sekundárního a vysokoškolského či dalšího vzdělání. Dále z cílů jazykových programů a jejich obsahu. Rámec také užíváme k plánování jazykové certifikace z hlediska sylabu obsahu zkoušek a hodnotících kritérií, která jsou spíše pozitivní (reflektují zvládnutí učiva) než negativní (uvádění nedostatků). V poslední řadě rámec užíváme k plánování autoregulovaného učení včetně postupného budování uvědomělého studenta na současný stav jeho znalostí, stanovení proveditelných a smysluplných cílů, které student zadává sám sobě, výběru materiálů a sebehodnocení. Učební programy a certifikace mohou být za první globální – napomáhají studentovi zlepšovat všechny složky ovládnutí jazyka a komunikativní kompetence, za druhé modulární – prohlubují ovládnutí jazyka studentem v omezené oblasti užívání jazyka ke specifickým účelům, za třetí disproporční (specializované) vzhledem k obsahu programu – zdůrazňují specificky zaměřené učení a vedou k jazykovému profilu, v jehož rámci je v některých oblastech znalostí a dovedností dosaženo vyšší úrovně než v jiných a v poslední řadě za čtvrté dílčí – odpovídají pouze za rozvoj určitých činností a dovedností (např. receptivní dovednosti) a ponechávají ostatní stranou. Společný evropský referenční rámec je postavený tak, aby vyhovoval všem těmto různým pojetím. Zvažujeme-li roli společného rámce v pokročilejších stádiích učení se jazyku, je nutné brát v úvahu změny v povaze potřeb studentů a kontextu, ve kterém žijí, studují a pracují. Je zapotřebí všeobecné kvalifikace na vyšších úrovních než je tzv. „prahová úroveň“, které mohou být stanoveny s odkazem na Společenský evropský referenční rámec. Musí být samozřejmě jasně definované, patřičně uzpůsobené různým národním situacím a musí zahrnout nové oblasti, zejména v kulturní sféře a ve specializačních oblastech užívání jazyka. Kromě toho hraje důležitou úlohu některý typ modulární výuky, který vychází vstříc specifickým potřebám, vlastnostem a možnostem studenta. (16)

Užívání jazyka, včetně učení se jazyku, představuje úkony prováděné lidmi, kteří si jako jednotlivci a jako členové společnosti rozvíjejí rejstřík kompetencí, a to obecných,

tak obzvláště komunikativních jazykových kompetencí. Užívají kompetence, které mají k dispozici v různých kontextech a za různých podmínek a omezení, aby se zapojili do jazykových činností obsahujících jazykové procesy, jejichž cílem je vytvářet a přijímat texty vztahené k tématům v různých oblastech užívání jazyka, a přitom aktivizují ty strategie, které se zdají nejvhodnější pro úspěšné provedení úloh. Monitorování těchto úkonů účastníky procesu vede k posílení nebo změně jejich kompetencí. (16)

#### **4.1.1 Společné referenční úrovně**

V praxi existuje obecná, i když zdaleka ne univerzální shoda, pokud jde o počet a povahu úrovní, které odpovídají uspořádání procesu učení a oficiálnímu uznání výsledků, kterých bylo dosaženo. Z hlediska naplnění těchto cílů se zdá, že obrovský rámec zahrnující šest odlišných úrovní v hrubých rysech pokrývá odpovídajícím způsobem prostor učení, který je relevantní pro Evropany učící se jazykům. (16)

Úroveň A1 Breakthrough („Průlom“) je považována za nejnižší úroveň generativního užívání jazyka. Jedná se o úroveň, na které se studenti dokážou jednoduchým způsobem zapojit do interakce, umí klást otázky týkající se jich samostatných, toho, kde bydlí, lidí, které znají, věci, které mají, a na podobné otázky odpovídají. Dokážou také iniciovat jednoduché výroky v oblastech nejnaléhavějších potřeb nebo týkající se velmi známých témat a reagovat na ně. (16)

Na úrovni A2 Waystage („Na cestě“) lze najít většinu deskriptorů udávajících společenské funkce, jakými jsou užívání jednoduchých každodenních zdvořilých způsobů pozdravů a oslovení; zdravení lidí; zjišťování, jak se jim daří; reagování na novinky, zvládání velmi stručných společenských rozhovorů apod. Zahrnuje také deskriptory týkající se situací každodenního života. Je to zjednodušená zkrácená verze úplného souboru specifikací na úrovni „Threshold“ pro jednání dospělých lidí, kteří žijí v zahraničí. (16)

Na úrovni B1 se odráží specifikace úrovně Threshold („Práh“) pro návštěvníka v cizí zemi a jsou pro ni typické hlavně dva rysy. Prvním rysem je schopnost udržet interakci v chodu a vyjádřit to, co mluvčí vyjádřit chce, a to v celém rozsahu různých kontextů (např. vyjadřovat a chápat osobní názory v neformální diskusi s přáteli; vyjadřovat srozumitelně hlavní myšlenky, které chce sdělit apod.). Druhým rysem je schopnost postupně zvládat problémy každodenního života (např. schopnost zvládat méně běžné situace v prostředích veřejné dopravy, schopnost účastnit se bez přípravy rozhovorů na běžná témata apod.). (16)

Úroveň B2 představuje novou úroveň s názvem Vantage („Rozhled“). Tento název je metaforickým vyjádřením myšlenky, že poté co student pomalu postupoval napříč rovinou středně pokročilých, zjistí, že dospěl někam, kde věci vypadají jinak, a získává novou perspektivu, může se kolem sebe dívat novým způsobem. Dále je celá tato úroveň zaměřena na dvě nové skutečnosti, první je více než jen schopnost mluvčího udržet si svoji pozici ve společenské promluvě a druhou skutečností je nový stupeň jazykového povědomí. Ve všech směrech se tohle jeví, jako nová hranice, kterou má student jazyka překročit. (16)

Další pásmo, tj. úroveň C1, nazývaná jako Effective Operational Proficiency („Účinná operační způsobilost“). Pro tuto úroveň je charakteristický snadný přístup k širokému rozsahu jazyka, umožňující plynulou a spontánní komunikaci. (16)

Úroveň C2 byla sice pojmenovaná Mastery („Zvládnutí“), ale nemá naznačovat, že jde o kompetenci rodilého mluvčího nebo kompetenci jí velmi blízkou. Úmyslem je označit stupeň přesnosti, vhodnosti a jazykové lehkosti, s jakou se velmi úspěšní studenti vyjadřují. (16)

Společné referenční úrovně lze prezentovat a užívat mnoha různými způsoby a s různou mírou detailního propracování. Přesto existence pevných bodů, k nimž se obecně odkazuje, nabízí srozumitelnost a logické uspořádání, které se stávají nástrojem dalšího plánování a základem rozvoje. Záměrem je poskytnout konkrétní modelové soubory deskriptorů včetně kritérií a metodiky. Ty mohou být použity pro další rozvoj deskriptorů, což má pomoci kompetentním osobám a institucím, aby je mohly vhodně aplikovat s ohledem na vlastní kontext. (16)

## **4.2 Procesy učení se jazyku**

V současnosti neexistuje dostatečná shoda vyplývající z přesvědčivých výzkumů a týkající se toho, jak se studenti učí, aby se mohlo vycházet pouze z jedné teorie učení. Někteří teoretikové věří, že lidské schopnosti zpracovávat informace jsou natolik rozvinuté, že je možno osvojit si jazyk prostě tak, že bude člověk v dostatečné míře vystaven přímému působení srozumitelného jazyka a bude tento jazyk schopen užívat jak k porozumění, tak i k produkci. Věří, že proces „osvojování“ nelze pozorovat či instinktivně postihnout a že nemůže být usnadněn vědomou manipulací prostřednictvím vyučovacích nebo studijních metod. Nejdůležitější věcí, kterou učitel může poskytnout,

je v tomto případě co nejbohatší jazykové prostředí, ve kterém dochází k učení, aniž by se jednalo o formálně organizované vyučování. (16)

Jiní teoretikové věří, že kromě působení srozumitelného jazykového obsahu je aktivní účast v komunikativní interakci nezbytnou a dostačující podmínkou jazykového rozvoje. Přímé vyučování a studium jazyka také považují za bezvýznamné. Na druhé straně existují názory, podle kterých studenti, kteří se naučili nezbytná gramatická pravidla a slovní zásobu, budou schopni porozumět jazyku a užívat ho ve světle svých dřívějších zkušeností a zdravého rozumu, aniž by ho potřebovali nacvičovat. Mezi těmito extrémami se nachází většina běžných studentů, učitelů a služeb školám, kteří jsou přívrženci eklektické praxe a uvědomují si, že studenti se ne vždy nezbytně naučí tomu, co učitelé učí, a že studenti vyžadují dostatečně srozumitelný a kontextově zapojovaný jazykový obsah stejně, jako příležitost používat jazyk interaktivně. Současně ale tvrdí, že zvláště v „umělých“ podmínkách školního vyučování je učení usnadněno kombinací uvědomělého učení a dostatečné praxe, což snižuje nebo eliminuje vědomou pozornost věnovanou pomocným fyzickým dovednostem, které jsou nezbytné pro mluvení a psaní, i pozornost věnovanou morfologické a syntaktické správnosti, aby se tak myšlení uvolnilo pro daleko náročnější strategie komunikace. Někteří lidé se domnívají, že tohoto záměru může být dosaženo drilováním až do chvíle, než dojde k naprosté automatizaci. Zastánci toho názoru jsou však ve srovnání s předešlými v menšině. (16)

Výrazné rozdíly v tom, na které z uvedených aspektů reagují studenti nejpozitivněji, jsou samozřejmě mezi studenty různých věkových skupin, typů a různých prostředí. Učitelé, autoři kurzů atd. se zase liší, pokud se jedná o rovnováhu mezi aspekty učení, které jsou součástí kurzu, a o důležitost, která je připisována produkci s recepcí, jazykové správnosti s plynulostí apod. (16)

### **4.3 Učební plány zdravotnických škol**

Střední zdravotnické školy nabízejí pro vzdělávání sester obor zdravotnický asistent, je to čtyřleté studium pro absolventy základních škol ukončené maturitní zkouškou. V průběhu vzdělávacího programu studenti získávají potřebné vědomosti z oborů lékařských věd, ošetrovatelství, ale i ostatních oborů, potřebné pro zdravý životní styl, ochranu zdraví, poskytování první pomoci, zacházení se zdravotnickou technikou a zejména pro poskytování ošetrovatelských služeb orientovaných na biopsychosociální potřeby nemocných. Rovněž získávají praktické dovednosti a návyky nezbytné pro



vytvoření požadovaných ošetrovatelských dovedností, jenž jim umožní reagovat na zdravotní potřeby svých pacientů a poskytovat jim ošetrovatelské služby. Studenti si v rámci tohoto oboru mohou vybrat jeden cizí jazyk a jeho výuka probíhá většinou okolo tří hodin týdně po celou dobu čtyřletého studia. Celkem by tedy student střední zdravotnické školy měl získat přibližně 480 hodin jazykové přípravy. Po ukončení studia a po úspěšném vykonání maturitní zkoušky je absolvent připraven k výkonu práce středního zdravotnického pracovníka, který pod odborným dohledem nebo pod přímým vedením všeobecné sestry nebo lékaře poskytuje ošetrovatelskou péči dětem (s výjimkou novorozenců) i dospělým a podílí se na preventivní, diagnostické, neodkladné, léčebné, rehabilitační a dispenzární péči v rozsahu odborné způsobilosti stanovené vyhláškou MZ ČR. Podle pokynů provádí určené ošetrovatelské výkony, podílí se na ošetrovatelském plánu a také spolupracuje při hodnocení výsledků poskytnuté ošetrovatelské péče, zajišťuje činnosti spojené s přijetím, překladem, propuštěním a úmrtím pacienta. Student má možnost dalšího vzdělávání na vyšších zdravotnických školách, vysokých školách zdravotnického a sociálního směru – bakalářský a magisterský stupeň, lékařských fakultách, zdravotně sociálních fakultách a také jiných vysokých školách. (17)

Dále nabízí Střední zdravotnické školy obor zdravotnické lyceum. Jde také o čtyřleté studium ukončené maturitní zkouškou. Studijní obor zdravotnické lyceum připravuje především uchazeče pro studium všech oborů na lékařských fakultách, vysokých a vyšších zdravotnických školách, dále na zdravotně – sociálních fakultách, fakultách připravujících učitele zdravotnických předmětů nebo sociální pracovníky, případně na jiných souvisejících vysokých školách či studijních oborech. Absolvent bude vzdělán tak, aby získal vědomosti, dovednosti a návyky potřebné nejen pro terciární vzdělávání, ale i pro vzdělávání celoživotní. Absolvování oboru zdravotnického lycea neopravňuje k výkonu zdravotnického povolání bez dalšího doplňujícího studia. Učební plán oboru zdravotnické lyceum se liší od oboru zdravotnický asistent v počtu cizích zvolených jazyků a v dotaci hodin jazyků týdně. Student si má možnost vybrat dva cizí jazyky, obvykle se jedná o výběr z jazyků: anglický, německý, francouzský, španělský nebo ruský. Časová dotace u prvního, hlavního jazyka je přibližně tři hodiny v týdnu a u druhého zvoleného jazyka dvě hodiny za týden po celé čtyři roky studia. Celkem tedy absolvent tohoto oboru nasbírání přibližně 800 hodin jazykového vzdělání.(17)

U obou těchto oborů je navíc povinný latinský jazyk, kde je výuka zaměřená na osvojení základní medicínské terminologie nezbytné pro studium a porozumění odborné komunikace. (17)

Další navazující studium pro absolventy s maturitou (získanou na různých typech středních škol) je absolvování oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšší odborné zdravotnické škole. Jedná se o tříleté studium zakončené absolutoriem. Cílem vzdělávacího programu je připravit všeobecně orientovanou diplomovanou sestru, která bude schopna samostatně působit v péči o zdraví a v prevenci i v péči o nemocné. Studijní profil absolventky oboru diplomovaná všeobecná sestra vychází z doporučení Světové zdravotnické organizace pro země Evropské unie, vztahující se k úloze a funkci sester ve společnosti, které zahrnují: řízení a poskytování ošetrovatelské péče - podpůrné, preventivní, léčebné, rehabilitační i pomocné, a to jednotlivcům, rodinám i skupinám. Dále zahrnují výuku klientů a zdravotnického personálu, aktivní začlenění do zdravotnického týmu a také rozvoj ošetrovatelské praxe, kritického myšlení a výzkumu. Studenti tohoto oboru si mohou zvolit jeden jazyk, který studují obvykle tři až čtyři hodiny týdně. Celkem se tedy jazykově vzdělávají přibližně 400 hodin za celé čtyři roky studia. Absolvent oboru je schopen samostatné odborné činnosti v péči o zdraví jako sestra v nemocnicích, v ambulantních složkách státních i privátních, ale také v terénní i domácí péči v rámci primární, sekundární i terciální zdravotní péče o populaci. Diplomovaná všeobecná sestra je schopna samostatné práce, rozhodování a prosazování svých postojů na všech úsecích ústavní, ambulantní i domácí zdravotní péče. Uplatní se jako všeobecná sestra s předpoklady pro vedení ošetrovatelského týmu. Praktické zaměření studia, vzdělání v multidisciplinárních oborech, jazyková příprava, vzdělání v oblasti managementu a administrativy, psychologie, komunikace, pedagogiky, sociologie i práva a legislativy. Vytváří předpoklady pro plnění řídicích úkolů v ústavních i nelůžkových zdravotnických zařízeních a v privátních ošetrovatelských organizacích. Teoretické poznatky, které získá v průběhu studia, jsou předpokladem pro zapojení se do vědecké výzkumné práce v rámci své profese. Diplomovaná všeobecná sestra se může dále vzdělávat v rámci specializační průpravy v jednotlivých úsecích ošetrovatelské péče i vysokoškolského studia ošetrovatelství. (8)

Vysokoškolské navazující tříleté bakalářské studium je určeno pro absolventy středních škol s maturitou. Studium je ukončeno státní závěrečnou zkouškou a udělením akademického titulu Bakalář (Bc.). Úspěšné absolvování studijního oboru umožní vykonávat povolání v zemích Evropské unie, vedle vysokoškolského diplomu totiž

absolventi obdrží i tzv. Supplementa. Studenti si v rámci výuky volí jeden cizí jazyk, jehož časová dotace za týden je přibližně dvouhodinová. Studium jazyka trvá v prvních dvou semestrech, tzn. pouze v prvním ročníku vysokoškolského studia a celkem student za tento rok nasbírání přibližně 105 hodin jazykové vzdělanosti. Absolventi by z těchto dvou semestrů měli umět používat širší slovní zásobu, týkající se obsahu studia a budoucí profese; přiměřeně správně používat běžné gramatické struktury v rámci každodenní konverzace; zjistit údaje o pacientovi a jeho problémy; poskytnout pacientovi důležité informace, dát pokyny; porozumět sdělením v rámci profesně zaměřené komunikace; používat základní slovní zásobu a fráze umožňující komunikovat v běžných situacích vyskytujících se v dané profesi; porozumět jednodušším textům se zdravotnickou tematikou a konečně používat běžné gramatické prostředky. Absolventi mají možnost uplatnění v samostatném řízení a poskytování ošetrovatelské péče v ambulantních i lůžkových zdravotnických zařízeních, v privátních ošetrovatelských organizacích, v domácí a rodinné zdravotní péči. Získají kompetenci k provádění činností v oblasti předcházení nemocem, podpoře a udržení zdraví. Ve spolupráci s lékaři se podílejí na prevenci, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné nebo dispenzární péči. Charakteristika profese a možnosti uplatnění vycházejí ze stávající platné legislativy se zaměřením na splnění požadavků EU. (8)

Nejmenší celkový počet hodin jazyka (přibližně 585) získá student absolvující střední zdravotnickou školu, obor zdravotnický asistent s následným vysokoškolským vzděláním oboru všeobecná sestra. Pokud by ale student absolvoval obor zdravotnické lyceum na střední zdravotnické škole a pokračoval by na té samé vysoké zdravotnické škole, počet získaných hodin jazykového vzdělání by se podstatně zvýšil na přibližně 905 hodin za těchto sedm let studia. Dalším příkladem může být student absolvující střední zdravotnickou školu, obor zdravotnický asistent, a vyšší odbornou zdravotnickou školu, obor diplomovaná všeobecná sestra, ten by měl mít nasbíráno celkem přibližně 880 hodin jazyka. Vysoký počet celkově získaných jazykových hodin získá absolvent střední zdravotnické školy (obor zdravotnické lyceum) s následným nástupem na vyšší odbornou zdravotnickou školu, počet hodin je v tomto případě přibližně až 1200 za celé studium. Posledním, mnou zmíněným a z jazykového hlediska nejlépe připraveným studentem, může být absolvent po střední zdravotnické škole oboru zdravotnické lyceum, s následným absolvováním vyšší odborné zdravotnické školy i vysoké zdravotnické školy. V takovém případě by nasbíral za celé své (10tileté) studium celkem přibližně přes 1300 hodin jazykové výuky.

Studium jazyků nejen na zdravotnických školách ale představuje určité problémy. Jedním z nich mohou být například často se střídající vyučující, kdy každý z nich klade na studenty jiné nároky a také nedochází k navazování na předešlou látku. Dalším problémem jsou různé úrovně znalostí studentů jazyka ze středních škol. Dochází pak k tomu, že jsou na vyšších odborných nebo vysokých zdravotnických školách studenti na jiných (nižších nebo vyšších) úrovních a nedochází tak k prohlubování již naučené látky, ale k opakování učiva jazyka. Potom je úroveň ve znalosti cizích jazyků u absolventů nízká.

Za zmínku také stojí některé programy a možnosti mobility studentů. Program Leonardo da Vinci je v rámci programu celoživotního učení zaměřen na výukové a vzdělávací potřeby osob účastnících se odborného vzdělávání a přípravy na jiné než vysokoškolské úrovni a na instituce a organizace nabízející nebo podporující toto vzdělávání a přípravu. Přispívá ke zvýšení přitažlivosti, kvality a výkonnosti systémů odborného vzdělávání a přípravy, ke zlepšování průhlednosti, informačních a poradenských systémů, k uznávání kompetencí a kvalifikací a také k posilování evropského rozměru. Ovlivňuje iniciativy na podporu vývoje, přezkoumávání a uplatňování společných evropských nástrojů pro odborné vzdělávání a přípravu. Cílem programu je tedy zvýšení znalosti zdravotní a ošetrovatelské péče účastníků, poskytnutí odborné praxe a obohacení tím jejich profesní zkušenost. Vedle toho se program na zdravotnických školách zaměřuje i na profesně osobnostní růst studentů. To vede ke zvýšení jejich sebevědomí, schopnosti nezávislého rozhodování i přístupu k práci a s tím související schopnosti se rychle a správně rozhodnout v náročných profesních situacích. (12)

Tento program zvyšuje u studentů úroveň jejich angličtiny, a to nejen na obecné úrovni, ale především v oblasti odborné terminologie. Protože většina českého středního zdravotnického personálu nehovoří plynulou angličtinou, považovali tvůrci programu rozvoj jejich odborného jazyka za jeden ze základních předpokladů jejich mobility na národním i evropském trhu práce. Podobným způsobem fungují i další jazykové programy, jako jsou Comenius, Erasmus nebo Free movers. Pro studenty škol jsou určitě po jazykové stránce velmi přínosné. (12)

## **5 FORMULACE PROBLÉMU**

### **5.1 Cíl a úkol průzkumu**

Cílem mé bakalářské práce je zjistit jazykovou připravenost sester na ošetřování pacientů cizinců, popřípadě navrhnout možné způsoby řešení této problematiky.

### **5.2 Metodika výzkumu**

Pro mou bakalářskou práci psanou na téma „Jazyková připravenost sester na ošetřování pacientů z různých států EU“ jsem zvolila metodu kvantitativního výzkumu pomocí anonymních dotazníků. Výzkumné šetření probíhalo v období od listopadu 2011 do února 2012.

Dotazníky (viz. Příloha č. 1) byly určeny všeobecným sestram a obsahovaly 17 uzavřených a polootevřených otázek, na některé z nich měly sestry možnost vícečetných odpovědí. První tři otázky dotazníku byly tzv. identifikační, ty poskytovaly informace o věku sester, jejich vzdělání a délce praxe. Další otázky se týkají zkušeností sester při ošetřování pacientů cizinců, znalostí cizího jazyka, návrhů sester pro zlepšení tohoto případného problému a domněnek o vzdělávání sester na vyšších odborných a vysokých školách.

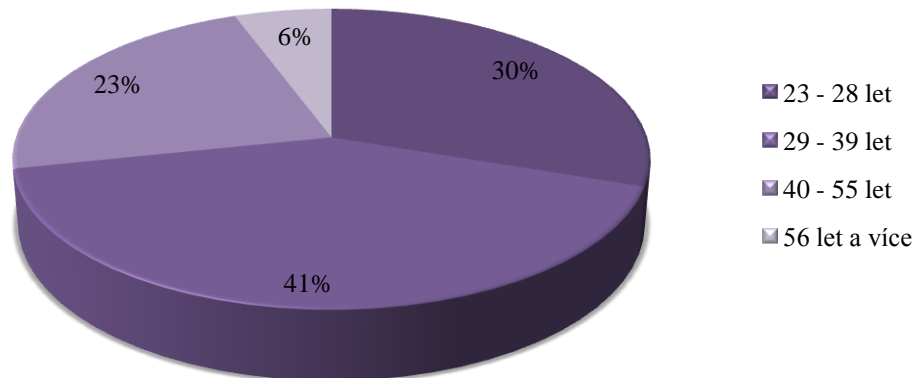
Za účelem šetření jsem oslovila pět „velkých“ nemocnic a pět nemocnic „menších“. Mezi „velké“ jsem zahrнула Fakultní nemocnici (dále jen FN) v Motole Praha, FN Lochotín Plzeň, FN Ostrava, Karlovarskou krajskou nemocnici a.s. a Pardubickou krajskou nemocnici a.s. Z „menších“ jsem si zvolila Nemocnici Český Krumlov a.s., Klatovskou nemocnici a.s., Domažlickou nemocnici a.s., Sokolovskou nemocnici s.r.o. a Vítkovickou nemocnici a.s. Činnost průzkumu na konkrétních klinikách a oddělení byla předem konzultována s náměstkyněmi ošetrovatelské péče a posléze dohodnuta u vrchních nebo staničních sester. Jednotlivé schůzky s vedoucími pracovníky byly předem dohodnuty pomocí elektronické pošty, (popř. telefonicky). V každé z nemocnic jsem rozdala 25 dotazníků, celkem tedy 250. Návratnost byla z „velkých“ nemocnic celkem 108 dotazníků (86,4%) a z nemocnic „malých“ 104 dotazníků (83,2%). Celkem jsem měla k dispozici 212 vyplněných dotazníků.

### **5.3 Hypotézy**

1. Sestry nejsou po jazykové stránce připraveny ošetřovat pacienty z různých států EU.
2. Sestry se domnívají, že ke zlepšení jazykové připravenosti na ošetřování pacientů z různých států EU by vedlo navýšení časové dotace výuky cizích jazyků v rámci studia sester.

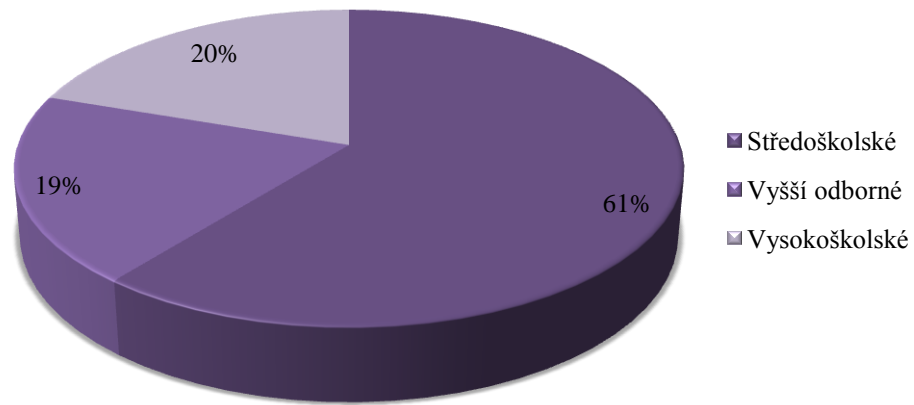
## 5.4 Prezentace získaných údajů

Graf č. 1 Věkové kategorie respondentů



Na otázku určující věkovou kategorii celkem odpovědělo 212 (100%) respondentů. Věk 23-28 let uvedlo 64 (30%) respondentů, věk 29-39 let uvedlo 88 (41%) respondentů. Ve věku 40-55 let se nachází 48 (23%) respondentů a věk 56 let a více uvedlo 12 (6%) respondentů.

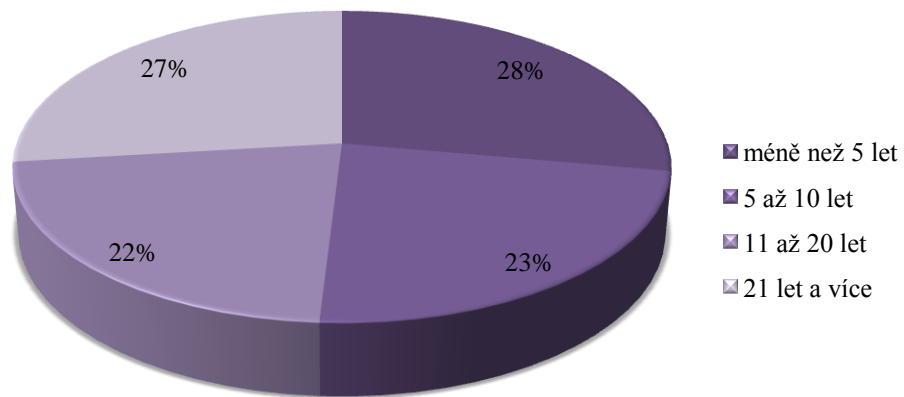
**Graf č. 2 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů**



Na otázku č. 2 „Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?“ odpověděli respondenti tak, že nejvíce z nich 129 (61%) má středoškolské vzdělání. 38 (18%) respondentů má vzdělání vyšší odborné a vysokoškolské zdravotnické vzdělání má celkem 45 (21%) respondentů.

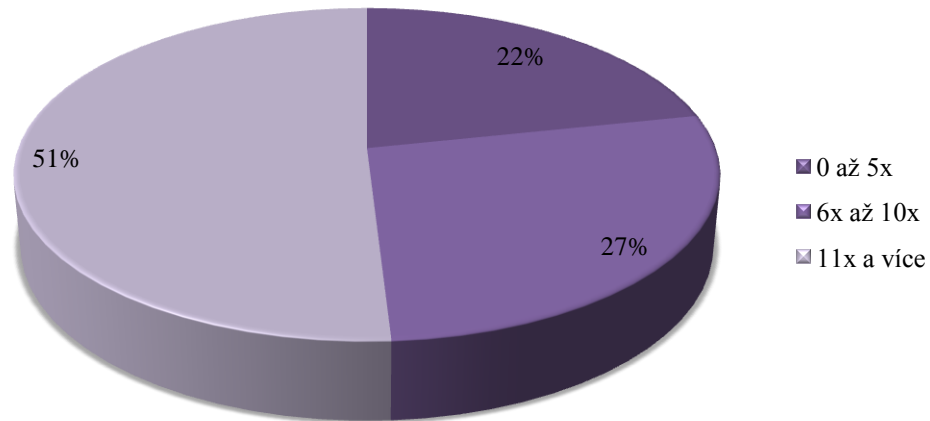


**Graf č. 3 Délka praxe ve zdravotnictví**



Z celkového počtu 212 (100%) respondentů ve zdravotnictví pracuje méně než 5 let 59 (28%) respondentů, 5 až 10 let respondentů 49 (23%), 11 až 20 let pracuje ve zdravotnictví 47 (22%) respondentů a 21 let a více 57 (27%) respondentů.

**Graf č. 4 Četnost ošetřování pacienta cizince**



Z uvedeného grafu vyplývá, že 0 až 5x ošetřovalo pacienta cizince 46 (22%) respondentů, 58 (27%) respondentů 6x až 10x a 11x a více ošetřovalo pacienta cizince celkem 108 (51%) respondentů.

**Tabulka č.1 Znalosti jazyků a úrovně jejich znalostí**

	1*		2**		3***		4****	
	Absol. č.	Relat. č.	Absol. č.	Relat. č.	Absol. č.	Relat. č.	Absol. č.	Relat. č.
Angličtina	50	24%	30	14%	57	27%	75	35%
Francouzština	0	0%	3	1%	8	4%	201	95%
Italština	3	1%	2	1%	9	4%	198	94%
Němčina	40	19%	43	20%	57	27%	72	34%
Ruština	43	20%	32	15%	36	17%	101	48%
Slovenština	142	67%	16	8%	6	3%	48	22%
Španělština	0	0%	4	2%	15	7%	193	91%

\* první úroveň znalosti jazyka – „rozumím a dokážu odpovědět“

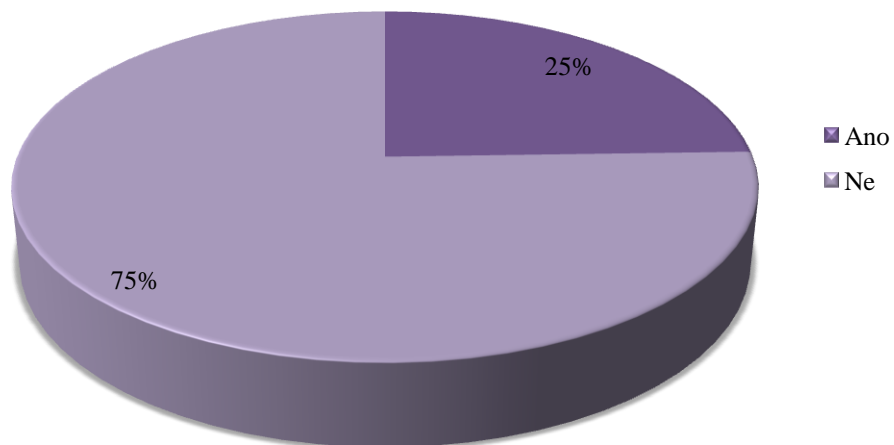
\*\* druhá úroveň znalosti jazyka – „rozumím, ale nedokážu odpovědět“

\*\*\* třetí úroveň znalosti jazyka – „rozumím jen něco“

\*\*\*\* čtvrtá úroveň znalosti jazyka – „nerozumím“

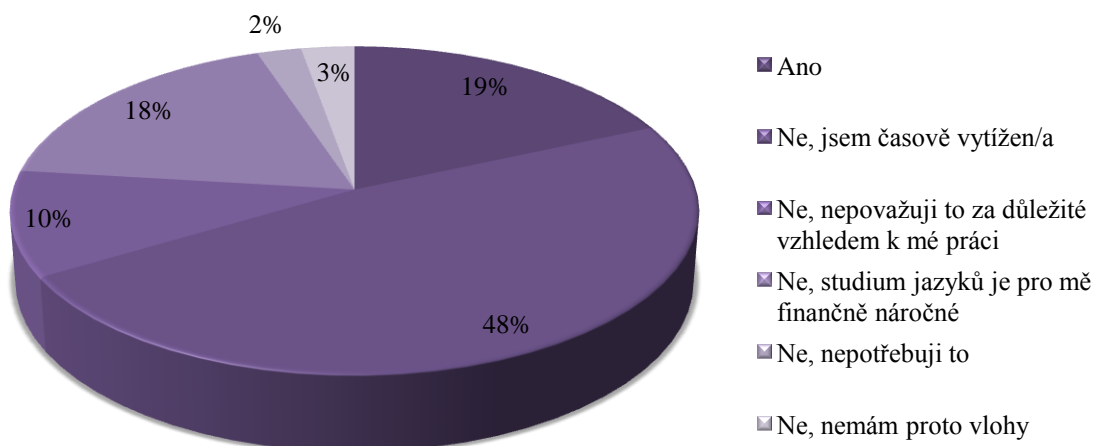
Co se týče anglického jazyka, tak z celkového počtu respondentů 212 (100%) uvedlo 50 (24%) respondentů úroveň první, druhou úroveň uvedlo 30 (14%) respondentů, 57 (27%) respondentů zvolilo úroveň třetí a 75 (35%) respondentů uvedlo úroveň 4. Francouzský jazyk ovládá na první úrovni 0 (0%) respondentů, na druhé úrovni ovládají francouzštinu 3 (1%) respondenti, 8 (4%) respondentů rozumí jen něco a uvedli tak úroveň třetí a poslední úroveň uvedlo největší počet respondentů celkem 201 (95%). Italštinu ovládají na první úrovni 3 (1%) respondenti, 2 (1%) respondenti uvedlo úroveň druhou, třetí úroveň zvolilo u italského jazyka 9 (4%) respondentů a poslední úroveň uvedlo 198 (94%) respondentů. Německému jazyku rozumí a dokážou jím odpovědět 40 (19%) respondentů; 43 (20%) respondentů mu rozumí, ale nedokážou odpovědět; třetí úroveň, že rozumí jen něco, uvedlo 57 (27%) respondentů a čtvrtou úroveň (nerozumím) uvedlo 72 (34%). U ruského jazyka uvedlo úroveň první 43 (20%) respondentů, druhou úroveň 32 (15%) respondentů, 36 (17%) respondentů zvolilo třetí úroveň a 101 (48%) respondentů úroveň čtvrtou. Slovenský jazyk ovládá na první úrovni 142 (67%) respondentů, druhou úroveň zvolilo 16 (8%) respondentů, 6 (3%) respondentů zvolilo u slovenského jazyka třetí úroveň a poslední čtvrtou úroveň uvedlo 48 (22%) respondentů. Španělskému jazyku rozumí a dokážou jím odpovědět 0 (0%) respondentů; 4 (2%) španělsky rozumí, ale nedokážou odpovědět; třetí úroveň, že rozumí jen něco, uvedlo 15 (7%) respondentů a čtvrtou úroveň, tzn. nerozumí, uvedlo 193 (91%) respondentů.

**Graf č. 5 Jazyková připravenost na ošetřování pacientů z různých států EU**



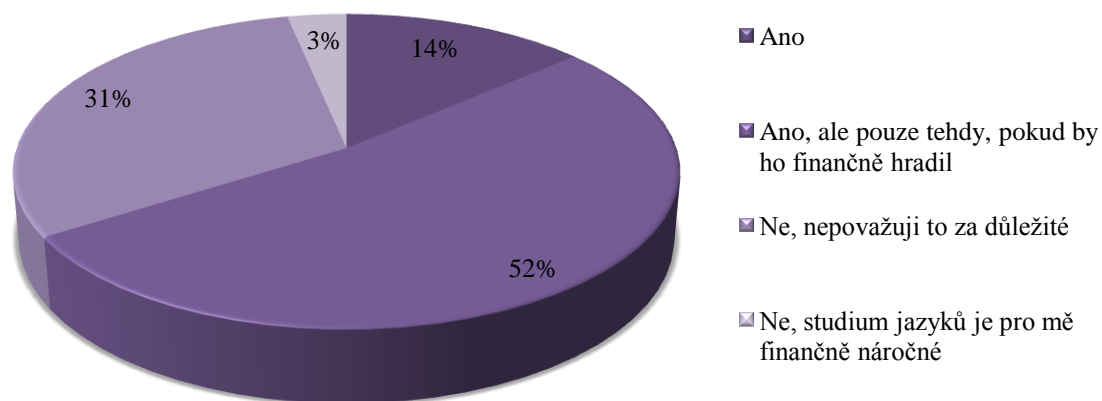
Z uvedeného grafu vyplývá, že si 52 (25%) respondentů myslí, že po jazykové stránce jsou připraveni ošetřovat pacienty z různých států EU, 160 (75%) respondentů si pak myslí, že jazykově připraveni nejsou.

**Graf č. 6 Zdokonalování se v cizím jazyku**



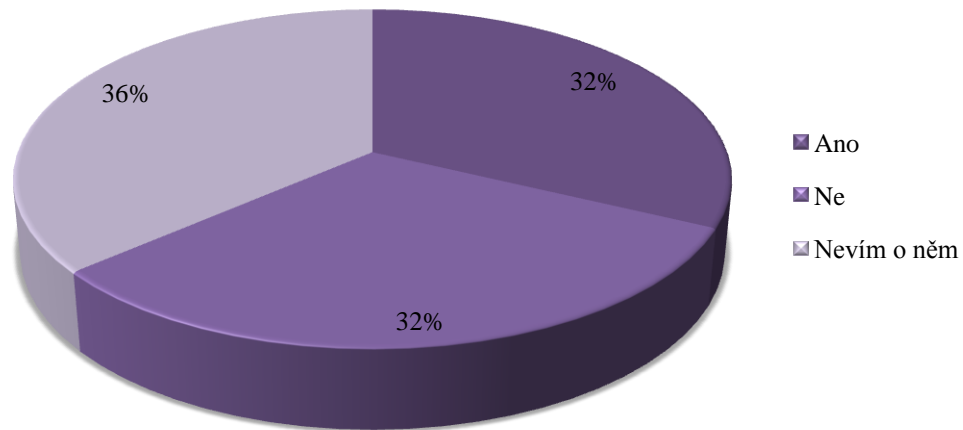
Na otázku, zda se respondenti v současnosti zdokonalují ve znalosti cizího jazyka, odpovědělo 39 (19%) ano; 102 (48%) respondentů odpovědělo ne, protože jsou časově vytíženi; ne, protože to nepovažují za důležité, odpovědělo celkem 22 (10%) respondentů; ne, protože je pro ně studium finančně náročné odpovědělo 38 (18%) respondentů; 5 (2%) respondentů odpovědělo ne a jako důvod zvolili, že to nepotřebují a 6 (3%) respondentů nemá vloh pro studium cizích jazyků.

**Graf č. 7 Uvítání návrhu zaměstnavatele na povinné studium jazyků**



Na otázku, zda by respondenti uvítali návrh zaměstnavatele na povinné studium cizího jazyka, odpověděli takto: 29 (14%) respondentů by takovýto návrh uvítalo; variantu odpovědi „Ano, ale pouze tehdy, pokud by ho finančně hradil“ by uvítalo 111 (52%) respondentů; odpověď „Ne, protože to nepovažuji za důležité“ zvolilo 65 (31%) respondentů a z důvodu časové vytíženosti by tento návrh neuvítalo 7 (3%) respondentů.

**Graf č. 8 Přítomnost tlumočnicka ve zdravotnickém zařízení**



Na otázku, zda je ve zkoumaných nemocnicích k dispozici tlumočnick odpovídali respondenti v 68 (32%) případech ano; v 67 (32%) případech ne a 77 (36%) respondentů o něm neví.

**Tabulka č. 2 Jazyky, které ovládají tlumočníci**

	Absolutní četnost
Anglický	61
Francouzský	29
Německý	57
Ruský	33
Jakýkoliv	7

Na otázku č. 10 (Jaký jazyk tlumočnick ovládá?) odpovídali pouze ti respondenti, kteří odpověděli na otázku číslo 9 (graf č. 8) „Ano“. Respondenti u této odpovědi mohli zvolit více odpovědí, celkem jich bylo 187 a z nich vyplývá, že podle 61 respondentů ovládají tlumočníci anglický jazyk; podle 29 respondentů ovládají tlumočníci jazyk francouzský; podle 57 respondentů německý; jazyk ruský ovládají tlumočníci podle 33 respondentů a jakýkoliv jazyk ovládají tlumočníci podle 7 respondentů.

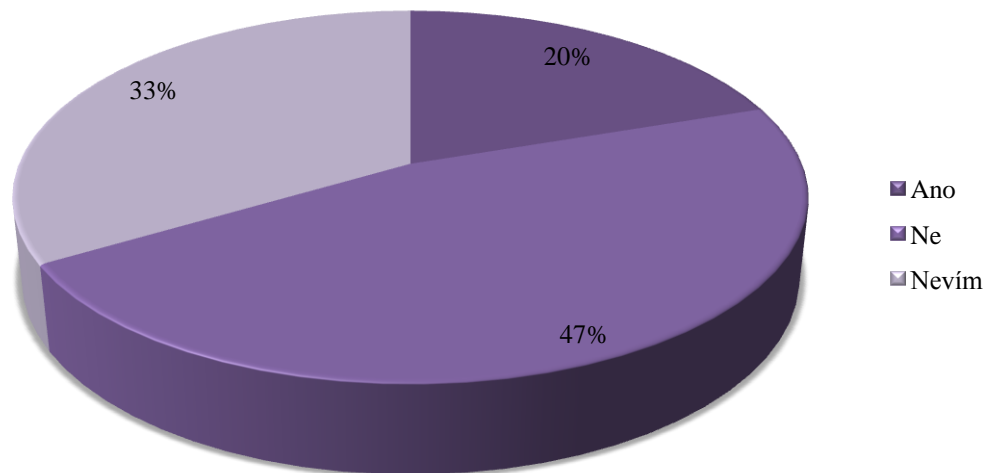


**Tabulka č. 3 Způsoby dorozumívání s cizinci**

	Absolutní četnost
Většinou se domluví pomocí angličtiny/němčiny	114
Vyhledám pomoc spolupracovníků	85
Pomocí rukou (gestika)	106
S pomocí tlumočnicka	28
Komunikační karty	3
Slovník	4

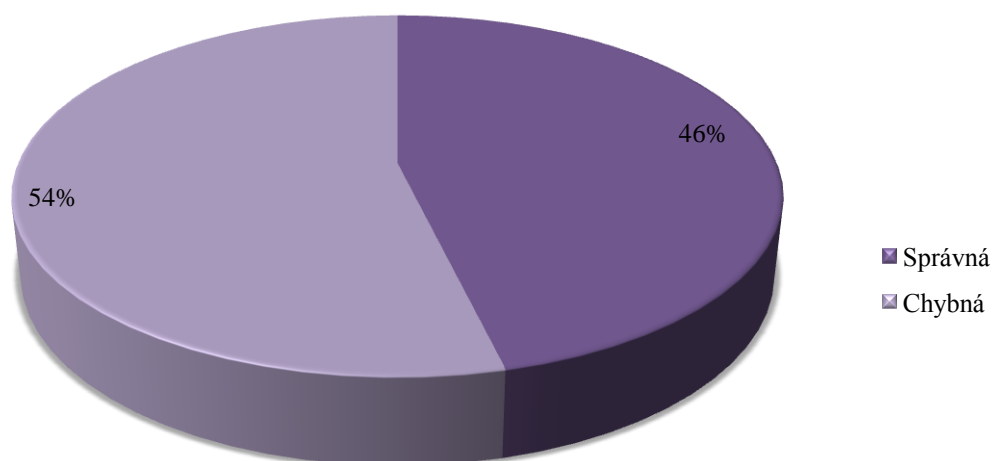
Na otázku č. 11 (Jakými způsoby se dorozumíváte s cizinci?) respondenti mohli zvolit více odpovědí, celkem jich bylo 340. Z uvedené tabulky vyplývá, že se 114 respondentů z celkového počtu 212 většinou domluví pomocí angličtiny/němčiny; 85 respondentů vyhledává pomoc od spolupracovníků; pomocí rukou (gestika) se dorozumívá 106 respondentů; tlumočnicka využívá 28 respondentů; 3 respondenti používají komunikační karty a 4 respondenti využívají slovník.

**Graf č. 9 Výuka cizích jazyků na zdravotnických školách**



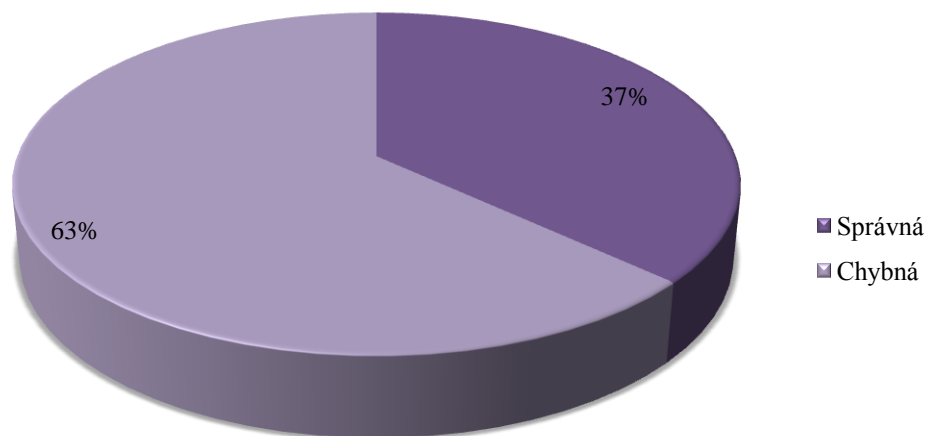
Na otázku č. 12, jestli si respondenti myslí, zda je kvalita výuky odborných jazyků v rámci studia na zdravotnických školách dostatečná, odpověděli ve 42 (20%) případech ano; v 99 (47%) případech ne a 71 (33%) respondentů neví.

**Graf č. 10 Domněnka sester o časové dotaci cizích jazyků na vyšších odborných zdravotnických školách**



Zde se jednalo o otázku doplňovací, kdy respondenti určovali, kolik hodin v týdnu se podle nich jazykově vzdělávají studenti na vyšších odborných zdravotnických školách. Z uvedeného grafu vyplývá, že respondenti mají v 98 (46%) případech správnou domněnku o povinné týdenní časové dotaci cizích jazyků v rámci studia sester na vyšších odborných školách a chybnou domněnku má 114 (54%) respondentů.

**Graf č. 11 Domněnka sester o časové dotaci cizích jazyků na vysokých zdravotnických školách**



Zde se opět jednalo o otázku doplňovací, kdy respondenti určovali kolik hodin týdně se studenti na vysokých školách v rámci studia sester mohou jazykově vzdělávat. Z uvedeného grafu vyplývá, že správně určilo povinnou týdenní časovou dotaci cizích jazyků v rámci studia sester na vysokých školách 78 (37%) respondentů a 134 (63%) respondentů určili tuto dotaci hodin chybně.

**Tabulka č. 4 Jazyky, ve kterých se podle respondentů mohou sestry v rámci studia na VOŠ vzdělávat**

	Absolutní četnost
Anglický	198
Francouzský	30
Německý	171
Ruský	39

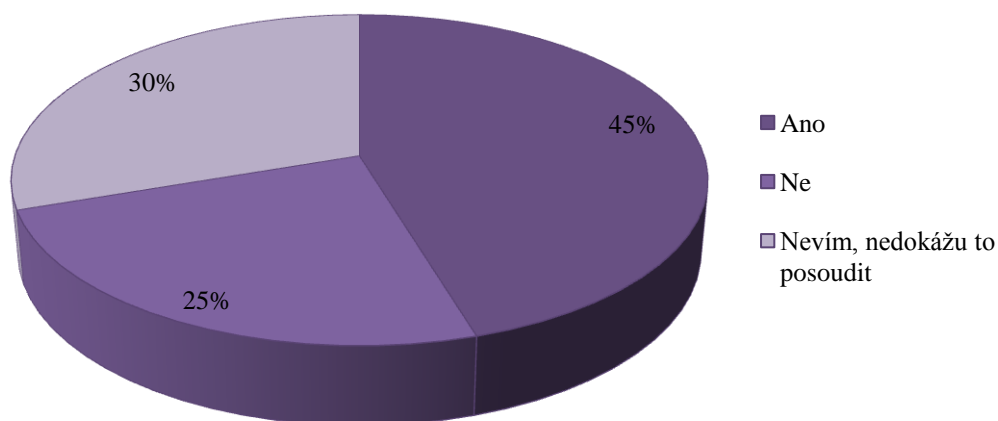
Na otázku č. 14 (V jakých jazycích se podle Vás sestry v rámci studia na VOZŠ mohou vzdělávat?) odpovědělo všech 212 dotázaných s využitím více možností odpovědí. Z tabulky vyplývá, že se sestry mohou podle 198 respondentů vzdělávat v jazyce anglickém, podle 30 respondentů v jazyce francouzském, v německém jazyce se podle respondentů sestry na VOZŠ mohou vzdělávat ve 171 případech a ruský jazyk se mohou na těchto školách učit podle 39 respondentů.

**Tabulka č. 5 Jazyky, ve kterých se podle respondentů mohou sestry v rámci studia na VŠ vzdělávat**

	Absolutní četnost
Anglický	195
Francouzský	64
Německý	174
Ruský	57
Jiný	8

Na otázku č. 15 (V jakých jazycích se podle Vás sestry v rámci studia na VŠ mohou vzdělávat?) odpovědělo všech 212 dotázaných s využitím více možností odpovědí, celkem 498. Z tabulky vyplývá, že se sestry mohou podle respondentů ve 195 případech vzdělávat v jazyce anglickém, v 64 případech v jazyce francouzském, v německém jazyce se podle respondentů sestry na VŠ mohou vzdělávat ve 174 případech a ruský jazyk se mohou na těchto školách učit podle 57 respondentů, 8 respondentů zvolilo možnost jiný jazyk (španělský a italský).

**Graf č. 12 Menší komunikační problémy u nastupující generace sester podle respondentů**



Na otázku č. 16 „Domníváte se, že nastupující generace sester bude mít menší komunikační problémy s pacienty z různých států EU díky dokonalejší výuce cizích jazyků v rámci studia?“ odpovědělo všech 212 (100%) respondentů. Kladně, tedy „Ano“ odpovědělo 96 (45%) respondentů; 52 (25%) respondentů zvolilo odpověď „Ne“ a 64 (30%) respondentů tuto otázku nedokázalo posoudit.

**Tabulka č. 6 Možné způsoby komunikace s pacienty z různých států EU**

	Absolutní četnost
Povinné studium cizích jazyků	72
Navýšení časové dotace výuky cizích jazyků v rámci vzdělávání sester	96
Poskytnutí základních výrazů ve zdravotnictví přeložených alespoň do angličtiny a němčiny	70
Poskytnutí přeložených základních informací o speciálních vyšetřeních na daných oddělení alespoň do angličtiny a němčiny	68
Zajištění překladatelské služby	64
Domnívám se, že v našem zdravotnickém zařízení není co zlepšovat	8
Jiné	4

Na otázku č. 17 (Co by podle Vás vedlo ke zlepšení komunikace s pacienty z různých států EU?) měli respondenti možnost vícečetných odpovědí, celkem jich bylo 382. Podle 72 respondentů by komunikaci s pacienty cizinci zlepšilo povinné studium jazyků; navýšení časové dotace výuky cizích jazyků v rámci vzdělávání sester by zlepšilo komunikaci podle 96 respondentů, 70 respondentů by navrhovalo ke zlepšení poskytnutí základních výrazů ve zdravotnictví přeložených alespoň do angličtiny a němčiny; 68 respondentů by navrhovalo poskytnutí přeložených základních informací o speciálních vyšetřeních na daných odděleních alespoň do angličtiny a němčiny; návrh zajištění překladatelské služby uvedlo 64 respondentů; podle 8 respondentů není co zlepšovat v komunikaci s cizinci v jejich zdravotnickém zařízení a jiný názor (stáž v zahraničí, komunikační karty) na zlepšení mají 4 respondenti.



## 6 DISKUZE

Výzkumné šetření mé bakalářské práce „Jazyková připravenost sester na ošetřování pacientů z různých států EU“ potvrdilo obě dvě mnou stanovené hypotézy. Hypotézu první, že všeobecné sestry nejsou po jazykové stránce připraveny ošetřovat pacienty z různých států EU, mi potvrdila otázka č. 5, otázka č. 6 a č. 7. A hypotézu druhou, kdy se sestry domnívají, že ke zlepšení jazykové připravenosti na ošetřování pacientů z různých států EU by vedlo navýšení časové dotace výuky cizích jazyků v rámci studia sester, mi potvrdila otázka č. 12 a č. 17.

V otázce č. 5., která se tedy vztahovala k první hypotéze, jsem se dotazovala na to, jakým jazykem se respondenti, tedy sestry domluví a na jaké úrovni. Zde respondenti hodnotili u jednotlivých jazyků úroveň svých znalostí. Nejlépe dopadl mezi jazyky jazyk slovenský, kterému rozumí a dokáže jím odpovědět více jak polovina respondentů z celkového počtu tázaných. Na druhém místě je anglický jazyk, který uvedlo pouze 50 (24%) respondentů. Další nejspornější jazyk pro sestry, ve kterém dokážou pacientovi cizinci odpovědět je jazyk ruský. Rusko sice není zemí EU, ale ruský jazyk jsem do svého výzkumného šetření zahrнула kvůli dřívější povinné výuce tohoto jazyka na školách. Sestry starší 40ti let, většinou odpovídaly kladně na znalost ruského jazyka kladně. Dále se vyskytovaly vyšší úrovně ve znalosti tohoto jazyka v dotaznících z Karlovarské krajské nemocnice, a.s., kde se právě s rusky hovořícími pacienty sestry setkávají častěji. Čtvrtou nejpočetnější skupinu tvoří respondenti ovládající německý jazyk. Na znalost německého jazyka většinou kladně odpovídali respondenti, kteří pracují blízko německých hranic. Konkrétně v nemocnicích: Domažlická nemocnice a.s., Klatovská nemocnice a.s., Karlovarská krajská nemocnice a.s. a Sokolovská nemocnice s.r.o. Další jazyky, na které jsem se tázala ve svém šetření, jsou italština, francouzština a španělština. Tyto jazyky ovládá jen velmi málo sester. Italsky mluví pouze 1% respondentů, kteří se vyskytovali jen ve FN Motol v Praze. Francouzsky a španělsky pak některé sestry pouze rozumí, ale odpovědět ve zmíněném cizím jazyce nedokážou. Ze všeho výše zmíněného vyplývá, že jen minimum sester ovládá cizí jazyky. Potvrzuje to i další otázka, týkající se mé hypotézy. V této otázce (č. 6) jsem se ptala respondentů, zda si myslí, že jsou po jazykové stránce připraveni ošetřovat pacienty z různých států EU. Jen 25% respondentů si myslí, že jsou jazykově připraveni na pacienty cizince a zbytek, tedy 75% respondentů na tuto otázku odpověděl záporně. Otázka č. 4, dotazující se na četnost ošetřování pacientů cizinců, však dokazuje, že se

sestry mnohokrát setkávají s pacienty cizinci v nemocnicích. Dle mých předpokladů vyplynulo ze šetření, že sestry s delší praxí častěji ošetřovaly pacienta cizince. S pacienty cizinci se ale setkávají sestry všech věkových kategorií celkově poměrně často. V důsledku toho mě zajímala otázka, proč se tedy už dále jazykově nevzdělávají. Důvodů může být mnoho. Podle odpovědí na otázku č. 7, respondenti uváděli nejčastěji důvod časové vytíženosti, dále důvod finanční náročnosti studia jazyků a také nedůležitost vzhledem k jejich práci. Jelikož se jednalo o otázku polootevřenou, měly sestry možnost vyjádřit ještě jiné důvody k tomu, proč nezvyšují své jazykové schopnosti. Několik málo sester tuto možnost využilo a doplnilo, že studium cizích jazyků nepotřebují, a dále že pro jazykové vzdělávání nemají vloh. Kladně na tuto otázku, tedy že se v současnosti zdokonalují v cizím jazyce, odpovědělo pouze 19% respondentů. Jazyky, které pak sestry určovaly za ty, které studují, byly ve většině případů angličtina nebo němčina, dále pak italština, francouzština nebo dokonce v jednom případě arabština. V otázce č. 8, která s touto úzce souvisí, jsem se dále ptala na to, zda by respondenti uvítali návrh na povinné studium jazyků od zaměstnavatele. Více jak polovina odpověděla kladně, ale pouze v případě, kdy by ho zaměstnavatel finančně hradil. Dalších 14% respondentů odpovědělo jen „Ano“ a zbylí respondenti odpovídali záporně, a to nejčastěji z důvodu nedůležitosti nebo finanční náročnosti studia jazyků. Největšími problémy jazykové nepřipravenosti sester jsou tedy čas a finance. V souvislosti s tímto mě napadá, že pokud by zaměstnavatelé umožnili placené jazykové vzdělávání v rámci pracovní doby nebo studium jazyka v celoživotním vzdělávání sester, popřípadě i za kredity pro sestry, věřím, že by tento návrh sestry uvítaly a dále se tak v mnohem větší míře v cizím jazyce vzdělávaly. Takto se domnívám, že i přes časovou vytíženost sester, která je zřejmá, by v jejich případě bylo možné se dále jazykově vzdělávat. Velký problém je ale také myslím v tom, že sestry nejsou dostatečně motivovány a vzdělávat se už nechtějí. V nemocnicích samozřejmě existuje plno alternativních způsobů komunikace s pacientem cizincem, které se stále více používají a sestry se tak díky nim domluví s pacientem alespoň na základních potřebách. Jsem ale přesvědčená, že nikdy takto nedojde k uspokojení všech pacientových potřeb, a holistická filozofie ošetrovatelské péče tak není naplněna. Proto si myslím, že dorozumívání se pomocí cizího jazyka je z hlediska ošetřování pacienta cizince pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče nezbytné.

Z předešlých otázek vyplývá, že sestry na pacienty cizince připraveny po jazykové stránce nejsou, zajímalo mě tedy, zda mají v nemocnicích k dispozici alespoň

tlumočnickou službu. Na tuto otázku (č. 9) respondenti odpověděli ve 32% případech „Ano“, ve stejném počtu případů „Ne“ a zbytek respondentů o tlumočnickovi v jejich zdravotnickém zařízení nevědělo. Ptala jsem se také na jazykovou vybavenost tlumočnicků, a to pouze toho vzorku respondentů, který v otázce č. 9 zvolil odpověď „Ano“. Ovládanými jazyky tlumočnicků, uváděnými respondenty z různých zdravotnických zařízení, byly nejčastěji: jazyk anglický, německý, ruský a nakonec francouzský. V dotaznících z FN v Motole v Praze na tuto otázku respondenti často odpovídali možností „jakýkoliv jazyk“. Tato nemocnice, jak jsem zjistila, má k dispozici přímo cizinecké oddělení, kde se domluví s pacientem z jakékoliv země. Předpokládám, že je to z toho důvodu, že tato nemocnice vnímala problém s dorozumíváním se s větším počtem cizinců díky tomu, že v Praze se vyskytuje a tudíž i ošetřuje mnohem více cizinců, než ve městech ostatních. V souvislosti s tím mě také zajímalo, jak se sestry domluví s pacientem cizincem, proto jsem se této problematice věnovala v jedné z otázek (č. 11). Nejčastěji respondenti uváděli, že se dorozumí pomocí angličtiny nebo němčiny, což je překvapující, protože v předešlých otázkách uvedli, že tyto jazyky ovládají nedostatečně. Dále respondenti volili možnost dorozumívání se pomocí rukou (gestika). V tomto případě jsem opět přesvědčena o tom, že způsob této komunikace musí být zcela jistě v rámci poskytování holistické ošetrovatelské péče nedostatečný. Nedokážu si představit, jak se sestra pomocí gest bude ptát pacienta např. na bolest. Čtvrtina respondentů zvolila možnost vyhledání pomoci od spolupracovníků. Ovšem pokud se na oddělení sejde na jedné směně více jazykově nepřipravených sester (což je vzhledem k výsledkům mého šetření značně pravděpodobné), pak i tahle možnost zaniká. Pomoc tlumočnicka pak využije pouze 28 respondentů z celkově 212 tázaných, což mi přišlo hodně zarážející, vzhledem k tomu, že v otázce č. 9, kde se ptám, zda je ve zdravotnickém zařízení k dispozici tlumočnick, odpovědělo 68 respondentů ano. Z toho vyplývá, že ač je tlumočnická služba v nemocnicích k dispozici, sestry ji stejně při ošetřování pacientů cizinců nevyužívají. Své výsledky jsem porovnala s výsledky Simony Kasové, která ve své bakalářské práci uvádí, že tlumočnickou službu užívají pouze 3 její respondenti (3,16%), kdy 38 (40%) respondentů odpovědělo, že tuto službu mají k dispozici. Dále sestry měly v této otázce možnost doplnění odpovědi, kdy tři z nich uvedly, že se s pacienty domluví pomocí komunikačních karet a čtyři pak s použitím slovníku.

Moje druhá hypotéza zní: Sestry se domnívají, že ke zlepšení jazykové připravenosti na ošetřování pacientů z různých států EU by vedlo navýšení časové dotace výuky

cizích jazyků v rámci studia sester. Tuto hypotézu potvrdily otázky č. 12 a č. 17. Na otázku č. 12, kdy respondenti odpovídali na to, zda je podle nich časová dotace jazykových hodin na zdravotnických školách dostatečná, odpověděli jen ve 20 % případech „Ano“, skoro polovina respondentů odpověděla záporně a zbytek zvolil odpověď „Nevím“. Navíc respondenti nemají představu o tom, kolik hodin týdně se sestry v rámci zdravotnického studia mohou jazykově vzdělávat. Toto tvrzení mi potvrdila otázka další (č. 13), kdy jsem se v první její části ptala, kolik povinných hodin týdně jazykové výuky mají na vyšších odborných zdravotnických školách a v druhé části, kolik hodin jazyka týdně mají sestry na školách vysokých. Tato otázka mě zajímala z toho důvodu, že mnoho sester tvrdí to, že nastupující generace bude jazykově lépe připravena, než jsou sestry, které studovaly dříve (před rokem 1989). Bohužel, ale netuší, že jazykové hodiny na dnešních zdravotnických školách jsou takto časově nedostatečné. Respondenti odpovídali ve více jak v polovině odpovědí chybně, ale pořád se nemýlili tak, jako v části druhé, kdy jsem se ptala na vzdělávání sester na školách vysokých. Tam si respondenti mysleli, že jazykových hodin bude týdně mnohem více, než na školách vyšších odborných. Výjimkou byli většinou respondenti, kteří v otázce nejvyšší dosažené vzdělanosti (otázce č. 2) uváděli odpovědi: vyšší odborné nebo vysokoškolské, tedy ti, kteří tímto vzděláním prošli a přibližně ví, jaká je časová dotace na navazujícím studiu. Navíc na vysokých školách zdravotnických je dotace jazykových hodin nedostatečná nejen z toho důvodu, že je pouze dvě hodiny v týdnu, ale hlavně proto, že výuka probíhá pouze v prvním ročníku, tohoto tříletého studia. Naproti tomu výuka na vyšších zdravotnických školách v rámci studia sester probíhá nejen v prvním, ale ve všech třech ročnících, navíc tři hodiny týdně a sestry vykonávají z cizího jazyka i závěrečnou zkoušku. Časová dotace hodin na vysokých a vyšších zdravotnických školách a jejich rozdílnost v počtu hodin zarazila i mě. Pokud by se vyšší odborné školy měly rušit, o čemž se neustále diskutuje, pak pokud bych se zaměřila pouze na jazykovou připravenost budoucích sester (což samozřejmě v celkovém pohledu zcela možné není), bude to krok nesprávným směrem.

Ještě před rozdáním dotazníků byla moje domněnka taková, že sestry mají mylné představy nejen o tom, kolik jazykových hodin mají studující sestry k dispozici na zdravotnických školách, ale i o tom v jakých jazycích se v dnešní době mohou na těchto školách vzdělávat. Proto jsem se v dotazníku dále na tyto otázky dotazovala. Jednalo se o otázku č. 14, ve které jsem se ptala na možnosti studovaných jazyků v rámci studia vyššího odborného, a otázku č. 15, kdy jsem se zajímala o stejnou věc v rámci studia

vysokoškolského. Na tyto otázky jsem dostala podobné odpovědi. Respondenti odpovídali, že se sestry mohou nejčastěji vzdělávat v jazyce anglickém nebo německém jazyce, což je správně, volba jazyka anglického a německého je totiž k dispozici na všech zdravotnických školách. Ovšem vzdělávání se v jazyce jiném je na některých školách problémem. Pokud je na nich ta možnost a je poskytnut výběr z více jazyků, studenti si přesto zvolí jeden z těchto dvou (anglický/německý). Dle mého názoru je problém především v tom, že si studenti v rámci studia mohou zvolit pouze jeden cizí jazyk. Respondenti byli opačného názoru, kdy z dotazníků byla zřejmá jejich domněnka o možnosti výběru z více cizích jazyků v rámci studia sester. Mimo anglický a německý jazyk byl uváděn i jazyk francouzský, ruský, italský nebo španělský. Respondentů, kteří tyto jazyky uvedli, bylo v otázce č. 14 méně než u otázky následující. Z toho vyplývá, že si o jazykové výuce na vyšších odborných zdravotnických školách myslí, že je v počtu a možnosti vyučujících hodin méně dostačující, než škola vysoká. Ve skutečnosti se ale domnívám, že je to naopak, i když situace je na různých školách individuální.

Další otázka, kterou jsem se v šetření zabývala, byla, zda si respondenti myslí, že nastupující generace sester bude mít menší komunikační problémy s pacienty z různých států EU. Tato otázka (č. 16.) se potvrdila, respondenti odpovídali nejčastěji „Ano“, a to skoro polovina z dotazovaných. Zbytek respondentů volili odpověď „Ne“ nebo „Nevím, nedokážu to posoudit“. Dle mého názoru jsou sestry, které již nestudují málo informované, o tom, jaká je nynější situace výuky jazyků na školách, což se mi potvrdilo v předešlých otázkách. Zvláště ty starší, které měly dříve možnost jazykového vzdělávání pouze v ruském jazyce. Právě ty si myslí, že nastupující generace bude lépe připravená na ošetřování pacientů cizinců. Opak je ale pravdou. Časová dotace ruského jazyka byla dříve vyšší, než je časová dotace cizích jazyků na školách dnešních. Navíc se z něj skládala i maturitní zkouška, kterou na dnešních středních zdravotnických školách sestry z jazyka skládat nemusí. I když je dnes více možností učení se cizímu jazyku, právě na zdravotnických školách jsou možnosti omezené nebo hodinově nedostatečné a sestry jsou proto podle mě připraveny na cizince ještě v menší míře, než tomu bylo dříve. Na poslední otázku v dotazníku (č. 17), kdy jsem se ptala, co by podle sester vedlo ke zlepšení komunikace s pacientem cizincem, byla nejčastější odpověď (96 případů) navýšení časové dotace výuky cizích jazyků v rámci vzdělávání sester. Naopak nejméně častá odpověď, kdy ji uvedlo pouze 8 respondentů, byla „Domnívám se, že v našem zdravotnickém zařízení není co zlepšovat“. Další nejčastější odpověď na

tuto otázku byla možnost povinného studia jazyků, které jak už víme z předchozích otázek, by většina sester uvítala jen v případě, pokud by ho zaměstnavatel finančně hradil. Dále by podle 64 sester ke zlepšení komunikace s pacientem cizincem vedlo zajištění překladatelské služby. Podle dalších 70 respondentů by vedlo ke zlepšení komunikace s cizincem poskytnutí základních výrazů ve zdravotnictví přeložených alespoň do angličtiny a němčiny a podle 68 respondentů poskytnutí přeložených základních informací o speciálních vyšetřeních na daných oddělení alespoň do angličtiny a němčiny. Jako jiné možnosti zlepšení komunikace doplnili 4 respondenti komunikační karty a stáže v zahraničí. Ta je podle mého názoru také přínosná pro učení se cizímu jazyku především právě v rámci oboru. Zahraniční stáže jsou doménou zejména vysokých škol, popř. vyšších, na tohle jsem se zaměřila a zmiňuji to ve své teoretické části práce.

## ZÁVĚR

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, zda jsou sestry jazykově připraveny ošetřovat pacienty z různých států EU. I přestože z mého šetření vyplývá, že sestry nejsou po jazykové stránce připraveny ošetřovat pacienty cizince, domnívám se, že je nutné konstatovat, že cíl, který jsem si na začátku práce stanovila, byl splněn. Největším důvodem výsledku mého šetření je dle mého názoru fakt, že jazyková výuka na zdravotnických školách je pro budoucí všeobecné sestry nedostatečná. Ty potom nedokážou komunikovat s pacienty cizinci, což je jedna z nejdůležitějších úloh sester. Důsledek toho může být to, že se sestry kontaktu s pacientem vyhýbají, kontaktují ho pouze tehdy, pokud mu něco potřebují a soustředí se u něj pouze na základní onemocnění a uspokojování základních potřeb. Pacienti si pak v našich nemocnicích mohou přijít zanedbaní, mají ve většině případů málo informací a navíc může dojít i k nepřesnému odebrání anamnézy, což je z ošetrovatelského hlediska velký problém.

Jsem ráda, že jsem do této problematiky nahlédla a mým doporučením by bylo navýšení časové dotace jazykových hodin v rámci studia sester, dále rozšíření nabídky cizích jazyků na zdravotnických školách a uvedení dvou povinných cizích jazyků, jako je tomu na ostatních středních nebo vysokých školách. Myslím ale, že vzdělávání jazyka pouze v rámci zdravotnických škol nestačí, ty totiž poskytnou pouze základ, který v konverzaci s cizincem není dostatečný. Proto by i v průběhu let sestry měly tyto základy dále rozvíjet. A to buď individuálně v rámci kurzů, seminářů apod. Nebo zahrnutím jazykového vzdělávání do vzdělávání celoživotního, tedy za kredity pro sestry. Další možné způsoby řešení, jak už jsem zmínila ve své práci, je zajištění tlumočnické služby v nemocnicích, a když už je tato služba v nemocnici k dispozici, bylo by vhodné její využívání. Dále používání komunikačních karet, které ale dle mého názoru nejsou úplně dostačující, komunikaci s pacientem sice ulehčí, ale sestra pak nemá tolik informací k tomu, aby uspokojila všechny jeho potřeby (např. „vyšší“). A jako poslední, dle mého názoru nejdůležitější je pozitivní motivace zdravotníků učit se cizí jazyk (např. finanční motivace). Ke všemu tomuhle je totiž důležité to, aby se sestry vzdělávat chtěly.

## LITERATURA A PRAMENY

1. CÍLKOVÁ, E., SCHÖNEROVÁ, P. *Náměty pro multikulturní výchovu*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 168 s. ISBN 978-80-7367-238-6.
2. Co motivuje zdravotníky učit se odborný cizí jazyk. *Sestra*. 2008 (č. 10). ISSN 1210-0404.
3. *Český statistický úřad: Cizinci v ČR 2011*. [online]. Poslední změna 3.1. 2012 [cit. 2012-01-11]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/p/1414-11>
4. DRBOHLAV, Dušan. *Migrace a (i)migranti v Česku: kdo jsme, odkud přicházíme, kam jdeme?*. Vyd. 1. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2010, 207 s. Studie (Sociologické nakladatelství), sv. 66. ISBN 978-807-4190-391.
5. ELBERTOVÁ, Z. *Jazykové bariéry v českém zdravotnictví*. [on-line]. [cit. 2010-07-20]. Dostupné z: <http://www.alfacz-preklady.cz/novinky/jazykove-bariery-v-ceskem-zdravotnictvi/>
6. *Evropa: Portál Evropské unie*. [online]. [cit. 2011-12-27]. Dostupné z: [http://europa.eu/about-eu/index\\_cs.htm](http://europa.eu/about-eu/index_cs.htm)
7. *Evropská komise: Jazyky*. [online]. [cit. 2011-12-28]. Dostupné z: [http://ec.europa.eu/languages/languages-of-europe/eu-languages\\_cs.htm](http://ec.europa.eu/languages/languages-of-europe/eu-languages_cs.htm)
8. *Fakulta zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni* [online]. 25. 8. 2009 [cit. 2012-02-08]. Dostupné z: [http://www.zcu.cz/fzs/kos/Studijni\\_obory/bakalarske/](http://www.zcu.cz/fzs/kos/Studijni_obory/bakalarske/)
9. INSTITUT ZDRAVOTNÍ POLITIKY A EKONOMIKY. *Péče o cizince v ordinaci lékaře v ČR*. Kostelec nad Černými lesy: 2003, 100 s. ISBN 80-866-2512-5.
10. IVANOVÁ, Kateřina . *Multikulturní ošetřovatelství I*. 1. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1212-1.



11. JANOUŠEK, Jaromír. *Verbální komunikace a lidská psychika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1594-0.
12. *O programu Leonardo da Vinci*. [online]. [cit. 2012-03-19]. Dostupné z: [http://www.naep.cz/index.php?a=view-project-folder&project\\_folder\\_id=62](http://www.naep.cz/index.php?a=view-project-folder&project_folder_id=62)
13. PARKINSON, Joy a Chris BROOKER. *Angličtina pro sestry: manuál pro praxi*. 1. české. Jitka Klinkerová. Martina Bidlová. Praha: Grada, 2005, 316 s. ISBN 80-247-1282-2.
14. PEŠEK, Jaromír a Jiřina PAVLÍKOVÁ. *Naše zdravotnictví a lékárenství v EU*. Praha: Grada, 2005, 152 s. ISBN 80-247-1392-6.
15. SCHULZ VON THUN, Friedemann. *Jak spolu komunikujeme?: Překonávání nesnází při dorozumívání*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0832-9.
16. *Společný evropský referenční rámec pro jazyky: Jak se učíme jazykům, jak je vyučujeme a jak v jazycích hodnotíme*. Vyd. 1. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2002, 267 s. ISBN 80-244-0404-4.
17. *SZŠ a VOZŠ Plzeň* [online]. [cit. 2012-02-08]. Dostupné z: [http://www.zdravka-plzen.cz/index.php?option=com\\_content&task=view&id=53&Itemid=103](http://www.zdravka-plzen.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=53&Itemid=103)
18. ŠPIRUDOVÁ, Lenka. *Multikulturní ošetrovatelství II*. 1. Praha: Grada, 2006, 248 s. ISBN 80-247-1213-X.
19. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006, 144 s. ISBN 80-247-1262-8 .
20. *Wikipedie: Otevřená encyklopedie*. [online]. [cit. 2011-12-27]. Dostupné z: [http://cs.wikipedia.org/wiki/Evropská\\_unie](http://cs.wikipedia.org/wiki/Evropská_unie)

## SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 Věková kategorie respondentů

Graf č. 2 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Graf č. 3 Délka praxe ve zdravotnictví

Graf č. 4 Četnost ošetřování pacienta cizince

Graf č. 5 Jazyková připravenost na ošetřování pacientů z různých států EU

Graf č. 6 Zdokonalování se v cizím jazyku

Graf č. 7 Uvítání návrhu zaměstnavatele na povinné studium jazyků

Graf č. 8 Přítomnost tlumočnicka ve zdravotnickém zařízení

Graf č. 9 Výuka cizích jazyků na zdravotnických školách

Graf č. 10 Domněnka sester o časové dotaci cizích jazyků na vyšších odborných zdravotnických školách

Graf č. 11 Domněnka sester o časové dotaci cizích jazyků na vysokých zdravotnických školách

Graf č. 12 Menší komunikační problémy u nastupující generace sester podle respondentů

## **SEZNAM TABULEK**

Tabulka č. 1 Znalosti jazyků a úrovně jejich znalostí

Tabulka č. 2 Jazyky, které ovládají tlumočníci

Tabulka č. 3 Způsoby dorozumívání s cizinci

Tabulka č. 4 Jazyky, ve kterých se podle respondentů mohou sestry v rámci studia na VOŠ vzdělávat

Tabulka č. 5 Jazyky, ve kterých se podle respondentů mohou sestry v rámci studia na VŠ vzdělávat

Tabulka č. 6 Možné způsoby zlepšení komunikace s pacienty z různých států EU

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č. 1 – Dotazník pro respondenty (všeobecné sestry)

Příloha č. 2 – Karta pojištění EU

Příloha č. 3 – Ukázka komunikačních karet

## 7 PŘÍLOHY

Příloha č. 1

Dobrý den,

jmenuji se Martina Peterová a studuji Fakultu zdravotnických studií na Západočeské univerzitě v Plzni. V současné době píši bakalářskou práci na téma: „Jazyková připravenost sester na ošetřování pacientů z různých států EU“. Chtěla bych Vás vyplněním tohoto dotazníku požádat o pomoc při jejím zpracování. Doufám, že mi pomůže při objasňování situací a problematiky, u kterých je třeba požadovat zlepšení. Dotazník je zcela anonymní, údaje budou použity pouze pro mou bakalářskou práci. Předem Vám děkuji za jeho vyplnění.

**1) Kolik let Vám je?**

- a) 23 - 28 let
- b) 29 - 39 let
- c) 40 - 55 let
- d) 56 let a více

**2) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

- a) Středoškolské studium, dokončeno v roce \_\_\_\_
- b) Vyšší odborné studium, dokončeno v roce \_\_\_\_
- c) Vysokoškolské studium, dokončeno v roce \_\_\_\_
- d) Specializační studium - Jaké? \_\_\_\_\_, dokončeno v roce \_\_\_\_

**3) Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?**

- a) méně než 5 let
- b) 5 až 10 let
- c) 11 až 20 let
- d) 21 let a více

**4) Kolikrát jste za svoji praxi ošetřoval/a pacienta cizince?**

- a) 0 až 5x
- b) 6x až 10x
- c) 11x a více, asi tak \_\_\_\_ x

**5) Jakým jazykem se domluvíte a na jaké úrovni?** /1- rozumím a dokážu odpovědět, 2- rozumím, ale nedokážu odpovědět, 3- rozumím jen něco, 4- nerozumím/

- |                  |            |
|------------------|------------|
| a) Angličtina    | 1__2__3__4 |
| b) Francouzština | 1__2__3__4 |
| c) Italština     | 1__2__3__4 |
| d) Němčina       | 1__2__3__4 |
| e) Ruština       | 1__2__3__4 |
| f) Slovenština   | 1__2__3__4 |
| g) Španělština   | 1__2__3__4 |
| h) Jiný _____    | 1__2__3__4 |

**6) Myslíte si, že jste po jazykové stránce připraven/a ošetřovat pacienty z různých států EU?**

- a) Ano
- b) Ne

**7) Zdokonalujete se v současné době ve znalosti cizího jazyka?**

- a) Ano, v \_\_\_\_\_ (doplňte prosím v jakém jazyce)
- b) Ne, jsem časově vytížen/a
- c) Ne, nepovažuji to za důležité vzhledem k mé práci
- d) Ne, studium cizích jazyků je pro mě finančně náročné
- e) Ne, jiný důvod, jaký \_\_\_\_\_

**8) Uvítal/a byste návrh zaměstnavatele na povinné studium cizího jazyka?**

- a) Ano
- b) Ano, ale pouze tehdy, pokud by ho finančně hradil
- c) Ne, nepovažuji to za důležité
- d) Ne - jiný důvod, jaký \_\_\_\_\_

**9) Je ve Vašem zdravotnickém zařízení k dispozici tlumočnick?**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím o něm

*Pokud jste na ot.č.9 odpověděl/a „Ano“, pokračujte ot.č.10, pokud jste zvolil/a jinou odpověď, pokračujte ot.č.11*

**10) Jaký jazyk tlumočnick ovládá?**

- a) Anglický
- b) Francouzský
- c) Německý
- d) Ruský
- e) Jiný \_\_\_\_\_

**11) Jakými způsoby se dorozumíváte s cizinci?**

- a) Většinou se domluví pomocí angličtiny/němčiny
- b) Vyhledám pomoc spolupracovníků
- c) Pomocí rukou (gestika)
- d) S pomocí tlumočnicka
- e) Jiné \_\_\_\_\_

**12) Myslíte si, že je kvalita výuky odborných cizích jazyků v rámci studia na zdravotnických školách dostatečná?**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

**13) Jaká se domníváte, že je časová dotace cizích jazyků v rámci studia sester na vyšší odborné škole (VOŠ) a vysoké škole (VŠ)?**

- a) VOŠ: povinných \_\_\_\_\_ hod./týden
- b) VŠ: povinných \_\_\_\_\_ hod./týden

**14) V jakých jazycích se podle Vás sestry v rámci studia na VOŠ mohou vzdělávat?**

- a) Anglický
- b) Francouzský
- c) Německý
- d) Ruský
- e) Jiný \_\_\_\_\_

**15) V jakých jazycích se podle Vás sestry v rámci studia na VŠ mohou vzdělávat?**

- a) Anglický
- b) Francouzský
- c) Německý
- d) Ruský
- e) Jiný \_\_\_\_\_

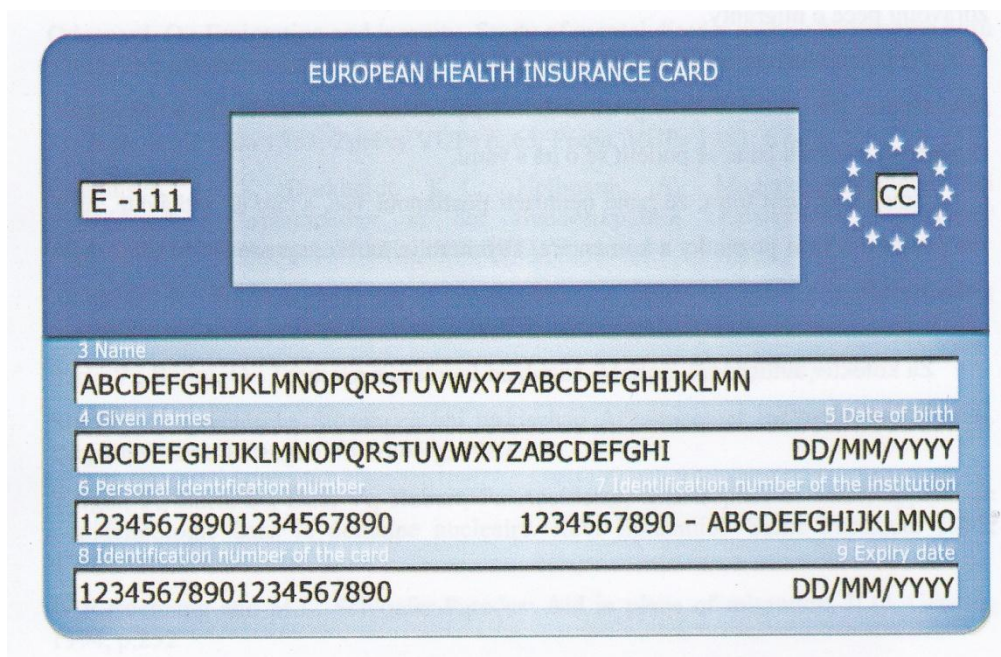
**16) Domníváte se, že nastupující generace sester bude mít menší komunikační problémy s pacienty z různých států EU díky dokonalejší výuce cizích jazyků v rámci studia?**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím, nedokážu to posoudit

**17) Co by podle Vás vedlo ke zlepšení komunikace s pacienty z různých států EU?**

- a) Povinné studium jazyků
- b) Navýšení časové dotace výuky cizích jazyků v rámci vzdělávání sester
- c) Poskytnutí základních výrazů ve zdravotnictví přeložených alespoň do angličtiny a němčiny
- d) Poskytnutí přeložených základních informací o speciálních vyšetřeních na daných oddělení alespoň do angličtiny a němčiny
- e) Zajištění překladatelské služby
- f) Domnívám se, že v našem zdravotnickém zařízení není co zlepšovat
- g) Jiné \_\_\_\_\_

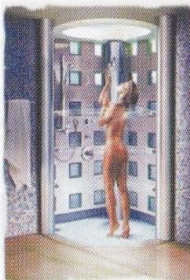
Příloha č. 2



(9)



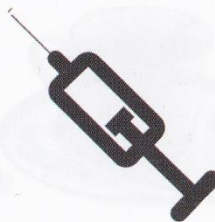
## UKÁZKY KOMUNIKAČNÍCH KARET



-  hygiena
-  hygiene
-  die Hygiene
-  гигиена
-  higiena
-  vệ sinh
-  ة،حصل اظفح



-  jídelna
-  dining room
-  das Speisesaal
-  столовая
-  jadalnia
-  nhà ăn
-  ة،اعط قرحح



-  injekce
-  injection
-  die Injektionen
-  инъекция
-  zastrzyki
-  tiêm
-  ة،نقح



-  jídlo
-  meal
-  die Speise
-  пища
-  jedzenie
-  thức ăn
-  طعام



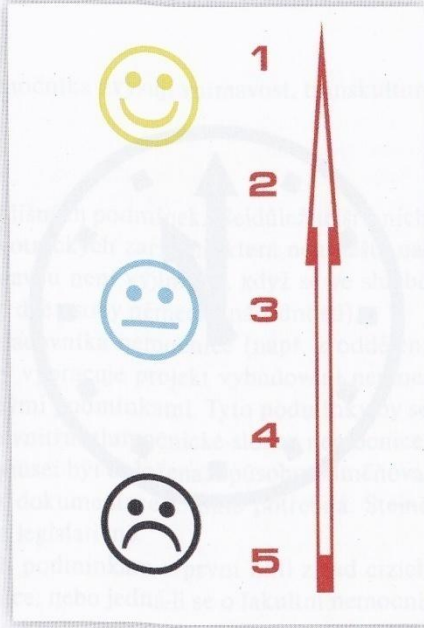
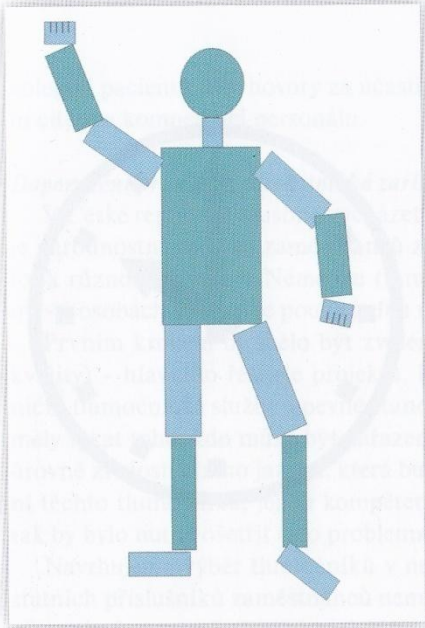
-  kakao
-  cocoa
-  der Kakao
-  какао
-  kakao
-  ca-cao
-  كوكاك



-  káva
-  coffee
-  das Kaffee
-  кофе
-  kawa
-  cà phê
-  قهوة



-  kde
-  where
-  wo
-  где
-  gdzie
-  ở đâu
-  أين



?

-  jak
-  how
-  wie
-  kak
-  jak
-  như thế nào.
-  فيك

