

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI**

**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2014**

**Jaroslava Menčíková**

**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

Studijní program: Ošetrovatelství B 5341

**Jaroslava Menčíková**

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**KONCEPČNÍ MODEL M. LEININGEROVÉ  
V OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Mgr. Soňa Loudová

PLZEŇ 2014

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 28. 3. 2014

vlastnoruční podpis

Poděkování:

Chtěla bych poděkovat své vedoucí bakalářské práce Mgr. Soně Loudové za odborné vedení, vstřícnost při konzultacích a cenné rady při vypracování této práce.

V neposlední řadě chci poděkovat také všem respondentům za čas, který věnovali vyplnění mého dotazníku.

## **Anotace**

Příjmení a jméno: Menčíková Jaroslava

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Koncepční model Madeleine Leiningerové v ošetrovatelské praxi

Vedoucí práce: Mgr. Soňa Loudová

Počet stran – číslované: 56

Počet stran – nečíslované: 17

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 26

Klíčová slova: ošetrovatelství - multikulturní ošetrovatelství – transkulturní ošetrovatelství – ošetrovatelské modely – Madeleine Leiningerová – model vycházejícího slunce – ošetrovatelská praxe

## **Souhrn**

V dnešní době dochází díky migraci ke stále častějšímu kontaktu zdravotnického personálu s pacienty/klienty cizích národností, etnik či náboženského vyznání. Tito lidé mají často odlišné biopsychosociální a spirituální potřeby než sestry/porodní asistentky, které je ošetřují. Tyto potřeby bychom měli při své práci zohledňovat a respektovat je. K tomu je zajisté potřeba i kvalitního vzdělání v multikulturní a transkulturní problematice.

V teoretické části své bakalářské práci se zabývám multikulturním a transkulturním ošetrovatelstvím a s pojmy s nimi spojené. Dále se věnuji koncepčním modelům všeobecně – proč vznikají, jaké mají součásti, jak je dělíme. V poslední kapitole teoretické části se zabývám již samotným modelem Madeleine Leiningerové. Jaký důvod stál u zrodu tohoto modelu, metaparadigmatické koncepce modelu, hlavní jednotky koncepčního modelu a rozdělení kulturní péče.

Cílem výzkumné části bylo zjistit informovanost sester v ošetrovatelské praxi o koncepčním modelu Madeleine Leiningerové. Dílčími cíli bylo zjistit v jakých oblastech tohoto modelu nemají sestry znalosti a důvod, proč se tento model nepoužívá v ošetrovatelské praxi. Výzkumné šetření probíhalo v roce 2013 dotazníkovou formou, která mi umožnila oslovit širší vzorek respondentů ze tří různých zdravotnických zařízení.

## **Annotation**

Surname and name: Menčíková Jaroslava

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Conceptual model M. Leininger in nursing practice

Consultant: Mgr. Soňa Loudová

Number of pages – numbered: 56

Number of pages – unnumbered: 17

Number of appendices: 5

Number of literature items used: 26

Keywords: nursing – multicultural nursing – transcultural nursing – nursing models – Madeleine Leininger – model of the Rising Sun – nursing practice

### **Summary:**

Today, migration is due to the ever more frequent contact medical staff and patients/clients of foreign nationalities, ethnicities or religion. These people often have different biopsychosocial and spiritual needs than nurses/midwives who is treating them. These needs should take into account in their work and respect them. This is certainly a need and a quality education in a multicultural and transcultural issues.

In teoretical part of my bachelor thesis deals with multicultural and transcultural nursing and concepts associated with them. Then I describe the conceptual models in general - why are formed, what their components, how they are divided. In the last chapter of the theoretical part deals with the model itself already Madeleine Leininger. What reason was at the birth of this model, metaparadigmatic concept model, the main unit of the conceptual model and the distribution of cultural care.

The aim of the research was to inform nurses in nursing practice, the conceptual model Madeleine Leininger. Partial objectives was to identify the areas in which this model does not have knowledge of the nurses and the reason why this model is not used in nursing practice. The survey was carried out in 2013 in the form of a questionnaire that allowed me to reach a wider sample of respondents from three different medical devises.



## OBSAH

ÚVOD .....	11
1 MULTIKULTURNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ.....	12
1.1 Základní pojmy.....	12
1.2 Transkulturní ošetřovatelství .....	15
1.2.1 Důvod vzniku transkulturního ošetřovatelství .....	16
1.2.2 Cizinec v nemocnici.....	16
1.2.3 Komunikace s pacientem cizincem.....	17
1.2.4 Následky nerespektování principu transkulturního ošetřovatelství .....	18
2 KONCEPČNÍ MODELY A TEORIE .....	19
2.1 Cíle ošetřovatelských modelů a teorií .....	19
2.2 Základní pojmy.....	20
2.3 Součásti koncepčních modelů .....	21
2.4 Rozdělení koncepčních modelů .....	22
3 MODEL MADELEINE LEININGEROVÉ .....	24
3.1 Madeleine Leiningerová .....	24
3.2 Metaparadigmatické koncepce modelu.....	24
3.3 Hlavní jednotky koncepčního modelu.....	25
3.4 Čtyři úrovně modelu vycházejícího slunce .....	26
3.5 Rozdělení kulturní péče .....	27
3.6 Porovnání tradičního a profesionálního systému péče.....	28
3.7 Ošetřovatelské zhodnocení podle Madeleine Leiningerové .....	28

4 PRAKTICKÁ ČÁST .....	30
4.1 Formulace problému .....	30
4.2 Cíl výzkumu .....	30
4.3 Předpoklady .....	30
4.4 Metodika .....	31
4.5 Vzorek respondentů .....	32
4.6 Vyhodnocení dotazníkového šetření .....	32
4.7 Zpracování údajů .....	33
DISKUZE .....	53
ZÁVĚR.....	59
POUŽITÁ LITERATURA.....	61
SEZNAM GRAFŮ .....	64
SEZNAM TABULEK .....	65
SEZNAM PŘÍLOH .....	66

# ÚVOD

Existuje celá řada koncepčních modelů a teorií, mezi které patří i model Madeleine Leiningerové. Vzhledem k migraci je tento model čím dál více aktuální. Chtěla jsem zjistit, jestli se tento model v ošetrovatelské praxi využívá a zda ho všeobecné sestry vůbec znají. Měly by ho znát, alespoň ty s vyšším odborným a nebo vysokoškolským vzděláním – vždyť je součástí osnov výuky ošetrovatelství.

První kapitola Multikulturní ošetrovatelství se věnuje jednotlivým pojmům jako je ošetrovatelství, kultura, multikultura, transkultura, co je to kulturní cibule, kulturní šok a podobně.

Ve druhé kapitole se zabývám Koncepčními modely a teoriemi. Jaký je rozdíl mezi modelem, teorií, pojmy související s modely a teoriemi, jak tyto modely a teorie řadíme do skupin.

Ve třetí a poslední kapitole teoretické části budu podrobně popisovat samotný koncepční model Madeleine Leiningerové.

V praktické části jsem si stanovila cíle bakalářské práce, předpoklady a metodiku výzkumu, který jsem pak graficky znázornila prostřednictvím grafů a doplňujících tabulek. Vše jsem následně zhodnotila a porovnála s jinými pracemi v diskusi a závěru.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 MULTIKULTURNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

V souvislosti s globalizací se do stále více států dostává velký počet lidí. Tito lidé nejenom že hovoří jiným jazykem, ale přinášejí s sebou i jiné zvyky, přesvědčení a názory, které jsou v daných podmínkách neobvyklé (1, s. 7).

Česká republika se jako poměrně vyspělá země stala po roce 1990 cílem imigrantů, skupin i jednotlivců, nejen z okolních zemí, ale i ze vzdálených oblastí. V České republice se přechodně nebo nastalo usazují lidé z různých kontinentů, příslušníci mnohých kultur, barvy pleti i náboženského vyznání. Tito lidé jsou součástí našeho společenství a jejich přítomnost dala impuls pro vznik multikulturní a integrační politiky (2, s. 8).

*„Pokud mají lidé přežít a žít ve zdravém, pokojném a smysluplném světě, pak musí sestry a další zdravotničtí pracovníci pochopit jejich různá kulturní přesvědčení, kulturní hodnoty a životní styl, aby byli schopni poskytovat kulturně uzpůsobenou prospěšnou zdravotní péči.“ Madeleine Leiningerová (3, s. 16).*

### 1.1 Základní pojmy

Zdravotnická péče musí být poskytnuta všem, kteří ji v naší zemi nezbytně potřebují, tedy i všem cizincům. Aby byla péče o cizince kvalitní a kulturně přizpůsobená, potřebují zdravotničtí pracovníci znát základní pojmy multikulturního ošetřovatelství a mít respekt k ostatním kulturám. V této kapitole se seznámíme s nejčastějšími pojmy používanými nejen v souvislosti s multikulturní nebo transkulturní problematikou (2, s. 8).

*Ošetřovatelství* je samostatný vědní obor, který je zaměřený na aktivní vyhledávání a uspokojování potřeb nemocného, ale i zdravého člověka v pečování o jeho zdraví. Jedná se o potřeby biologické (například stravování, hygiena, vyprazdňování), psychické (možnost kontaktu s rodinou, podpora v náročných životních situacích), sociální (sem by se dalo zařadit třeba zajištění péče

pro pacienta/klienta po propuštění z hospitalizace, sociální služby) a v neposlední řadě i potřeby spirituální (víra pacienta/klienta má zajisté také vliv na léčbu a uzdravování a zdravotničtí pracovníci by ji nemocnému neměli odpírat či dokonce zakazovat, naopak by ho měli podporovat a zajistit mu v rámci možností i vhodné podmínky například k modlitbám a podobně) (4).

Ošetřovatelství je zaměřeno v první řadě na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti pacienta/klienta, zmírnění utrpení nevyléčitelně nemocných a zajištění klidného umírání a smrti. Velmi významně se ošetřovatelství též podílí na prevenci, diagnostice a léčbě nemocí s následnou rehabilitační péčí (4).

*Národnost* chápeme jako příslušnost k určitému národu nebo etniku, ke skupině lidí se společným původem, jazykem, kulturou, náboženským vyznáním či jiným charakteristickým znakem, který ji odlišuje od ostatní populace (5, s. 6).

*Kultura* je v širším slova smyslu vše, co vytváří lidská civilizace. Jedná se například o artefakty lidské činnosti (architektura, oděv, způsob stravování – kuchyně) a duchovní výtvoř (umění, náboženské vyznání, zvyky a obyčeje). Je to propracované předávání a sdílení chápání hodnot, životního stylu a přesvědčení členy skupiny. Toto chápání se předává z generace na generaci a ovlivňuje myšlení, rozhodování a činy jedince nebo skupiny (2, s. 26; 6, s. 45).

*Kulturní bolesti* označujeme postup nebo výroky zdravotnických pracovníků, které vyvolávají u pacienta/klienta diskomfort, pocity ponížení a podobně. Degradujícími výroky mohou být například nevhodné poznámky o pacientově tělesné konstituci, vzrůstu nebo barvě pleti (5, s. 5).

*Kulturní šok* můžeme charakterizovat jako traumatický proces adaptace na změnu. Jedná se o psychický a sociální otřes, který způsobí nějaké překvapivé nebo nečekané zjištění, vyvolaný bezprostředním kontaktem s cizí, neznámou kulturou. Mezi symptomy kulturního šoku řadíme podle Oberga napětí a stres, který souvisí s psychologickou adaptací, pocity ztráty nebo deprivace z důvodu odloučení od přátel, ztráta společenského postavení a osobního majetku, strach z odmítnutí novou kulturou, chaos v definování rolí, neočekávaná úzkost, zklamání, pocity bezmoci a bezradnosti, frustrace a deprese (7, s. 371).

*Etnikem* rozumíme skupinu lidí mající společný rasový původ, většinou společný jazyk, a sdílejí společnou kulturu. Etnikum se vyznačuje svou vlastní etnicitou (5, s. 7).

*Asimilace* je postupné začleňování jednoho etnika a jeho kultury do jiné kultury tak, že znaky a rozdíly původní kultury se postupně ztrácejí a jsou nahrazovány znaky dominantní přijímané kultury. Integrace je naprosté včlenění jedné kultury do jiné (5, s. 7).

*Předsudky* jsou definovány jako soustava předpojatých představ, myšlenek a názorů na určitou kulturu, skupinu nebo jednotlivce. Xenofobie je strach z cizího a neznámého (5, s. 8).

*Stereotypy* jsou způsoby posuzování a vnímání jako podle šablony. Nevycházejí z přímé zkušenosti jednotlivce, ale jsou předávány z generace na generaci a jsou udržovány tradicí (5, s. 8).

*Diskriminace* je věcné rozlišování, které znevýhodňuje jednu stranu před druhou. Jedná se o upřednostňování jednotlivce/skupiny před druhým jednotlivcem/skupinou na základě rasy, pohlaví, náboženství, politického názoru, národnosti, osobní antipatie, sociálního původu nebo ve spojení s národnostní menšinou (5, s. 9).

*Multikulturalismus* znamená vícekulturnost. Více kultur stojí vedle sebe, vzájemně se tolerují, ale nedochází k prolínání těchto kultur do sebe. Tento stav vede k izolovanosti cizích kultur, znevýhodňování a k možnosti diskriminace (5, s. 10).

*Transkulturalismus* je vzájemné kulturní prolínání mezi dominantní kulturou a cizími submisivními kulturami. Tyto kultury se navzájem mísí, jedna druhou ovlivňuje a přebírají do sebe prvky jiných kultur. Tento stav je založen na poznání kulturních a náboženských zvyklostí druhé kultury a na jejich respektování. Podporuje se tím sociální a ekonomická integrace cizinců. Podstatou transkulturalismu je obousměrná interakce mezi kulturami (2, s. 16; 5, s. 11).

*Kulturní cibule* - kulturu se svými vrstvami můžeme přirovnat k cibuli, která má také vrstvy. U kultury rozlišujeme vrstvy tři, zevní vrstvu, takzvanou slupku, střední vrstvu a vnitřní vrstvu, čili jádro kulturní cibule (2, s. 27).

Ve vnější vrstvě, ve slupce, nacházíme věci, které můžeme vidět na první pohled, jsou okamžitě patrné a přístupné bez bližšího zkoumání dané kultury. Patří sem artefakty, chování, řeč, strava a stravování, oblékání a architektura (8).

Střední vrstva v sobě skrývá věci, které na první pohled nepostřehneme. Většinou je zpozorujeme, až když se v dané kultuře nacházíme. Zaznamenáváme pocity, víru, hodnoty co je dobré a co zlé, správné a špatné. Můžeme si všimnout gest, která jsou v kultuře běžně užívaná, pozdravu (například stisknutí ruky, polibek na tvář, úklon) nebo třeba pravidel silničního provozu (8).

Vnitřní vrstva, jádro, je výchozím bodem pro celou kulturu. Dává nám pochopení toho, jaký by svět podle zkoumané kultury měl být. Jádro se skládá ze světonázoru, základní pravdě o životě, ze základních hodnot a otázek existence – co je skutečné? Pro cizince je jádro kultury těžko rozpoznatelné. K jeho pochopení je zapotřebí dlouhodobý a úzký styk se zkoumanou kulturou a i tak někteří jedinci s jiným typem socializace zkoumanou kulturu nikdy nepochopí (8).

## 1.2 Transkulturní ošetřovatelství

Transkulturní ošetřovatelství se vyvíjí již přes padesát let. Nejznámější teoretičkou z oblasti transkulturní péče byla a stále je jeho hlavní představitelkou Dr. Madeleine Leiningerová. V padesátých letech minulého století pracovala na psychiatrii s dětmi pocházejícími z odlišných kultur. Vzhledem k různorodosti jejich přání a očekávání jim nedovedla adekvátně vyhovět (1, s. 7; 2, s. 17).

*„V polovině 50. let jsem začala pracovat jako sestra na dětské psychiatrické jednotce, kde jsem zjišťovala velké kulturní rozdíly mezi dětmi a jejich rodiči. Viděla jsem, že péči zcela zásadně chybí kulturní dimenze. Jak jsem sledovala a pokoušela se pomoci dětem několika rozličných kultur, zakusila jsem kulturní šok a pocítila bezmocnost v odpovědnosti za děti a jejich rodiče. Zjistila jsem mnoho rozdílů mezi dětmi a mojí vlastní irsko-německou kulturou. Uvědomila jsem si potřebu udělat změnu. Kulturní dimenze nechyběla jen ošetřovatelství, ale také medicíně a ostatním zdravotnickým oblastem.“ (9, s. 171).*

Po této zkušenosti začala Dr. Madeleine Leiningerová studovat antropologii, což jí utvrdilo v přesvědčení o propojenosti s ošetrovatelskou péčí. V roce 1960 tak poprvé definovala termín “transkulturní ošetrovatelství” (1, s. 7; 10).

### **1.2.1 Důvod vzniku transkulturního ošetrovatelství**

Hlavním důvodem vzniku transkulturního ošetrovatelství je především populační migrace, ať už z důvodu chudoby, války či přírodních katastrof. Rozšiřování Evropské unie a cestování za prací přináší příliv cizinců i do naší země. Cestování a rozšířená elektronická komunikace má také za následek sblížení kultur, více znalostí o jiných kulturách a potřebu porozumět jim (5, s. 29).

Pacienti/klienti očekávají, že jim bude poskytnuta péče přizpůsobená jejich kultuře. Může dojít i k agresivitě pacienta/klienta v souvislosti s nerespektováním jeho vyznání, zvyků a podobně a následně k žalobám na zdravotníky, či celé zdravotnické zařízení pro nerespektování kulturních práv při poskytování ošetrovatelské péče (5, s. 29).

Dalším důvodem je jistě i pohyb zdravotníků po celém světě, který požaduje znalost jazyka dané země, znalost odborné terminologie, kulturních postojů a zvyků. Bez toho se zdravotník neobejde, pokud chce poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči v cizí zemi (5, s. 30).

### **1.2.2 Cizinec v nemocnici**

Pro člověka je pobyt v nemocnici často stresujícím, co teprve když je to cizinec. Cizinec hospitalizovaný v nemocnici je vystaven spoustě tlakům ze svého okolí. Tyto tlaky mohou pramenit na prvním místě z neznalosti jazyka a jiného způsobu komunikace. Pokud je to možné, měla by sestra zajistit co nejdříve tlumočnicka a v mezidobě použít například piktogramy (5, s. 15).

Dalším problémem může být neznalost vyšetřovací metody a odlišnosti ve způsobech ošetrování. Obavy z vyšetření lze alespoň částečně snížit



dostatečným informováním pacienta/klienta o průběhu vyšetření, seznámení s pomůckami, které jsou potřebné k výkonu, případně doprovod na výkon členem rodiny, pokud si to nemocný přeje a je to možné. Pokud to příkazuje víra, měl by pacientku/klientku ošetřovat ženský personál a naopak (5, s. 15).

Nerespektování základních norem a hodnot pacienti cizinci také špatně nesou, nemluvě o nemožnosti dodržovat náboženské nebo kulturní rituály. Nemělo by se jim to zakazovat, naopak. Sestra by měla připravit co nejvhodnější podmínky k těmto rituálům a v případě nemohoucnosti pacienta/klienta s rituálem dopomoci. Vždyť pro léčebný proces je důležitá i psychická pohoda (5, s. 15).

### **1.2.3 Komunikace s pacientem cizincem**

Komunikaci obecně definujeme jako předávání informací prostřednictvím určitých signálů a pomocí komunikačních prostředků. Komunikujeme ústně pomocí slov a písemnou formou, neverbální komunikace zahrnuje například mimiku a gestikulaci. Do základních požadavků komunikace mezi zdravotníkem a pacientem/klientem patří vždy vědět co chceme sdělit a hlavně kdy, kde a jak tyto informace nejlépe podat (11, s. 11).

*„Existuje jen jedno základní pravidlo: je třeba neustále naslouchat pacientovi. Oliver Sacks“ (12, s. 164).*

Vzhledem k tomu, že někteří naši pacienti/klienti pocházejí z nejrůznějšího kulturního prostředí, je tu i pravděpodobnost, že budou mluvit různými jazyky. Jestliže se s nimi dokážeme domluvit, je vše v pořádku, pokud ne, nastává vážný problém. Jazyková bariéra, se kterou souvisí nedostatek informací, může vyvolat jak u zdravotnického personálu, tak především u pacienta/klienta frustraci, strach a úzkost, zlost a mnoho dalších negativních emocí a pocitů. Tyto negativní emoce a pocity jsou projevem neuspokojené potřeby jistoty a bezpečí, přičemž pokud je neuspokojená potřeba jistoty a bezpečí, nemohou být uspokojovány další potřeby (13, s. 96; 14, s. 141).

Zdravotničtí pracovníci by měli být připraveni na komunikaci s pacienty/klienty různých etnik či kultur. Musíme si však uvědomit, že jiný jazyk není jediným rozdílem mezi vámi a různými etnickými skupinami. Kulturní rozdíly jsou i v dalších oblastech. Jednou z nich je neverbální komunikace, tady bych uvedla jako příklad třeba dotýkat se osoby opačného pohlaví – v některých kulturách je to nepřipustné, stejně tak jako v jiných kulturách sahat na hlavu druhého člověka. Za neslušný či dokonce výhrůžný je v některých kulturách považován přímý oční kontakt, který je u nás běžný. Také bychom si měli zjistit, koho při komunikaci oslovujeme a zda za sebe pacient/klient rozhoduje sám, nebo za něho rozhoduje jiný člen rodiny (13, s. 96).

Pokud nám pacient/klient, kterého ošetřujeme, nerozumí, neznámá to, že je neslyšící a není proto potřeba na něj zvyšovat hlas. Měli bychom si uvědomit, že má jazykovou bariéru a ne problém se sluchem! Někdy se situace dá zvládnout, pokud znáte nějaký světový jazyk a pacient/klient také. Když ne, používáme piktogramy nebo názorné předvedení pantomimou a pokusíme se zajistit tlumočnicka (je tu jisté riziko, pokud se rozhodnete využít pro tlumočení rodinné příslušníky, i když se to mnohdy jeví jako nejlepší a nejrychlejší řešení). Jestliže komunikujeme s pacientem/klientem prostřednictvím tlumočnicka, je dobré se s ním sejit ještě před vlastním tlumočením. Při tlumočení bychom měli mluvit přímo na pacienta/klienta, používat krátké věty, mluvit pomalu a srozumitelně a hlavně mít na komunikaci dostatek času (13, s. 96-97).

#### **1.2.4 Následky nerespektování principu transkulturního ošetřovatelství**

Jestliže se sestřím nedaří nebo dokonce nechtějí poskytovat kulturně přizpůsobenou a shodnou ošetřovatelskou péči, dochází k nespokojenosti pacienta/klienta. Vyhraněné sporné otázky při kontaktu sestry a pacienta/klienta můžeme označit jako kulturní střety (5, s. 27).

Následkem této situace může být nemocný nespokojený, mnohdy je i emocionálně zraněný, nedůvěřuje zdravotnickému personálu, má strach, odmítá jakoukoliv spolupráci, vyhýbá se kontaktům a uzavírá se sám do sebe. Někdy to dojde až k nepřátelskému postoji ke zdravotníkům a k agresivitě pacienta/klienta (5, s. 28).

## **2 KONCEPČNÍ MODELY A TEORIE**

Koncepční modely mají své počátky v dobách Florance Nightingaleové, která jako první začala prosazovat myšlenky ošetrovatelství, je tedy právem považována za zakladatelku ošetrovatelství jako samostatného vědního oboru a první teoretičkou v oboru ošetrovatelství. Koncepční modely jsou názory, pohledy a poznatky o jevech světa. Pozornost zaměřují pouze na vybrané jevy mající vliv na naše vnímání skutečnosti. Zaobírají se světovými názory na jedince, skupiny, události a situace, které souvisejí s oborem. Vznikají na základě zobecnění pozorovaných jevů, vyvozováním z existujících poznatků, anebo jsou převzaty z jiných vědních oborů (15, s. 5).

Koncepční modely jsou tvořeny představami a pojmenováváním jevů (pojmy) a tvrzeními vysvětlujícími vztahy mezi pojmy (výpověďmi). Pojmy a výpovědi jsou abstraktní a obecné. To znamená, že je nemůžeme přímo pozorovat ve skutečném světě ani omezit na konkrétní situaci, jedince či skupinu. Pojmy a tvrzení mohou u každého modelu znamenat něco jiného, mít jiný význam. Jeden pojem může mít různý význam a naopak, význam může být definován různými pojmy (např. stav pohody, zdraví). Koncepční modely mají systematickou strukturu a logické zdůvodnění činností, určují směr pátrání, ukazují řešení praktických problémů a používají se jako obecné návody k formování poznatků ošetrovatelství, k plánování a realizaci výzkumných projektů, vzdělávacích programů, řídicích systémů a klinické ošetrovatelské praxe (15, s. 8).

### **2.1 Cíle ošetrovatelských modelů a teorií**

Jedním z hlavních cílů ošetrovatelského modelu je pomoc sestrám či porodním asistentkám zkvalitnit jejich práci. Rozvoj koncepčních modelů a teorií je v dnešní době jedním z nejdůležitějších úkolů, před kterým obor ošetrovatelství a porodní asistence stojí. Dalším cílem je shromažďování poznatků, které pomohou zlepšit a v neposlední řadě také zkvalitnit ošetrovatelskou praxi. Získané informace se roztřídí do logicky uspořádaných systémů, které poskytují logický návod na sběr údajů o zdravotním stavu pacientů/klientů a kritéria na vyhodnocení účinnosti

ošetřovatelské péče. Dále se podílí na organizaci a rozvoji způsobu studia ošetřovatelství, vede výzkum v ošetřovatelství a rozšiřuje ošetřovatelské vědomosti (16, s. 7).

## 2.2 Základní pojmy

*Koncepce* je abstraktní představa, teoretický obraz jevu nebo skutečnosti. V ošetřovatelství nacházíme koncepci komunikace, lidskosti, zdraví či vzájemné pomoci. Nejvýznamnější představy ovlivňují ošetřovatelství a v praxi zahrnují: osobu, prostředí, zdraví a ošetřovatelskou činnost. Tyto koncepce dohromady tvoří metaparadigma ošetřovatelství, což je předmět zkoumání oboru. Koncepční modely nám poskytují odlišné pohledy na metaparadigma (16, s. 8).

*Model* je abstraktním nákresem, vzorem něčeho k přiblížení nebo zjednodušení reality. Je to abstraktní vyjádření skutečnosti, sestavený tak, aby ověřil určitou teorii. Modely tvoří teoretici, vědci a profesionálové se zkušenostmi z praxe a vysvětlují a analyzují jím daný jev, například chování lidí v určitém specifickém prostředí, zdravotní a sociální zabezpečení populace, postupy v ošetřovatelské péči nebo třeba systémy péče o zdraví (16, s. 9).

*Rámec a koncepční rámec.* Rámec je základní, přesně daná, struktura. Koncepční rámec je souborem koncepcí a výroků. Je to způsob, jak pohlížet na disciplínu v jasných a zřejmých termínech. Rámec neobsahuje jen koncepce, ale i tvrzení, která vyjadřují vztahy mezi koncepcemi (16, s. 9).

*Koncepční model* nám dává přesnou orientaci na tři ošetřovatelské oblasti: výzkum, vzdělávání a praxi. Obsahuje abstraktní náčrt vztahů mezi koncepcemi. Ošetřovatelské modely v sobě mají jen ty koncepce, které autor modelu pokládá za nutné a které napomáhají k jeho pochopení (16, s. 9).

*Teorie* jsou stejně jako koncepční modely utvářeny z koncepcí a výroků, odráží však větší specifičnost. Hlavním cílem teorie je zorganizování poznatků v určité oblasti. Specifičnost teorie požaduje, aby její termíny byly konkrétnější, než je tomu u koncepčních modelů, proto jsou úzce zaměřeny na konkrétní jedince, skupiny,

situace či události. Termíny teorie musí být definovány tak, aby teorie mohla být empiricky ověřena, a tyto definice určují způsob, jakým lze termín měřit. Teorie můžeme rozdělit dle typu do tří skupin, a to teorie popisné, vysvětlující a předvídající a dále je dělíme podle rozsahu na dílčí teorie, teorie středního rozsahu, velké teorie a v neposlední řadě i ošetrovatelské teorie (16, s. 9).

### **2.3 Součásti koncepčních modelů**

Koncepční modely se skládají ze tří částí, a to z asumpcí, čili z předpokladů a faktů, které jsou odvozeny od vědecké teorie a praxe, dále z hodnotového systému a z hlavních jednotek, kterých je sedm. V této podkapitole postupně popíši všechny tři součásti (15, s. 8).

*Asumpce* jsou předpoklady nebo fakta, která tvoří teoretický základ koncepce ošetrovatelství. Jak už bylo zmíněno, jsou odvozeny od vědecké teorie a praxe, tudíž již byly ověřeny, nebo se dají ověřit. Většina ošetrovatelských modelů pracuje s předpoklady z praxe. U jednotlivých koncepčních modelů se mohou asumpce lišit. Jako příklad mohu uvést náhled na pojem zdraví a lidskou bytost. Dle Johnsonové je zdraví rovnováha strukturálních a funkčních subsystémů, Kingová však uvádí, že jde o dynamický stav, který vyžaduje neustálé přizpůsobování na stres. Gordonová chápe lidskou bytost jako bio-psycho-sociální a spirituální bytost, podle Royové jde o bytost se čtyřmi způsoby adaptace (15, s. 8; 16, s. 11).

*Hodnotový systém* je tvořen základními myšlenkami oboru a odráží filozofický názor autora či autorů. Zdůrazňuje například jedinečnou úlohu sestry, orientaci ošetrovatelství na potřeby pacienta, upozorňuje na interpersonální vztah mezi sestrou a pacientem či respektování lidské bytosti a celostní chápání jedince (15, s. 9).

*Hlavní jednotky* vycházejí z asumpcí a z hodnotového systému. Na tomto základě bylo zformováno sedm hlavních jednotek ošetrovatelských modelů (15, s. 9).

*Cíl ošetrovatelství* je to, čeho se ošetrovatelství snaží dosáhnout. Charakteristické ošetrovatelské cíle se liší v jednotlivých modelech v závislosti na jejich

předpokladech o lidech. *Klient/pacient* je příjemce ošetrovatelské péče, může to být jedinec, skupina či komunita. *Role sestry* udává, co je úkolem sestry a jaké provádí sestra úkony. Role musí být potřebná a přijímána společností. *Zdroj potíží* není u sestry, ale v pacientovi/klientovi. Příčina pacientových problémů je vyjádřena v ošetrovatelském plánu prostřednictvím ošetrovatelských problémů. *Ohnisko zásahu* ukazuje zaměření ošetrovatelských zásahů. Většinou se jedná o neschopnost pacienta vykonávat činnosti, které jsou podle jednotlivých ošetrovatelských modelů nejdůležitější. *Způsoby zásahu (intervence)* jsou určité způsoby, jejichž prostřednictvím sestra poskytuje ošetrovatelskou péči. *Důsledky* zahrnují předpokládané výsledky ošetrovatelských činností, to znamená zlepšení zdravotního stavu příjemce ošetrovatelské péče (15, s. 9; 16, s. 12).

## 2.4 Rozdělení koncepčních modelů

Koncepční modely můžeme rozdělit podle několika kritérií. Uspořádat je můžeme podle klíčových pojmů modelů, obsahu, pojetí pacienta/klienta, charakteristických rysů nebo třeba podle období vzniku. K nejstarším modelům patří Enviromentální model Nightingaleové. Za nejaktuálnější modely současné doby můžeme považovat model M. Gordonové - Systematické zhodnocení funkčního a dysfunkčního stavu zdraví a model M. Leiningerové - Model vycházejícího slunce (16, s. 12).

*Vývojové modely* jsou zaměřeny na proces růstu, vývoje a zrání. Předpokládá se, že lidé mají vnitřní potřebu změny, kterou způsobují vnitřní stavy nebo vnější podmínky okolí (16, s. 13).

*Systémové modely* mají společným znakem systém a jeho prostředí. Za systém považujeme osobu, jejímiž součástmi jsou tělesné orgány a prostředím je rodina nebo můžeme za systém pokládat společenství, jehož součástmi jsou jednotlivé rodiny a prostředím tedy chápeme zemi, ve které toto společenství žije (16, s. 13).

*Interakční modely* kladou důraz na vztahy mezi lidmi, zkoumají sociální problémy v mezilidských vztazích a určují postup vedoucí ke zlepšení vzájemných mezilidských vztahů (16, s. 13).

*Modely potřeb* jsou zaměřeny na kategorizaci potřeb pacientů/klientů, na posouzení z hlediska priorit (16, s. 13).

*Modely výsledků* hodnotí důsledek uspokojování potřeb v rámci ošetřovatelského procesu (16, s. 13).

*Modely energetického pole* kladou důraz na koncepci energie v rámci osoby a prostředí (16, s. 14).

*Modely ošetřovatelských intervencí* jsou zaměřeny na význam ošetřovatelských činností, které napomáhají udržení zdraví a na zlepšení ošetřovatelské péče (16, s. 14).

*Modely substituce* kladou důraz na význam obranných mechanismů či na chování zaměřené na náhradní cíle (16, s. 15).

*Humanistické modely* jsou zaměřeny, jak už mají v názvu, na člověka. Humanismus se v ošetřovatelství týká především postojů či přístupu k pacientovi/klientovi a jeho rodině. Zakládá se na respektování lidských práv a základních principech lidství. Máme na paměti všechna fakta o pacientovi - jeho myšlenky, emoce, životní hodnoty, zkušenosti, jeho projevení, tělo. Vnímáme člověka jako bio-psycho-sociální a spirituální bytost. Právě sem řadíme Model vycházejícího slunce (M. Leiningerová) (16, s. 14).

### **3 MODEL MADELEINE LEININGEROVÉ**

*„Až sestry pochopí a uplatní etické principy ve všech oblastech transkulturní péče, dosáhneme jednoho z největších humánních cílů ošetrovatelství,“ řekla Madeleine Leiningerová, zakladatelka oboru transkulturní ošetrovatelství.“ (17).*

#### **3.1 Madeleine Leiningerová**

Madeleine Leiningerová se narodila 13. července 1925 v americkém Suttonu v Nebrasce. Základní ošetrovatelské vzdělání získala roku 1948 na St. Anthony's Nursing School v Denveru a bakalářské vzdělání ukončila roku 1950. Poté začala pracovat jako sestra specialista na dětské psychiatrii. Po této praxi začala studovat magisterské vzdělání, které získala v roce 1954 a PhD. v kulturní a sociální antropologii, což vystudovala jako první zdravotní sestra (15, s. 29; 18, s. 23-24).

V šedesátých letech minulého století poprvé použila a definovala termín transkulturní ošetrovatelství a v tomto období také uskutečnila svůj první výzkum v Papue-Nové Guinei. V roce 1966 se konala první přednáška Madeleine Leiningerové o transkulturním ošetrovatelství na univerzitě v Coloradu (18, s. 24).

Madeleine Leiningerová zemřela dne 10. srpna roku 2012 v úctyhodném věku 87 let v Nebrasce (19, s. 20).

#### **3.2 Metaparadigmatické koncepce modelu**

Ošetrovatelský model či ošetrovatelská teorie má 4 hlavní metaparadigmatické koncepce, a to osobu, prostředí, zdraví a ošetrovatelství. Obsah těchto koncepcí se v každém modelu nebo teorii liší, a to v závislosti na tom, co autor považuje za důležité, podstatné. Florence Nightingaleová nejvíce rozpracovala koncepci prostředí, protože právě v něm viděla největší nedostatky, Madeleine Leiningerová oproti tomu prostředí příliš nedefinuje. Nancy Roperová ve svém Modelu životních aktivit dokonce definovala pouze koncepci osoby a ošetrovatelství (15, s. 6-7).



Madeleine Leiningerová definovala metaparadigmatické koncepce ve svém koncepčním modelu kulturně shodné péče takto:

*Osoba* je jedinec, schopný postarat se o sebe, zajímající se o své bio-psycho-sociální a spirituální potřeby a přežití. Lidé z odlišných kultur se liší ve světovém názoru, v uspořádání žebříčku hodnot, ve vnímání zdraví a nemoci. Rozlišují se i ve způsobech ošetřování a v chápání závislosti a nezávislosti (20, s. 19; 21, s. 68).

*Prostředí* Madeleine Leiningerová blíže nedefinuje. Koncepce kultury je však úzce spjata se společností a s prostředím, přičemž prostředí se skládá z politických, sociálních, vzdělávacích, ekonomických a technických, kulturních a náboženských složek (21, s. 68).

*Zdraví* je definováno jako stav pohody, který se vyznačuje schopností jedinců nebo skupin provádět běžné denní činnosti kulturně vhodným způsobem. Každá kultura definuje zdraví jinak, proto ho nelze definovat univerzálně (21, s. 68).

*Ošetřovatelství* chápe Leiningerová jako transkulturní profesi a vědní disciplínu poskytující ošetřovatelskou péči jedincům odlišných kultur. Ošetřovatelství je prezentované třemi druhy činností, které se kulturně shodují s potřebami a hodnotami pacienta/klienta. Tím by se mělo dosáhnout značného snížení stresu a omezení případných konfliktů mezi zdravotnickým personálem poskytujícím ošetřovatelskou péči a pacientem/klientem odlišné kultury (21, s. 68).

### **3.3 Hlavní jednotky koncepčního modelu**

Hlavními jednotkami koncepčních modelů jsou pojmy, které každý autor modelu definuje jinak. Liší se od sebe tak, jako jednotlivé koncepční modely. Jsou definovány podle toho, na co se autoři ve svých modelech zaměřují, co je pro ně podstatné. Jedná se o tyto pojmy, nebo-li hlavní jednotky koncepčních modelů: cíl ošetřovatelství, pacient/klient, role sestry, zdroj potíží, ohnisko zásahu, způsob zásahu a důsledky (21, s. 67).

*Cílem ošetřovatelství* je v koncepčním modelu Madeleine Leiningerové poskytování lidem z odlišných kultur všestrannou a kulturně uzpůsobenou péči

při podpoře zdraví, při léčbě nemocí a zvládnání náročných životních situacích, stejně jako při doprovázení ke klidné smrti - to vše kulturně vhodnými způsoby (21, s. 67).

*Pacienta/klienta* popsala M. Leiningerová jako celistvou, holistickou bytost, která je ovlivněna sociálním prostředím. Vzhledem k tomu, že filozofický názor, společenská kultura a hodnoty se v každé kultuře liší, lidé z různých kultur tudíž vnímají různě i zdraví, nemoc, terapii, závislost a nezávislost (21, s. 67).

*Role sestry* je prostá. Jejím úkolem je poznat tradiční způsob péče příslušné kultury či subkultury, jak jsou o sebe zvyklí pečovat například v rodině či komunitě a kladné stránky této péče využít v profesionální péči (21, s. 67).

*Za zdroj potíží* považuje Madeleine Leiningerová rozdílnost kultur a subkultur (21, s. 67).

*Ohniskem zásahu* je problematika rozdílnosti kultur, souvisí s rozdílem dominantní kultura versus submisivní kultura (21, s. 67).

*Způsob zásahu* obsahuje podporu v uchování zdraví, pomoc při adaptaci, vedení ke změnám či pomoc při umírání. Sestra zde figuruje jako zprostředkovatelka mezi profesionálním a tradičním systémem ošetrovatelské péče (21, s. 67).

*Důsledkem* tohoto snažení by mělo být blaho a zdraví nebo klidná smrt pacienta/klienta, které bylo dosaženo kulturně vhodnými prostředky a způsoby péče (21, s. 67).

### **3.4 Čtyři úrovně modelu vycházejícího slunce**

Model, který sama Madeleine Leiningerová pojmenovala „vycházející slunce“, již více než 30 let napomáhá sestrám objevovat, jaký význam má péče pro určité kultury či subkultury a prohlubovat své porozumění v této oblasti. Tento model má v podstatě čtyři úrovně. Tyto úrovně jsou řazeny od nejobecnějších po nejkonkrétnější (22, s. 131).

První a tudíž nejabstraktnější úroveň představuje světonázor a úroveň sociálního systému majícího vliv na vidění okolního světa, světa mimo danou kulturu (21, s. 68; 22, s. 131).

Druhá úroveň zahrnuje poznatky o jednotlivcích, rodinách, skupinách a institucích v rozdílných zdravotnických systémech a udává kulturně specifické a důležité vztahy k péči o zdraví (21, s. 68).

Třetí úroveň objasňuje charakteristiky určitých zdravotnických systémů a jejich specifické rysy. Pozornost se zde zaměřuje na tradiční, lidový zdravotnický systém, profesionální zdravotní systém a ošetřovatelství. Třetí úroveň napomáhá identifikovat shody a rozdíly (22, s. 131).

Na čtvrté a nejkonkrétnější úrovni dochází k rozvoji transkulturního ošetřovatelství tak, že je poskytována péče totožná s hodnotami té kultury, ke které pacient/klient patří. Obsahuje rozhodování a poskytování ošetřovatelské péče v oblastech podporujících uchování zdraví, adaptaci nebo restrukturační péči (21, s. 69).

### **3.5 Rozdělení kulturní péče**

Znalost kulturních jevů nám dává východisko pro tři druhy ošetřovatelských rozhodnutí a intervencí. Kulturní péči je možné realizovat třemi způsoby, které závisí na aktuálním stavu, potřebách a problémech pacienta/klienta. Jedná se o záchovnou a ochrannou kulturní péči, adaptační kulturní péči a péči pomáhající uskutečnit změnu (22, s.130 ; 23, s. 8).

*Záchovná a ochranná kulturní péče* v sobě obsahuje asistenční, podporující a ulehčující kroky, které mají za úkol pomoci pacientům/klientům určité kultury zachovat si zdraví, vyléčit se z nemoci, případně se vyrovnat se smrtí (22, s. 130-131).

*Adaptační kulturní péče*, která je též nazývána jako “vyjednávání“, se skládá z pomocných, podpůrných a ulehčujících kroků, které mají pomáhat pacientům/klientům určité kultury snažit se o prospěšný a uspokojivý zdravotní stav, případně o důstojné vyrovnání se se smrtí (22, s. 131).

*Péče pomáhající uskutečnit změnu svým složením z asistenčních, podporujících a ulehčujících kroků má za úkol pomoci pacientům/klientům dané kultury změnit, pokud možno k lepšímu, svůj životní styl takovým způsobem, aby byl uspokojivý a aby podporoval zdraví prostřednictvím dobrých návyků (22, s. 131).*

### **3.6 Porovnání tradičního a profesionálního systému péče**

Tradiční, nebo také lidový systém péče se váže na způsoby péče, které praktikují příslušníci subkultury. Tento laický systém péče bychom mohli charakterizovat jako kulturně naučené a přenesené názory, poznatky a zručnosti předávané v kultuře z generace na generaci (16, s. 35)

Očekávání porodních asistentek nebo sester jakožto poskytovatelek profesionálního systému péče a pacientů/klientů jako přijímatelů péče jsou značně ovlivněna kulturou, kterou reprezentují, mohou se proto velice lišit (16, s. 35).

Je zapotřebí, aby sestry a porodní asistentky poznaly a pochopily lidový způsob péče a aby dokázaly využít kladné a přínosné stránky tohoto způsobu péče při poskytování profesionální péče o pacienta/klienta pocházejícího z odlišné kultury než ony samy (16, s. 35).

### **3.7 Ošetřovatelské zhodnocení podle Madeleine Leiningerové**

Madeleine Leiningerová vytvořila návod, jak získávat informace o pacientech/klientech patřících do subkultury. Tento návod obsahuje dva návrhy na ošetřovatelské posouzení pacienta/klienta ve zdravotnickém zařízení. Oba dva návrhy vycházejí z modelu vycházejícího slunce a jsou známé jako typ „A“ a typ „B“ (19, s. 26).

Typ „A“ se označuje také jako rozšířené posouzení nebo jako dlouhodobý odhad. V tomto obsáhlejšímu typu posouzení získávají sestry informace z oblasti komunikace, jazyka, gest a mimiky, tělesné konstituce a způsobu oblékání. Zájem se klade i na všeobecnou souvislost života s prostředím, jakým způsobem žije pacient/klient v rodině, jeho světónázor nebo jaký postoj má k technice v souvislosti

s diagnostickými a terapeutickými výkony. Dále se zaměřují na denní aktivity pacienta/klienta, jeho stravovací návyky, tabu, náboženské vyznání, víra a žebříček hodnot, jaký důraz je kladen na vzdělání a sociální vztahy jedince k vlastní a cizí kultuře. Zjišťují se například i ekonomické faktory, provádí se hrubý odhad nákladů a příjmů, zkoumá vliv na zdraví a nemoc, právní a politické vlivy. Řadí se sem i sběr informací o tradičním systému péče o zdraví ale i hodnocení důležitosti profesionální péče (19, s. 27).

*Typ „B“*, označován jako krátkodobé posouzení, je odhad velmi orientační. Hodí se v situaci, kdy je třeba rychle získat nezbytné informace, například na odděleních urgentní péče. Krátkodobý odhad se provádí v pěti etapách. Při první etapě sestry/porodní asistentky zaznamenávají všechno, co viděly, slyšely, prožily, zkrátka čeho všeho si všimly při setkání s pacientem/klientem a co si myslí, že by mohlo mít význam. Dále získávají informace týkající se pacientovi/klientovi víry, kulturních hodnot, aktivit majících souvislost se zdravím, lidový systém ošetrovatelské péče a jeho názor na systém profesionální ošetrovatelské péče. V další etapě posouzení sestry/porodní asistentky poznávají a dokumentují názor pacienta/klienta na to, co viděl, slyšel a prožil při dosavadním pobytu ve zdravotnickém zařízení. Následuje zhodnocení předchozích postupů, hledá se společné a rozdílné. V páté a poslední etapě krátkodobého posouzení sestra/porodní asistentka sestaví plán ošetrovatelské péče ve spolupráci s pacientem/klientem, který bude respektovat jeho kulturu (19, s. 27).

## **4 PRAKTICKÁ ČÁST**

### **4.1 Formulace problému**

Problém se dle mého názoru jeví v nedostatečných znalostech koncepčního modelu Madeleine Leiningerové. Vzhledem k neznalosti tohoto koncepčního modelu následuje jeho špatné nebo vůbec žádné využívání sestrami v ošetrovatelské praxi. S přihlédnutím k faktu, že pacientů/klientů cizích kultur a etnik ve zdravotnických zařízeních u nás v České republice přibývá, je tento problém čím dál více aktuální.

### **4.2 Cíl výzkumu**

Hlavním cílem mé bakalářské práce je zjistit informovanost sester v ošetrovatelské praxi o koncepčním modelu Madeleine Leiningerové.

V jakých oblastech tohoto modelu nemají sestry znalosti a zda se model vycházejícího slunce používá v ošetrovatelské praxi a pokud ne, tak proč se nevyužívá, jsou mé dílčí cíle.

### **4.3 Předpoklady**

Předpoklad č. 1: Koncepční model Madeleine Leiningerové se v ošetrovatelské praxi nepoužívá z důvodu nedostatku času.

Kritérium – předpokládám, že více než 51% respondentů odpoví na šestou otázku záporně a v sedmé otázce více než 51% respondentů označí, že se tento model nepoužívá z důvodu nedostatku času.

Potvrzující otázky: 6; 7.

Předpoklad č. 2: Předpokládám, že většina sester má nedostatečné znalosti o koncepčním modelu Madeleine Leiningerové.

Kritérium - předpokládám, že více než 51% sester má nedostatečné znalosti o koncepčním modelu M. Leiningerové. Za dostatečné znalosti, pokud respondenti na otázku č. 8 odpoví kladně, považuji alespoň tři z pěti následujících otázek zodpovězené správně.

Potvrzující otázky: 8; 9; 10; 11; 12; 13.

Předpoklad č. 3: Předpokládám, že většina sester nemá zájem o užití modelu Madeleine Leiningerové v ošetrovatelské praxi.

Kritérium – předpokládám, že více než 51% sester odpoví na všechny tři potvrzující otázky k tomuto předpokladu záporně.

Potvrzující otázky: 14; 15; 16.

#### **4.4 Metodika**

Výzkumná část mé bakalářské práce byla provedena metodou kvantitativního výzkumu pomocí dotazníkového šetření. Kvantitativní výzkum jsem si vybrala proto, že mi umožňoval oslovit širší vzorek respondentů. Dotazník byl zcela anonymní a obsahoval celkem 17 otázek. Ve výzkumné části jsou porovnávány odpovědi všeobecných sester/všeobecných ošetrovatelů s dosaženým středoškolským vzděláním s maturitní zkouškou, vyšším odborným vzděláním, dosaženým bakalářským a magisterským studijním programem.

V dotazníku je použito 11 uzavřených otázek, 2 polootevřené a 4 výčtové otázky, které umožňují respondentovi označit více odpovědí. Dotazník vychází z teoretické části mé bakalářské práce, ze stanovených cílů a hypotéz.

Výzkumné šetření proběhlo v roce 2013.

## **4.5 Vzorek respondentů**

Dotazníky byly určeny všeobecným sestram/všeobecným ošetřovatelům, kteří pracují na lůžkových odděleních. Pro dotazníkové šetření byla vybrána tato oddělení: chirurgické oddělení, gynekologicko-porodnické oddělení, dětské oddělení a interní oddělení.

Vlastnímu výzkumu předcházela pilotní studie, při které bylo osloveno 10 respondentů, pro potvrzení vhodného sestavení dotazníku a otázek v něm.

Výzkumné šetření probíhalo v Nemocnici České Budějovice a.s., v Nemocnici Strakonice a.s. a v Nemocnici Písek a.s.

## **4.6 Vyhodnocení dotazníkového šetření**

Celkem bylo rozdáno 130 dotazníků, z nich se vrátilo 123, návratnost dotazníků tedy činí 94,6%. Na základě nesprávného nebo nedostatečného vyplnění bylo vyřazeno 9 dotazníků, vyhodnocovala jsem tedy celkem 114 dotazníků. Jednotlivá data byla zpracována do grafů za pomoci programu Microsoft Office Excel a doplněna slovním komentářem.



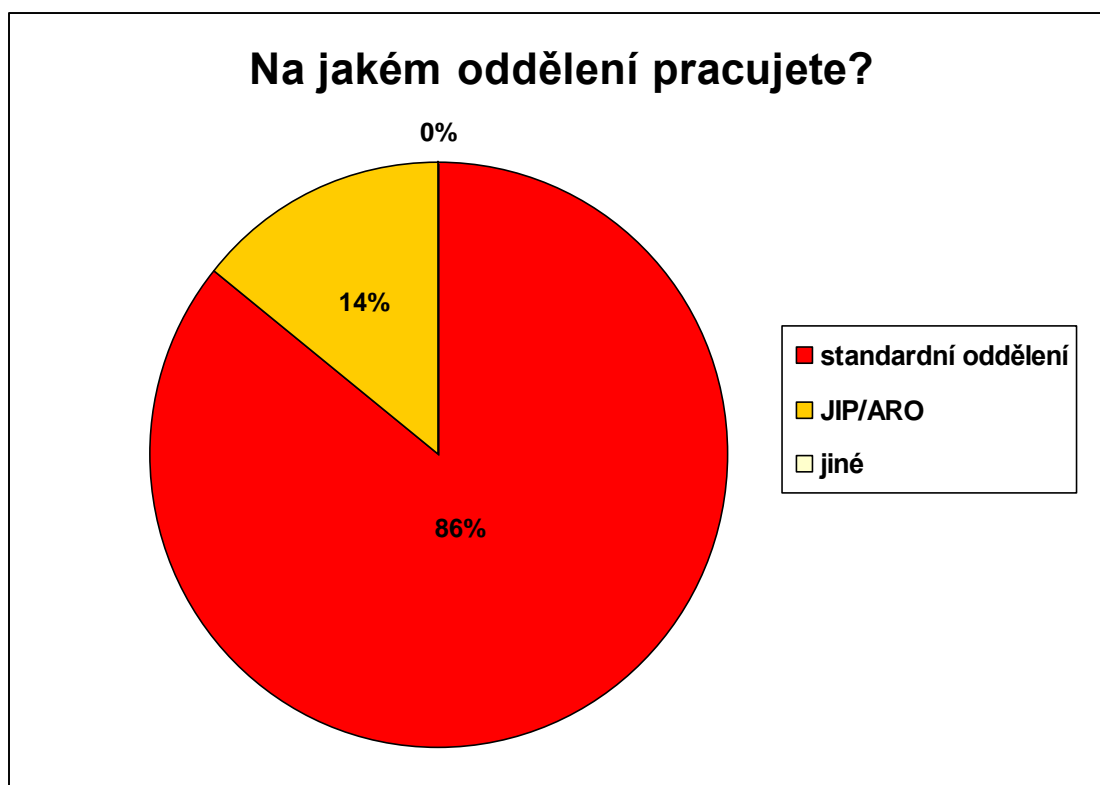
## 4.7 Zpracování údajů

Graf 1 Dosažené vzdělání



Graf č. 1 udává dosažené vzdělání dotazovaných všeobecných sester/všeobecných ošetřovatelů. V této otázce bylo možno označit respondenty více odpovědí. Střední školu ukončenou maturitní zkouškou má 69 (60,5%) dotazovaných. Respondentů s vyšším odborným vzděláním bylo celkem 13 (11,4%). Vysokoškolsky vzdělaných dotazovaných bylo dohromady 32 (28,1%), z toho 27 (23,7%) respondentů mělo bakalářské vzdělání a 5 (4,4%) respondentů magisterské vzdělání. Ze všech dotazovaných mělo navíc specializační vzdělání (ARO/JIP) 26 (22,8%) respondentů. Možnost „jiné“ vzdělání nevyužil nikdo z respondentů.

Graf 2 Oddělení, na kterých pracují respondenti



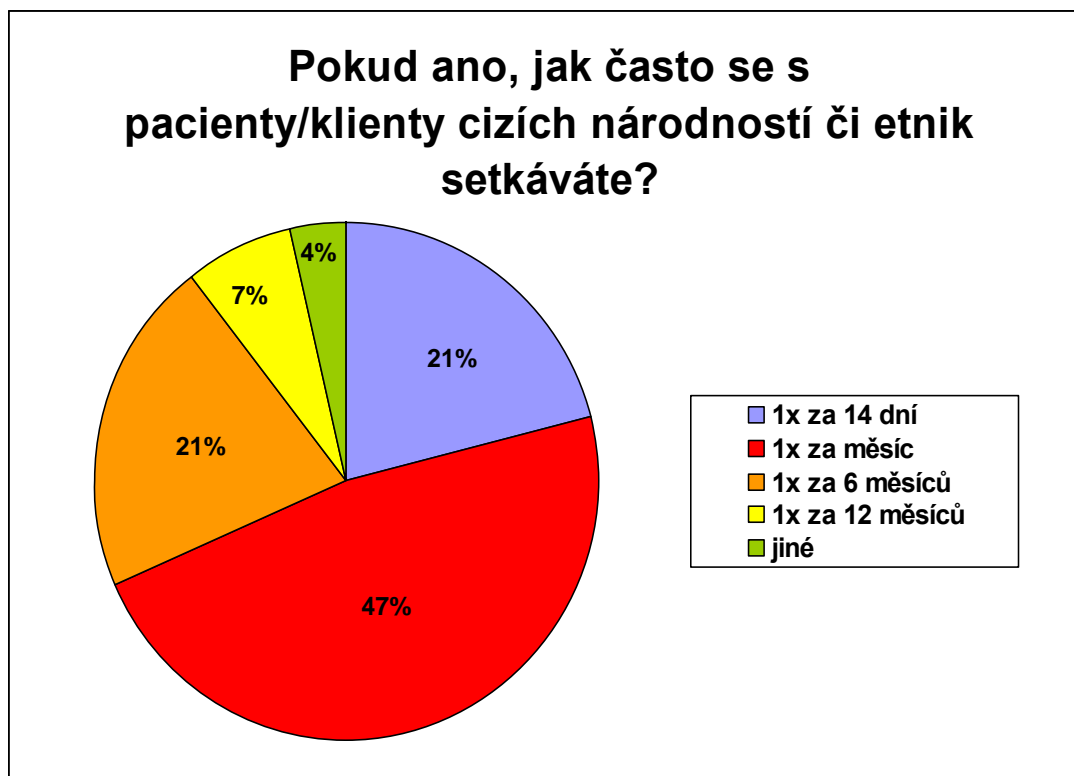
Graf č. 2 nám odkrývá oddělení, na kterých dotazovaní pracují. Nejvíce respondentů pracuje na standardních odděleních, například chirurgické, interní, neurologické, dětské či gynekologicko-porodnické oddělení. Těchto respondentů bylo dohromady 98 (86%). Na odděleních JIP/ARO pracovalo 16 (14%) respondentů. Možnost „jiné“ nevyužil nikdo z dotazovaných.

Graf 3 Setkávání se s pacientem/klientem jiné kultury či etnika respondentů v zaměstnání



Graf č. 3 nám odhaluje, zda se všeobecné sestry/všeobecní ošetřovatelé setkávají při své práci s pacientem/klientem jiné kultury nebo etnika. Všech 114 (100%) respondentů se při své práci s pacientem/klientem jiné kultury či etnika setkává.

Graf 4 Četnost setkávání respondentů s pacienty/klienty cizích národností či etnik

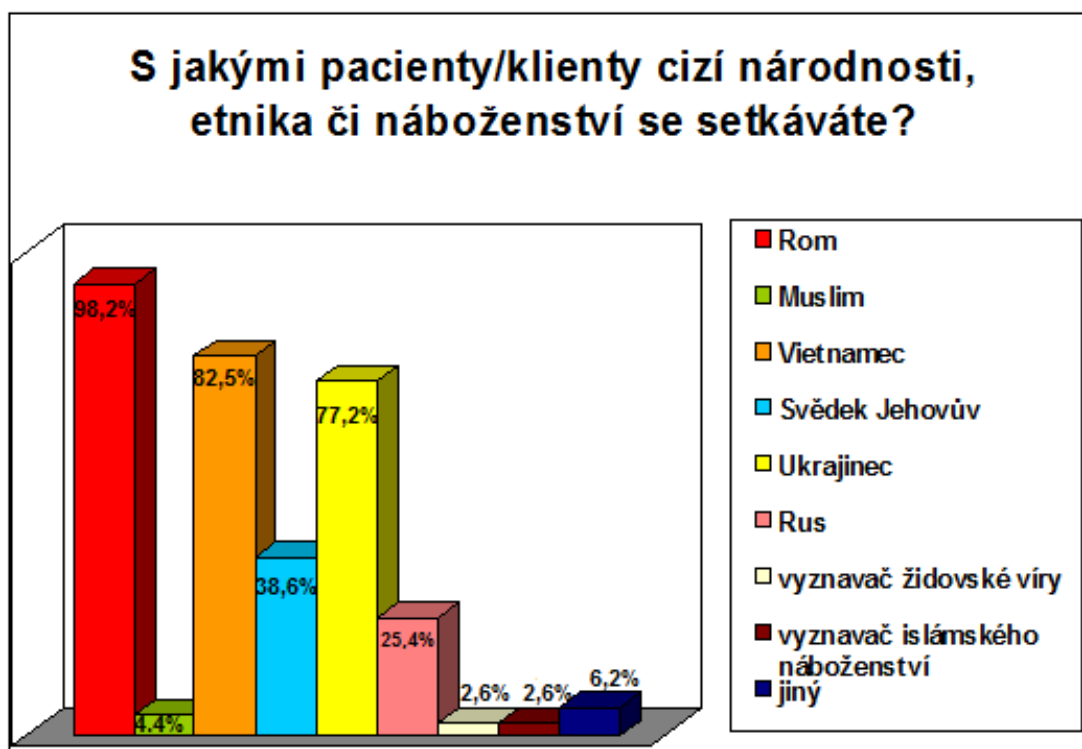


Tabulka 1 doplňující údaje ke grafu 4

Možnost "jiné"	
1x za týden	4 respondenti

Graf č. 4 rozděluje časová období, za která se setkávají respondenti s pacienty/klienty cizích národností či etnik. Jednou za čtrnáct dní se s těmito pacienty/klienty setkává 24 (21%) respondentů. Jednou za měsíc je ošetřuje 54 (47%) dotazovaných. Jednou za šest měsíců, tedy jednou za půl roku tyto pacienty/klienty ošetřuje 24 (21%) všeobecných sester/všeobecných ošetřovatelů a jednou za rok se s takovými pacienty/klienty setkává 8 (7%) respondentů. Možnost „jiné“ využili 4 (4%) dotazovaní a všichni 4 uvedli četnost těchto pacientů/klientů na odděleních, kde pracují, jednou za týden.

Graf 5 Pacienti/klienti cizí národnosti, etnika či náboženství v ošetrovatelské praxi respondentů



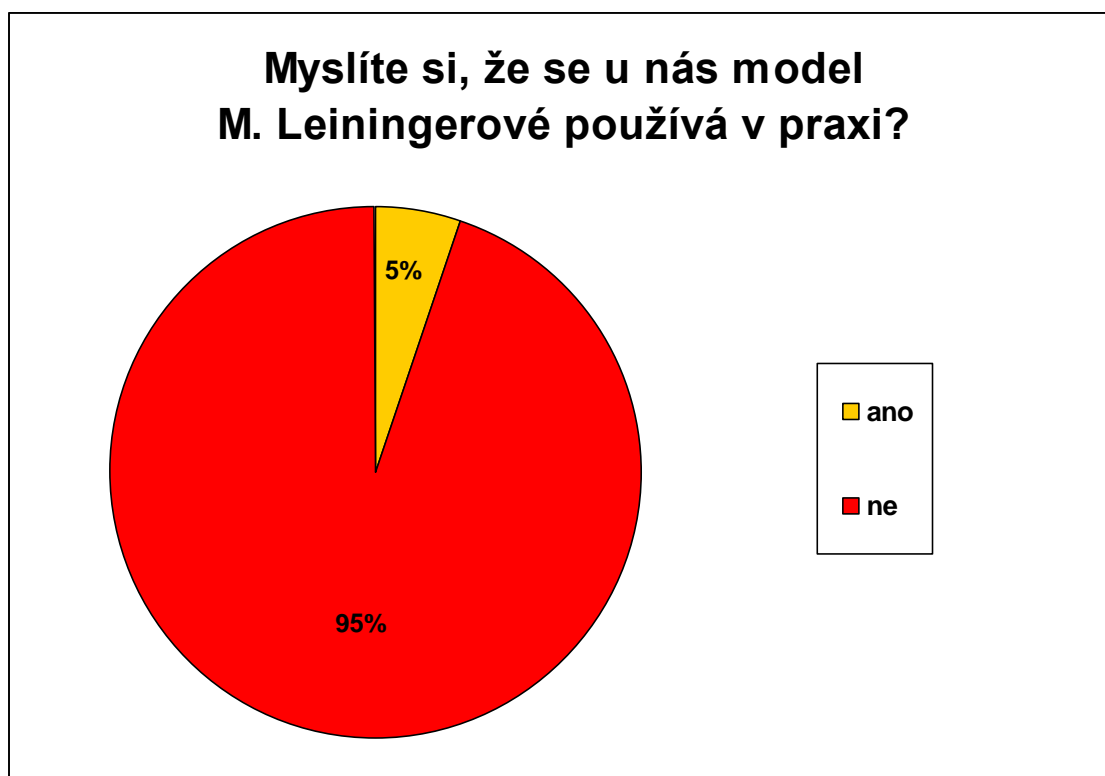
Tabulka 2 doplňující údaje ke grafu 5

Možnost "jiné"	
Bulhar	1 respondent
Němec	1 respondent
Nor	1 respondent
Rumun	1 respondent
Slovák	3 respondenti

Graf č. 5 udává s jakými národnostmi, etniky či náboženstvím se jednotliví respondenti setkávají u svých pacientů/klientů. Respondenti měli možnost označit

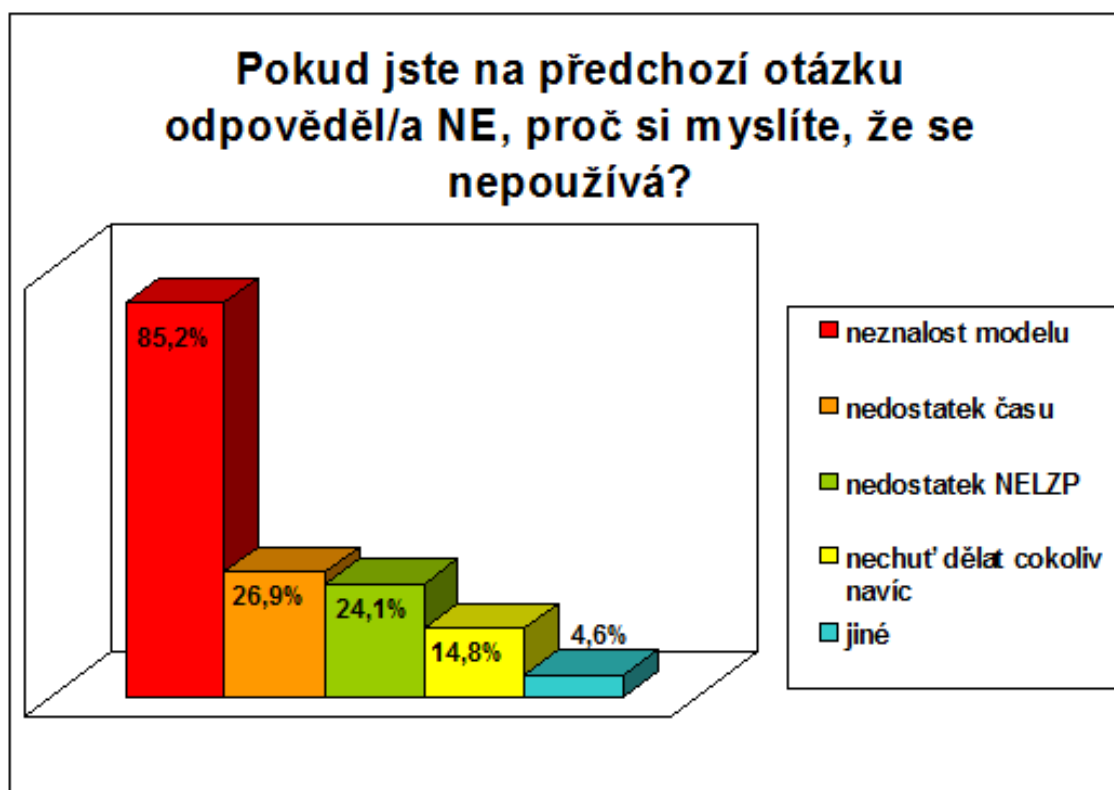
více odpovědí, ale i možnost doplnit jinou národnost, kulturu či etnikum pacienta/klienta, se kterou se setkali. S romským pacientem/klientem už se ve své ošetrovatelské praxi setkalo 112 (98,2%) dotazovaných. Muslimského pacienta/klienta ošetřovalo 5 (4,4%) respondentů, S vietnamským pacientem/klientem se setkalo 94 (82,5%) dotazovaných. S pacientem/klientem Svědkem Jehovovým se setkalo při své praxi 44 (38,6%) respondentů. Ukrajinského pacienta/klienta označilo ve svém dotazníku 88 (77,2%) dotazovaných, zatímco ruského pacienta/klienta ošetřovalo 29 (25,4%) dotazovaných. S vyznavačem židovské víry a s vyznavačem islámského náboženství se setkali 3 (2,6%) respondenti. Jinou možnost využilo 7 (6,2%) dotazovaných. Slovenského pacienta/klienta uvedli 3 (2,6%) dotazovaní, zbylí 4 (3,6%) respondenti uvedli, že ošetřovali bulharského, německého, rumunského a norského pacienta/klienta.

Graf 6 Používání modelu M. Leiningerové



Graf č. 6 ukazuje, zda si respondenti myslí, že se u nás model Madeleine Leiningerové používá v praxi či nikoli. 6 respondentů (5%) si myslí, že se u nás tento model využívá v praxi. Zbýlých 108 (95%) respondentů je zcela opačného názoru, tudíž si myslí, že se tento model u nás v praxi nevyužívá.

Graf 7 Důvody nepoužívání modelu M. Leiningerové



Tabulka 3 doplňující údaje ke grafu 7

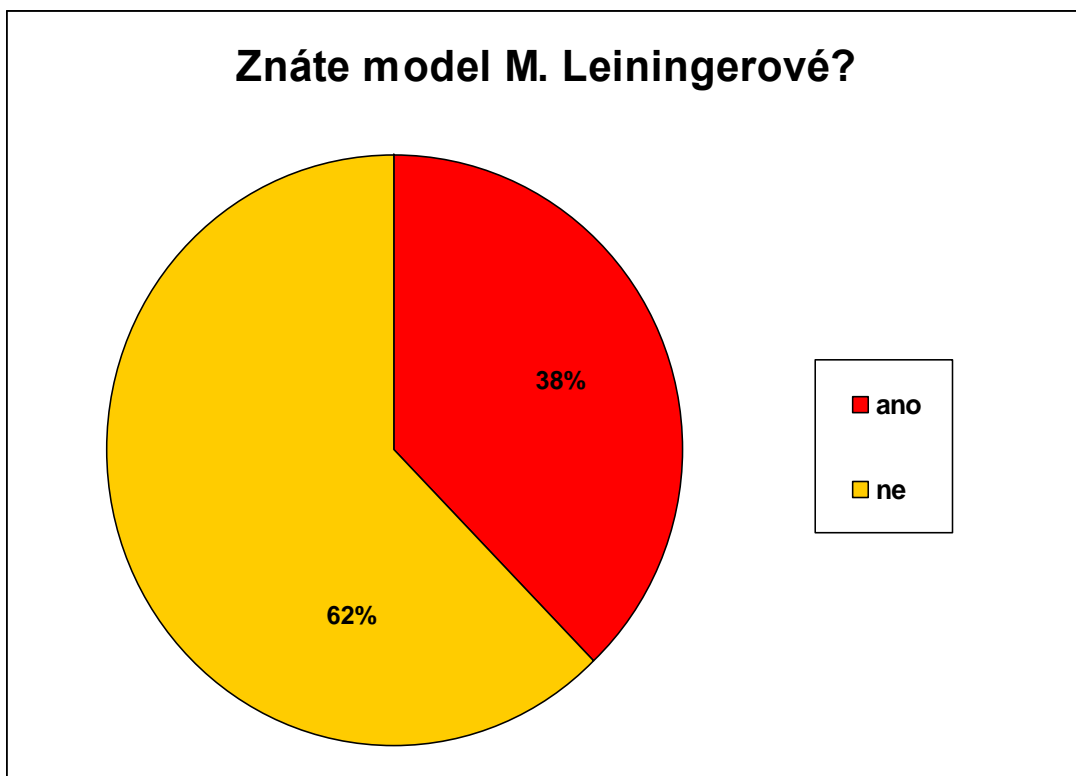
Možnost "jiné"	
používání jiného modelu	2 respondenti
nedostatek peněz	1 respondent
naprosto nepoužitelný model v praxi	1 respondent
neznalost cizích kultur, náboženství a nedostatečnost vzdělávání v oblasti multikulturního ošetřovatelství	1 respondent

Graf č. 7 odhaluje názory 108 respondentů z otázky č. 6, kteří si myslí, že se u nás model Madeleine Leiningerové nevyužívá v praxi. Respondenti měli možnost označit více odpovědí, případně dopsat odpověď jinou. 92 (85,2%) dotazovaných vidí



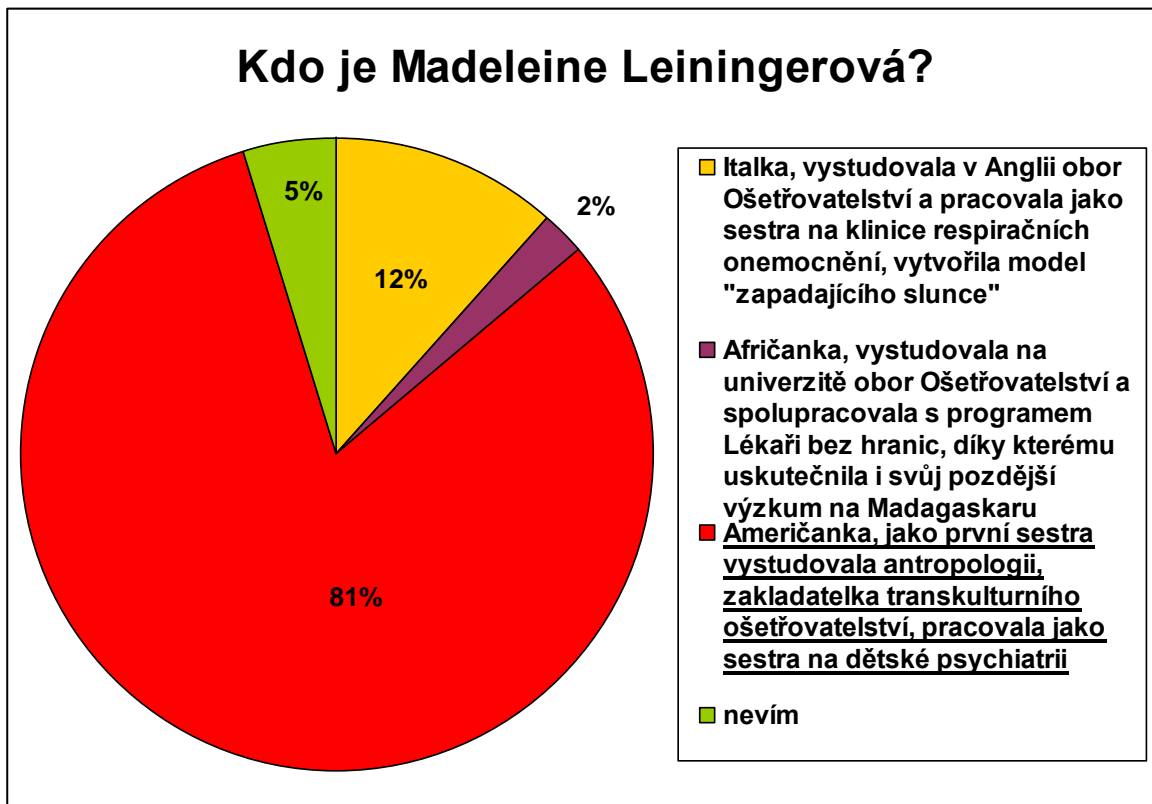
největší problém v neznalosti tohoto modelu. Nedostatek času uvedlo 29 (26,9%) dotazovaných. 26 (24,1%) respondentů si myslí, že je na použití tohoto modelu v praxi nedostatek nelékařského zdravotnického personálu. Nechuť dělat cokoli navíc uvedlo 16 (14,8%) dotazovaných. Jinou možnost využilo 5 (4,6%) všeobecných sester/všeobecných ošetřovatelů. 2 respondenti uvedli, že používají jiný model. Další 3 odpovědi od tří dotazovaných jsou: nedostatek peněz; naprostá nepoužitelnost tohoto modelu v praxi; neznalost cizích kultur, náboženství a nedostatečnost vzdělávání v oblasti multikulturního ošetřovatelství.

Graf 8 Znalost modelu M. Leiningerové



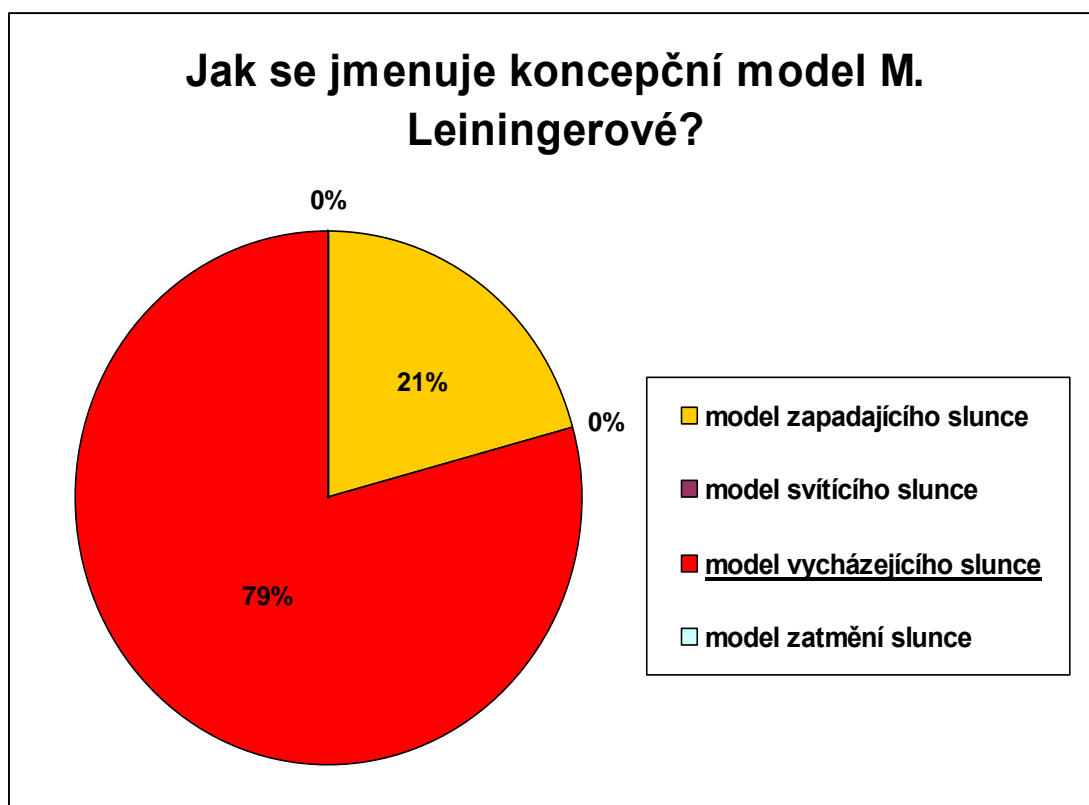
Graf č. 8 nám rozděluje respondenty na ty, kteří model Madeleine Leiningerové znají nebo neznají. 43 (38%) respondentů uvedlo, že tento model zná. 71 (62%) respondentů uvedlo, že tento model nezná. Respondenti, kteří uvedli, že tento model neznají, již na další otázky neodpovídali.

Graf 9 Madeleine Leiningerová



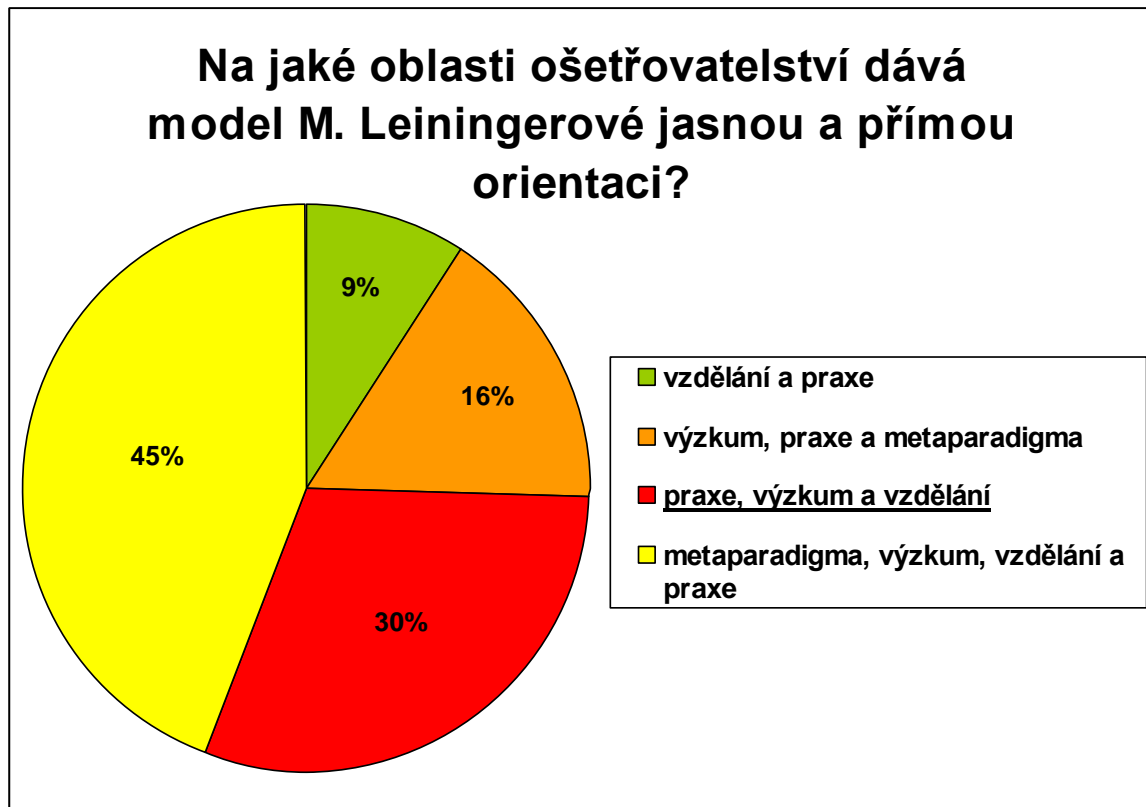
Graf č. 9 znázorňuje odpovědi na otázku kdo je Madeleine Leiningerová. Od této otázky se 100% respondentů rovná 43 respondentům. 5 (12%) dotazovaných označilo Madeleine Leiningerovou jako Italku, která v Anglii vystudovala obor Ošetrovatelství a pracovala jako sestra na klinice respiračních onemocnění a vytvořila model „zapadajícího slunce“. 1(2%) respondent si myslí, že jde o Afričanku, která vystudovala na univerzitě obor Ošetrovatelství a spolupracovala s programem Lékaři bez hranic, díky kterému uskutečnila i svůj pozdější výzkum na Madagaskaru. Správnou odpověď, že se jedná o Američanku, která jako první sestra vystudovala Antropologii, je zakladatelkou transkulturního ošetrovatelství a pracovala jako sestra na dětské psychiatrii označilo 35 (81%) respondentů. Odpověď „nevím“ označili 2 (5%) dotazovaní.

Graf 10 Název koncepčního modelu M. Leiningerové



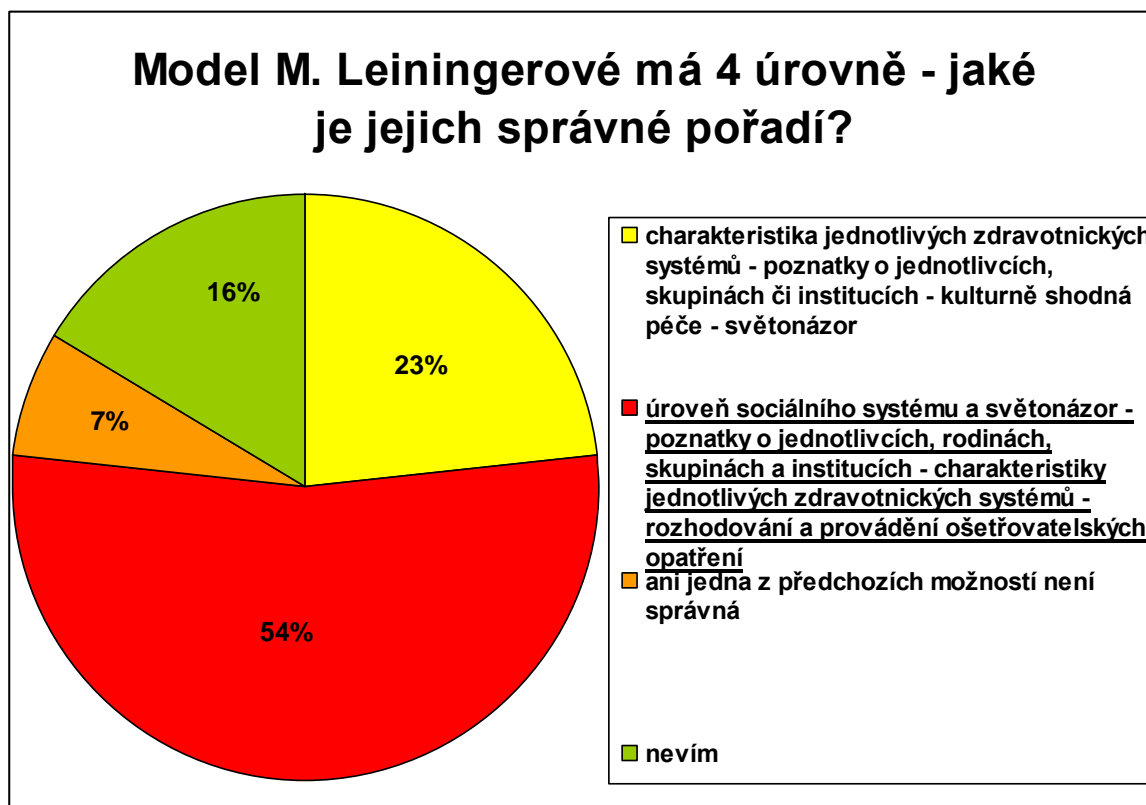
Graf č. 10 ukazuje, jak odpovídali respondenti na otázku jak se jmenuje koncepční model Madeleine Leiningerové. 9 (21%) dotazovaných si myslí, že se jedná o model zapadajícího slunce. Správnou odpověď, model vycházejícího slunce, uvedlo 34 (79%) dotazovaných. Odpovědi model svítícího slunce a model zatmění slunce neoznačil nikdo z respondentů.

Graf 11 Oblasti ošetřovatelství



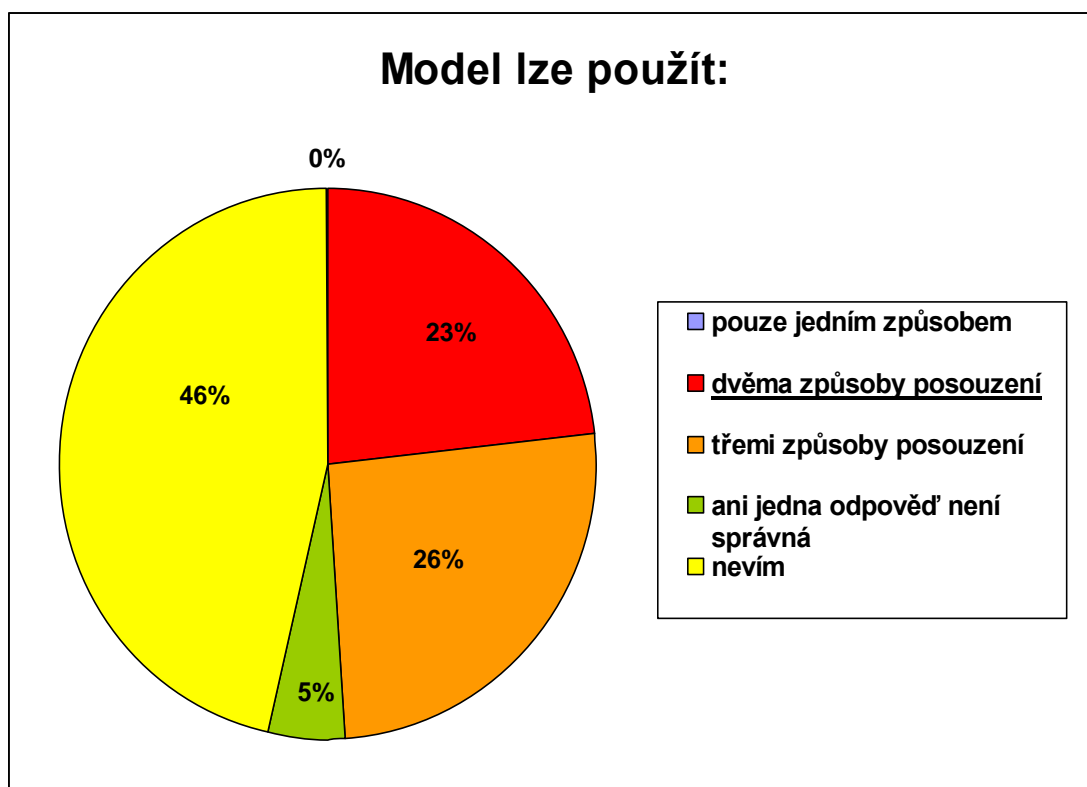
Graf č. 11 znázorňuje odpovědi respondentů na otázku týkající se čtyř oblastí ošetřovatelství, na které dává model jasnou a přímou orientaci. Oblast vzdělávání a praxe označili 4 (9%) respondenti. Výzkum, praxi a metaparadigma označilo 7 (16%) dotazovaných. Správnou odpověď, praxi, výzkum a vzdělání, vědělo 13 (30%) tázaných. Metaparadigma, výzkum, vzdělání a praxi uvedlo celkem 19 (45%) respondentů.

Graf 12 Úrovně modelu a jejich správné pořadí



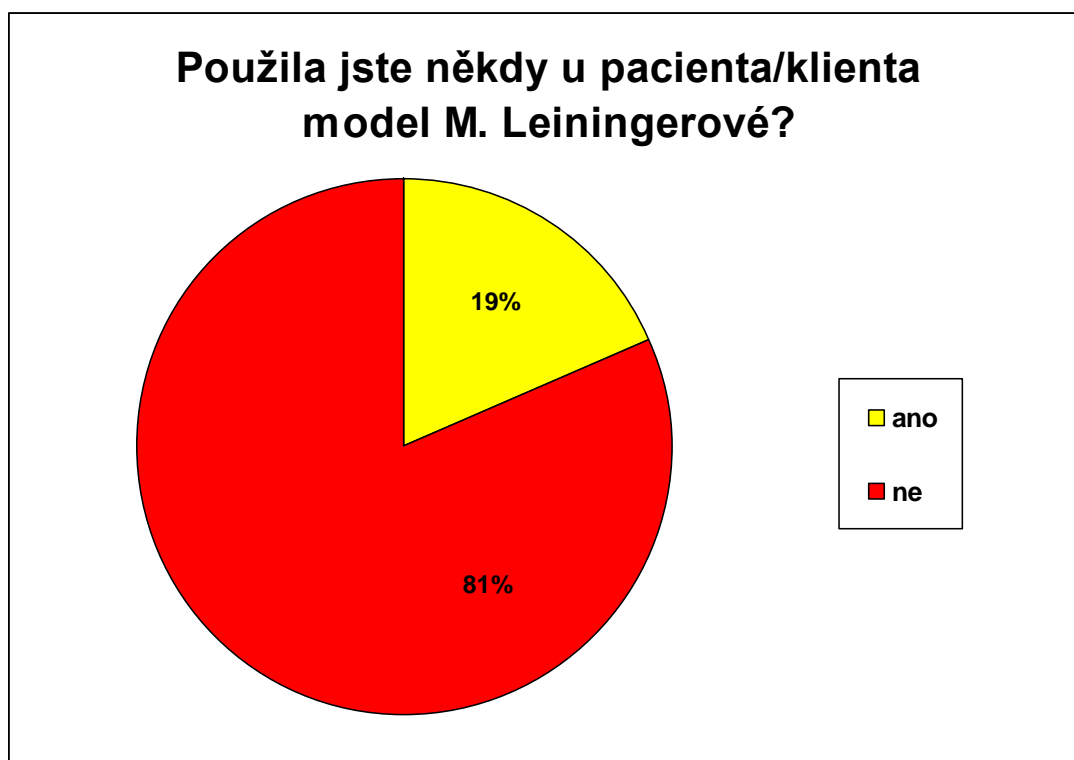
Graf č. 12 rozkrývá odpovědi na otázku zabývající se správným pořadím čtyř úrovní modelu Madeleine Leiningerové. Charakteristika jednotlivých zdravotnických systémů – poznatky o jednotlivcích, skupinách a institucích – kulturně shodná péče – světonázor, to je odpověď, kterou označilo 10 (23%) respondentů. 23 (54%) dotazovaných označilo správnou odpověď, a to úroveň sociálního systému a světonázor – poznatky o jednotlivcích, rodinách, skupinách a institucích – charakteristiky jednotlivých zdravotnických systémů – rozhodování a provádění ošetřovatelských opatření. 3 (7%) respondenti si myslí, že ani jedna z předchozích možností není správná a 7 (16%) respondentů označilo možnost „nevím“.

Graf 13 Způsob použití modelu



Graf č. 13 objasňuje odpovědi dotazovaných na otázku způsobů posouzení pacienta/klienta podle modelu Madeleine Leiningerové. První možnost, že lze model použít pouze jedním způsobem, neoznačil nikdo z dotazovaných. Správnou odpověď, že lze model použít dvěma způsoby posouzení, označilo 10 (23%) respondentů. 11 (26%) dotazovaných si myslí, že model lze použít třemi způsoby posouzení. 2 (5%) respondenti se domnívají, že ani jedna z uvedených možností není správná a 20 (46%) respondentů označilo odpověď „nevím“.

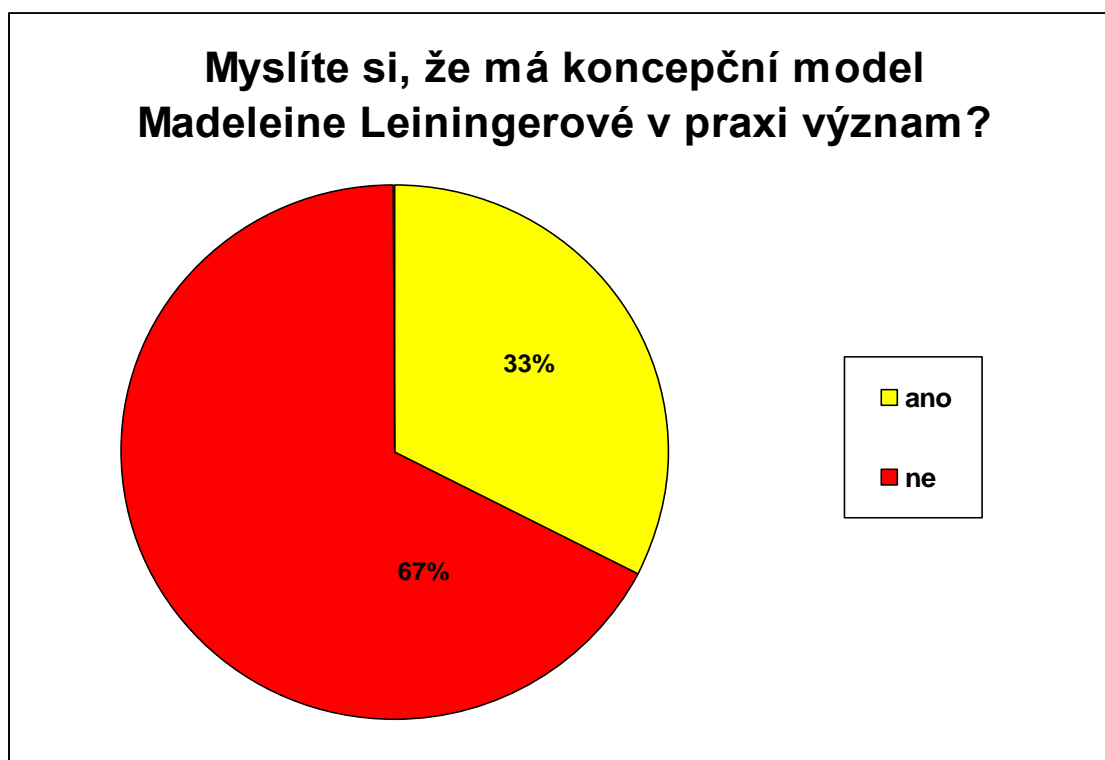
Graf 14 Použití modelu u pacienta/klienta



Graf č. 14 znázorňuje použití modelu Madeleine Leiningerové u pacienta/klienta všeobecnými sestrami/všeobecnými ošetřovateli. 8 (19%) respondentů uvedlo, že model vycházejícího slunce u pacienta/klienta už někdy použili. Zbýlých 35 (81%) dotazovaných uvedlo, že tento model nepoužili nikdy.



Graf 15 Význam modelu v praxi



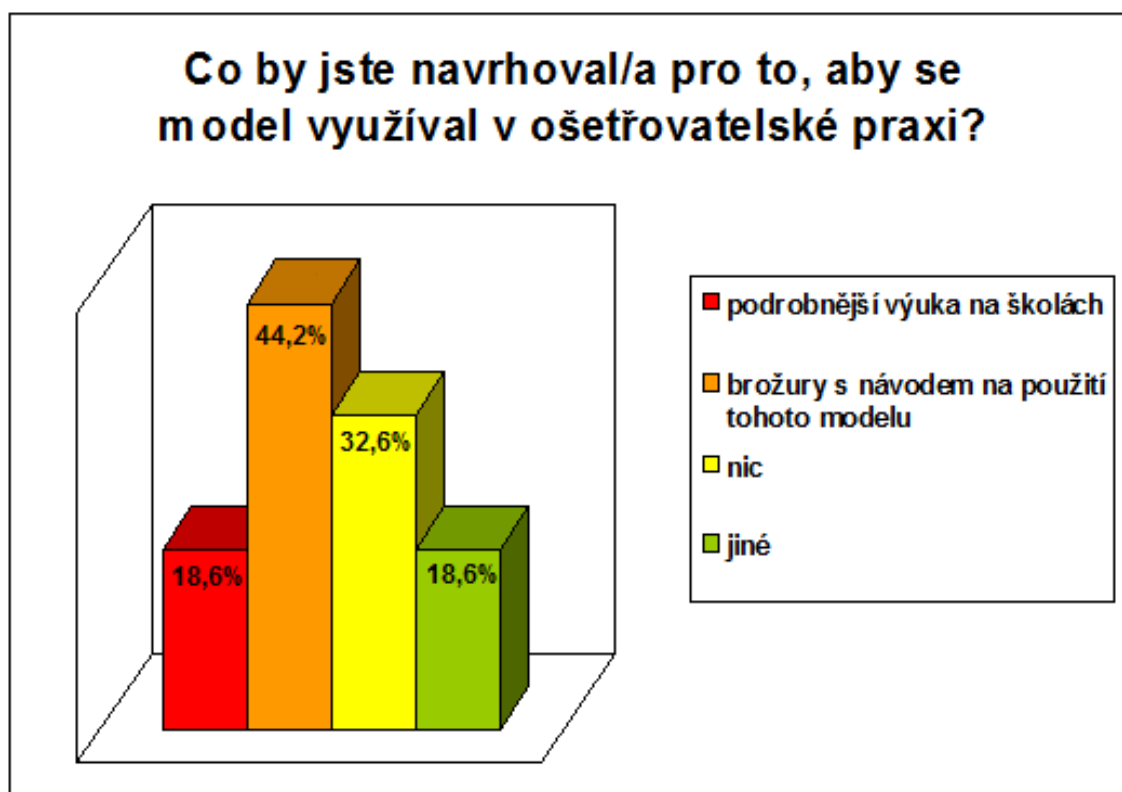
Graf č. 15 nám zobrazuje názor respondentů na koncepční model Madeleine Leiningerové, zda si myslí, že má v praxi význam či nikoli. 14 (33%) dotazovaných zastává názor, že tento model v praxi význam má, naproti tomu 29 (67%) respondentů si myslí, že model v praxi význam nemá.

Graf 16 Běžné využívání modelu v praxi



Graf č. 16 rozděluje respondenty na ty, kteří jsou pro, aby se model Madeleine Leiningerové běžně využíval v praxi, a na ty, kteří jsou proti používání tohoto modelu v ošetrovatelské praxi. Zastánců modelu vycházejícího slunce z řad respondentů je 11 (26%), což si lehce odporuje s předchozím grafem, kde 14 (33%) respondentů uvedlo, že si myslí, že tento model má v praxi význam. Proti běžnému využívání tohoto modelu v ošetrovatelské praxi bylo 32 (74%) dotazovaných.

Graf 17 Návrhy pro uvedení modelu do praxe



Tabulka 4 doplňující údaje ke grafu 17

Možnost "jiné"	
větší chuť dělat něco jinak	1 respondent
používání vlastního mozku a dobrý přístup	1 respondent
rozpoznat a vážit si kulturních odlišností	1 respondent
chybí zkušenosti s danou kulturou, bariéry v komunikaci, vzájemné pochopení významů	1 respondent
extra sestra pro transkulturu	1 respondent
školení	1 respondent
zacházení se všemi lidmi stejně bez jakýchkoli vymyšleností a různorodostí a komplikací při příjmech a výkonech	1 respondent

Graf č. 17 vyjadřuje návrhy respondentů, co by pomohlo tomu, aby se model Madeleine Leiningerové využíval v ošetrovatelské praxi. Respondenti měli možnost označit více odpovědí, případně dopsat své vlastní nápady nebo připomínky prostřednictvím možnosti „jiné“. 8 (18,6%) dotazovaných označilo podrobnější výuku na školách o tomto modelu. Největší počet respondentů, celkem 19 (44,2%), by uvítalo brožury s návodem na použití tohoto modelu. 14 (32,6%) dotazovaných nenavrhuje nic pro to, aby se tento model využíval v praxi. 8 (18,6%) respondentů využilo možnost „jiné“, tady jsou jejich odpovědi: větší chuť dělat něco jinak; používání vlastního mozku a dobrý přístup; rozpoznat a vážit si kulturních odlišností; chybí zkušenosti s danou kulturou, bariéry v komunikaci a vzájemné pochopení významů; extra sestra pro transkulturu; zájem vedení o použití nových modelů a jejich zavedení do praxe; školení; zacházení se všemi lidmi stejně, bez jakýchkoli vymyšleností a různorodostí a komplikací při příjmech a výkonech.

## DISKUZE

Tato bakalářská práce se zabývá koncepčním modelem Madeleine Leiningerové a jeho užitím v ošetrovatelské praxi. Cílem práce bylo zjistit informovanost sester v ošetrovatelské praxi o koncepčním modelu Madeleine Leiningerové. Dílčími cíli bylo zjistit v jakých oblastech tohoto modelu nemají sestry znalosti a zda se model vycházejícího slunce používá v ošetrovatelské praxi či nikoliv a pokud se model nevyužívá, tak proč.

Na základě těchto cílů byly stanoveny tři předpoklady. P1: Koncepční model Madeleine Leiningerové se v ošetrovatelské praxi nevyužívá z důvodu nedostatku času. P2: Předpokládám, že většina sester má nedostatečné znalosti o koncepčním modelu Madeleine Leiningerové. P3: Předpokládám, že většina sester nemá zájem o užití modelu Madeleine Leiningerové v ošetrovatelské praxi.

**Předpoklad č. 1:** Koncepční model Madeleine Leiningerové se v ošetrovatelské praxi nepoužívá z důvodu nedostatku času. K tomuto předpokladu se vztahují otázky č. 6 a 7.

V otázce č. 6 jsem se snažila zjistit názor respondentů na používání modelu Madeleine Leiningerové v ošetrovatelské praxi. Pouze 5% respondentů se domnívá, že se tento model v praxi skutečně využívá, zbylých 95% respondentů zastává názor opačný, a to že se model v praxi nevyužívá.

Otázkou č. 7 jsem navázala na odpovědi v otázce č. 6. Zajímalo mě, proč se z hlediska respondentů model Madeleine Leiningerové nepoužívá. 85,2% dotazovaných si myslí, že se model nevyužívá z důvodu neznalosti modelu, což je celkem pochopitelné, když něco neznám, většinou to nemohu využívat. 26,9% respondentů uvedlo, že se model nevyužívá v souvislosti s nedostatkem času. Myslím si ale, že „nedostatek času“ používáme ve většině případů pouze jako výmluvu, pokud nechceme dělat něco navíc. 24,1% respondentů považuje za následek nepoužívání modelu v praxi nedostatek nelékařského zdravotnického personálu. Sama mám dojem, že některé oddělení, obzvláště v menších nemocnicích, nejsou dostatečně personálně zabezpečena. Pšeničková (25, s. 61)

ve své práci uvádí, že respondenti – všeobecné sestry/všeobecní ošetřovatelé by uvítaly další pomocnou sílu na svých odděleních. 14,8% dotazovaných má podle své odpovědi nechuť dělat cokoliv navíc. 4,6% respondentů využilo mimo jiné i možnost se samostatně vyjádřit. Dva z pěti respondentů nepoužívají model Madeleine Leiningerové z důvodu užívání jiného modelu. Jaký model tyto respondenti užívají, to nevedli, ale můžeme se domnívat s ohledem na zkoumanou problematiku, že používají například model kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče autorek Gigerové a Davidhizarové, který též vychází z transkulturního ošetřovatelství Madeleine Leiningerové a který má usnadňovat hodnocení a poskytování ošetřovatelské péče pacientům/klientům subkultury, jak ve své práci uvádí Hrázská (19, s. 28). Další respondenti si myslí, že se model nevyužívá kvůli nedostatku peněz; protože je tento model naprosto nepoužitelný v praxi a pátý respondent se domnívá, že je tomu tak z důvodu neznalosti cizích kultur, náboženství a nedostatečnost vzdělávání v oblasti multikulturního ošetřovatelství.

Předpoklad č. 1 se nepotvrdil. Model Madeleine Leiningerové se sice v praxi skutečně nevyužívá, ale ne z důvodu nedostatku času, jak jsem se domnívala, ale z důvodu neznalosti modelu.

**Předpoklad č. 2:** Předpokládám, že většina sester má nedostatečné znalosti o koncepčním modelu Madeleine Leiningerové. Kritérium – předpokládám, že více než 51% sester má nedostatečné znalosti o koncepčním modelu M. Leiningerové. Za dostatečné znalosti, pokud respondenti na otázku č. 8 odpoví kladně, považuji alespoň 3 z 5 následujících otázek zodpovězené správně. K tomuto předpokladu se vztahují otázky č. 8; 9; 10; 11; 12 a 13.

Otázkou č. 8 jsem se dotazovala, zda respondenti znají či neznají model Madeleine Leiningerové. 38% respondentů uvedlo, že tento model zná. Zbýlých 62% dotazovaných tento model nezná. Dalšími pěti otázkami zjišťuji, zda 38% respondentů model skutečně zná.

V otázce č. 9 jsem zjišťovala, zda respondenti ví, kdo je Madeleine Leiningerová. Potěšující je, že 81% respondentů odpovědělo správně, že se jedná o Američanku, která jako první sestra vystudovala antropologii, je zakladatelkou transkulturního

ošetřovatelství a pracovala jako sestra na dětské psychiatrii. 12% respondentů se domnívalo, že jde o Italku, která v Anglii vystudovala obor ošetřovatelství, pracovala jako sestra na klinice respiračních onemocnění a vytvořila model „zapadajícího slunce“. 2% dotazovaných označilo, že Madeleine Leiningerová byla Afričanka, vystudovala na univerzitě obor ošetřovatelství a spolupracovala s programem Lékaři bez hranic, díky kterému uskutečnila i svůj pozdější výzkum na Madagaskaru. 5% dotazovaných zvolilo odpověď „nevím“.

V otázce č. 10 zjišťuji povědomí respondentů o názvu koncepčního modelu Madeleine Leiningerové. Opět jsem potěšena většinou správných odpovědí. Správně odpovědělo tentokrát 79% dotazovaných, a to že koncepční model M. Leiningerové se jmenuje model vycházejícího slunce. Model zapadajícího slunce označilo zbylých 21% dotazovaných. Možnosti model svítícího slunce a model zatmění slunce nevyužil žádný z respondentů.

Od otázky č. 11 se odpovědi respondentů více liší a správná odpověď nemá jednoznačně největší počet procentuálních odpovědí. Tato otázka byla zaměřena na oblasti ošetřovatelství, kterým dává model Madeleine Leiningerové jasnou a přímou orientaci. Správnou odpovědí je praxe, výzkum a vzdělávání, což označilo 30% dotazovaných. Největší počet respondentů, 45%, si myslí, že jde o metaparadigma, výzkum, vzdělání a praxi. 16% dotazovaných označilo odpověď výzkum, praxe a metaparadigma a zbylých 9% se domnívá, že se jedná pouze o vzdělání a praxi.

Otázkou č. 12 jsem si ověřovala, zda respondenti vědí, jak jsou seřazeny 4 úrovně v modelu Madeleine Leiningerové. Většina, v tomto případě 54% respondentů, odpověděla správně, že pořadí úrovní je takto: úroveň sociálního systému a světonázor, následují poznatky o jednotlivcích, rodinách, skupinách a institucích, dále charakteristiky jednotlivých zdravotnických systémů a nakonec rozhodování a provádění ošetřovatelských opatření. 23% respondentů se domnívá, že pořadí začíná charakteristikou jednotlivých zdravotnických systémů, poté jsou poznatky o jednotlivcích, rodinách, skupinách a institucích, následuje kulturně shodná péče a končí světonázorem. 7% dotazovaných si myslí, že ani jedna z předchozích uvedených možností není správná a 16% označilo odpověď „nevím“.

Poslední potvrzující otázkou, č. 13, jsem zjišťovala, zda respondenti vědí, jakými způsoby lze model použít. Zde jsem nejspíš měla lépe formulovat otázku i odpovědi, protože jsem měla na mysli krátkodobé a dlouhodobé posouzení, nebo také typ „A“ a typ „B“, ale někteří respondenti, kteří se domnívali, že jde o tři způsoby posouzení mi k odpovědi vypisovaly tři typy kulturní péče, a to záchovná a ochranná kulturní péče, adaptační kulturní péče a péče pomáhající uskutečnit změnu. Z pilotní studie tento nedostatek nevyplýnul, a tak jsem na něj přišla bohužel až při vyhodnocování dotazníkového šetření. 23% respondentů odpovědělo správně, že lze model použít dvěma způsoby posouzení. O něco více, 26% respondentů, si myslí, že ho lze použít třemi způsoby posouzení, 5% se domnívá, že ani jedna z odpovědí není správná a 46% respondentů označilo možnost „nevím“. Nikdo z respondentů si nemyslí, že se model dá použít pouze jedním způsobem.

Předpoklad č. 2 se mi potvrdil. Více než 51% sester, konkrétně 62%, tento model nezná. Ze zbylých 38% sester má dostatečné znalosti o koncepčním modelu Madeleine Leiningerové, celkem 69,8% respondentů, z toho 58,2% respondentů má vyšší odborné nebo vysokoškolské vzdělání a 11,6% respondentů má středoškolské vzdělání s maturitou. Toumová (24, s. 25-26) ve své bakalářské práci uvádí, že multikulturní ošetřovatelství se na středních zdravotnických školách vyučovat má, ale jako samostatný předmět existovat nemusí, pokud je součástí předmětů jako je ošetřovatelství, komunikace, psychologie nebo občanská nauka, což mě docela překvapilo, ale jsem potěšena, že i sestry „pouze“ se střední školou mají povědomí o tomto modelu.

**Předpoklad č. 3:** Předpokládám, že většina sester nemá zájem o užití modelu Madeleine Leiningerové v ošetřovatelské praxi. Kritérium – předpokládám, že více než 51% sester odpoví na potvrzující otázky k tomuto předpokladu záporně. K tomuto předpokladu se vztahují otázky č. 14; 15 a 16.

V otázce č. 14 jsem zjišťovala, zda respondenti někdy použili model Madeleine Leiningerové u pacienta/klienta. 19% respondentů alespoň jednou tento model použilo ve své ošetřovatelské praxi, zbylých 81% respondentů naopak tento model nepoužilo nikdy. „Je potřeba např. vhodný způsob komunikace – verbálně i neverbálně,“ připsal jeden z respondentů a já bych chtěla dodat, že vhodný způsob



komunikace je důležitý vždy, ne jen když ošetřujeme pacienta/klienta z jiné kultury či etnika.

Otázkou č. 15 jsem se dotazovala, zda si respondenti myslí, že má koncepční model Madeleine Leiningerové v praxi význam. 33% respondentů si myslí, že v praxi má význam, 67% respondentů si však myslí, že v praxi tento model význam nemá. Jeden z respondentů k této otázce připojil komentář: „Člověk tyto věci dělá automaticky a nepotřebuje k tomu model,“ a já s ním souhlasím. Tím ovšem nechci tento model zatracovat!

Otázkou č. 16 jsem zjišťovala, zda jsou respondenti pro, aby se model běžně využíval v ošetrovatelské praxi. Pouhých 26% respondentů by bylo pro využívání tohoto modelu v ošetrovatelské praxi, avšak velká většina dotazovaných, v tomto případě 74%, je proti tomu, aby se model v praxi využíval.

Předpoklad č. 3 se též potvrdil, neboť na všechny tři potvrzující otázky respondenti odpovídali záporně v počtu více jak 51%.

17. otázkou bych chtěla navázat na doporučení pro praxi. V této otázce jsem zkoumala návrhy respondentů, které by vedly k využívání modelu v ošetrovatelské praxi. Největší počet respondentů, celkem 44,2%, by uvítalo brožury s návodem na použití tohoto modelu, Kořínková (26, s. 67) ve své bakalářské práci uvádí, že 82,5% dotazovaných by uvítalo semináře na téma multikulturní ošetrovatelství, od kterého je jen krůček k transkulturnímu ošetrovatelství a modelu Madeleine Leiningerové. 32,6% respondentů nenavrhlo nic, co by pomohlo užívání modelu v praxi. 18,6% dotazovaných by bylo pro podrobnější výuku na školách, s čím též souhlasím a dalších 18,6% dotazovaných využilo možnost „jiné“ a vyjádřili svůj vlastní názor. Jednou z navrhovaných variant je školení, což si myslím, že je realizovatelnější, než například jak uvedl další z respondentů „extra sestra pro transkulturu“. Další z odpovědí jsou větší chuť dělat něco jinak; ať každý používá vlastní mozek a dobrý přístup; umět rozpoznat a vážit si kulturních odlišností; chybějící zkušenosti s danou kulturou; bariéry v komunikaci a vzájemné nepochopení významů; zájem vedení o použití nových modelů a zavést je do praxe a nebo

zacházení se všemi lidmi stejně, bez jakýchkoli vymyšleností a různorodostí a komplikací při příjmech a výkonech.

Nejvíce by tedy respondenti ocenily brožury s návodem tohoto modelu, podrobnější výuku na školách, ať už středních zdravotnických, vyšších odborných nebo vysokých školách a jak už jsem též zmiňovala z výzkumu Kořínkové, semináře na téma multikulturní ošetřovatelství.

## ZÁVĚR

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zjistit informovanost sester v ošetrovatelské praxi o koncepčním modelu Madeleine Leiningerové. Myslím si, že tento cíl jsem splnila. V prvních otázkách svého dotazníku jsem zjišťovala, zda se sestry s pacienty/klienty cizích národností, etnik či náboženství vůbec ve své praxi setkávají, jak často se s nimi setkávají a jací jsou jejich pacienti/klienti. Všichni respondenti odpověděli, že se s takovými pacienty/klienty setkávají, a to až už 1x týdně nebo 1x za půl roku. Ačkoliv všichni respondenti ošetřují pacienty/klienty cizích národností, etnik či náboženství, jak vyplynulo z mého průzkumu, ne všichni respondenti mají povědomí a jsou informováni o tomto koncepčním modelu. Konkrétně 62% respondentů tento model vůbec nezná.

Prvním dílčím cílem bylo zjistit, v jakých oblastech tohoto modelu nemají sestry znalosti. Nejsem si jistá, že se mi povedlo tento stanovený cíl splnit. Možná jsem měla více otázek zaměřit na konkrétní části modelu Madeleine Leiningerové, s odstupem času se mi otázky v dotazníku týkající se samotného modelu zdají spíše povrchní, nedostačující. Když zhodnotím tyto otázky týkající se samotného modelu, tak nejvíce znalosti sestrám chyběly v oblastech ošetrovatelství, na které dává model jasnou a přímou orientaci a poté v počtu způsobů, jakými se dá model aplikovat na pacienta/klienta.

Druhým dílčím cílem bylo zjistit, zda se koncepční model Madeleine Leiningerové používá v ošetrovatelské praxi a pokud se nepoužívá, tak z jakého důvodu. Tento cíl se mi povedlo splnit. Prostřednictvím dotazníkového šetření jsem zjistila, že se tento model skutečně v praxi nepoužívá, jak jsem předpokládala, a to z důvodu neznalosti modelu.

Nelékařský zdravotnický personál se ve své ošetrovatelské praxi setkává a setkáváti bude stále častěji s ošetrováním pacientů/klientů odlišných kultur, etnik či náboženského vyznání. Je proto potřeba, aby na to byli tito pracovníci připraveni a to až už půjdou pracovat po střední škole či po dokončení vyššího nebo vysokoškolského vzdělání.

Jak už jsem uvedla v diskusi, bylo by vhodné zejména posílit výuku multikulturního ošetřovatelství již na středních zdravotnických školách. Pořádání seminářů na téma multikulturní a transkulturní ošetřovatelství a ošetřování pacienta/klienta cizince by bylo také přínosné. A již zmiňované brožury s návodem použití tohoto modelu u pacientů/klientů by byly zajisté oceněny, což ostatně navrhovalo nejvíce respondentů.

Multikulturní péče je především o úctě k člověku, jak uvedla v názvu své práce Saadouni (3, s. 16). Tímto bychom se měli všichni řídit, nebo alespoň všichni zdravotničtí pracovníci. Vždyť naše práce je i tak trochu „posláním“.

## POUŽITÁ LITERATURA

1. ANASTASSIADOU, Hana. Ošetřovatelská anamnéza a její teoretické základy v transkulturním kontextu. In: JAROŠOVÁ, Darja a kol. *Trendy v ošetřovatelství II*. [online]. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2003, s. 7-14 [cit. 26. 5. 2013]. ISBN 80-7042-341-2. Dostupné z: <http://lf.osu.cz/uom/dokumenty/uom-publikace/trendy-ii-2003.pdf>
2. IVANOVÁ, Kateřina. ŠPIRUDOVÁ, Lenka a KUTNOHORSKÁ, Jana. *Multikulturní ošetřovatelství I*. Grada Publishing, 2005. 1. vydání, 248s, ISBN 80-247-1212-1.
3. SAADOUNI, Štěpánka. Multikulturní péče je především o úctě k člověku. *Zdravotnické noviny*. 2008, 57 (21), 16-18. ISSN 0044-1996.
4. NEMOCNICE BŘECLAV. *Věstník MZČR č. 9/2004. Koncepce ošetřovatelství*. [online]. [cit. 9.3.2014]. Dostupné z: <http://www.nembv.cz/koncepce-osetrovatelestvi-2>
5. ŠKRABOVÁ, Helena. *Multikulturní ošetřovatelství*. [online] Červenec 2010. [cit. 2013]. Dostupné z: [http://www.szsemb.cz/admin/upload/sekce\\_materialy/Multikulturní\\_OSE.pdf](http://www.szsemb.cz/admin/upload/sekce_materialy/Multikulturní_OSE.pdf)
6. PRŮCHA, Jan. *Interkulturní psychologie*. Sociopsychologické zkoumání kultur, etnik, ras a národů. Portál, 2010. 3. vydání, 224s. ISBN 978-80-7367-709-1.
7. Kolektiv autorů. *Sociokulturní kontexty v ošetřovatelství a porodní asistenci, příspěvek k podpoře humánnější péče o člověka II*. Univerzita palackého v Olomouci, 2006. 1. vydání. ISBN 80-244-1424-4.
8. BUNKOWSKE, Eugene. *The Cultural Onion*. [online]. Outreach Ministry in Kontext, 2002 [cit. 20.2.2013]. Dostupné z: [http://web.csp.edu/MACO/Courses/573/Microsoft\\_Word\\_-\\_Oni.pdf](http://web.csp.edu/MACO/Courses/573/Microsoft_Word_-_Oni.pdf)
9. ŽIAKOVÁ, Katarína. JAROŠOVÁ, Darja, ČÁP, Juraj a kol. *Ošetřovatelství – konceptuální modely a teorie*. Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2005. 1. vydání. 234 s, ISBN 80-7368-068-8.

10. NOVÁKOVÁ, Iva. *Kapitoly z multikulturního ošetřovatelství*. Technická univerzita v Liberci, Ústav zdravotnických studií, 2008. 1. vydání, 115 s, ISBN 978-80-7372-404-7.
11. JANÁČKOVÁ, Laura a WEISS, Petr. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Portál, 2008. 1. vydání, 136s, ISBN 978-80-7367-477-9.
12. ŠPIRUDOVÁ, Lenka a kolektiv. *Pečujeme o klienty odlišných etnik a kultur. Transkulturní péče v praxi aneb jak překonávat komunikační a kulturní bariéry při péči o pacienty odlišných etnik a kultur*. Olomouc, 2004. Dostupné z: [http://www.eifzvip.cz/dokumenty/elektronicka\\_knihovna/Pecujeme\\_o\\_klienty\\_odlisnych\\_etnik\\_a\\_kultur.pdf](http://www.eifzvip.cz/dokumenty/elektronicka_knihovna/Pecujeme_o_klienty_odlisnych_etnik_a_kultur.pdf)
13. ŠPATENKOVÁ, Naděžda a KRÁLOVÁ, Jaroslava. *Základní otázky komunikace*. Komunikace (nejen) pro sestry. Galén, 2009. 1. vydání. ISBN 978-80-7262-599-4.
14. TRACHTOVÁ, Eva a kol. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2008. 2. nezměněné vydání – dotisk, 185s. ISBN 80-7013-324-4.
15. JAROŠOVÁ, Darja. *Vybrané ošetřovatelské modely a teorie*. Reponis Ostrava, 2002. 1. vydání, 75s, ISBN 80-7042-339-0.
16. ARCHALOUSOVÁ, Alexandra. *Přehled vybraných ošetřovatelských modelů*. Nucleus HK, 2003. 1. vydání, 140s, ISBN 80-86225-33-X.
17. HOLUBOVÁ, Adéla a THÓTOVÁ, Valerie. *Minority – stáří a smrt*. Sestra. [online], 2008, [cit. 9.3.2014]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/minority-stari-a-smrt-397957>
18. ŠPIRUDOVÁ, Lenka. TOMANOVÁ, Danuška. KUDLOVÁ, Pavla a HALMO, Renata. *Multikulturní ošetřovatelství II*. Grada Publishing, 2006. 1. vydání. ISBN 80-247-1213-X.

19. HRÁZSKÁ, Kateřina. *Model Leiningerové a Gigerové-Davidhizarové a jejich využívání v praxi*. České Budějovice, 2013. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Dita NOVÁKOVÁ.
20. SCHOLTZOVÁ, Emília. *Znalosti všeobecných sestier pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti jedincom rôznych etník*. Brno, 2011. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. Katedra ošetrovatelství. Vedoucí práce Jana STRAKOVÁ.
21. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada Publishing, 2006. 1. vydání, 152s. ISBN 80-247-1211-3.
22. MASTILIAKOVÁ, Dagmar. Model kulturní péče Madeleine Leiningerové. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2005, 1(3), 129-132. ISSN 1801-1349
23. ZÁBOJNÍKOVÁ, Katarína. *Cizinec na našem lůžkovém oddělení*. Brno, 2008. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. Katedra ošetrovatelství. Vedoucí práce Natália BEHARKOVÁ.
24. TOUMOVÁ, Kristýna. *Úroveň znalostí studentů středních zdravotnických škol v poskytování ošetrovatelské péče cizincům*. České Budějovice, 2013. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Dita NOVÁKOVÁ.
25. PŠENIČKOVÁ, Lenka. *Faktory ovlivňující kvalitu ošetrovatelské péče*. Plzeň, 2013. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Katedra ošetrovatelství a porodní asistence. Vedoucí práce Bohumila HAJŠMANOVÁ.
26. KOŘÍNKOVÁ, Jana. *Cizinec v našem lůžkovém zařízení. Teorie kulturně rozdílné a shodné péče*. Brno, 2007. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. Katedra ošetrovatelství. Vedoucí práce Miroslava KYASOVÁ.

## **SEZNAM GRAFŮ**

Graf 1 Dosažené vzdělání

Graf 2 Oddělení, na kterých pracují respondenti

Graf 3 Setkávání se s pacientem/klientem jiné kultury či etnika respondentů v zaměstnání

Graf 4 Četnost setkávání respondentů s pacienty/klienty cizích národností či etnik

Graf 5 Pacienti/klienti cizí národnosti, etnika či náboženství v ošetrovatelské praxi respondentů

Graf 6 Používání modelu M. Leiningerové

Graf 7 Důvody nepoužívání modelu M. Leiningerové

Graf 8 Znalost modelu M. Leiningerové

Graf 9 Madeleine Leiningerová

Graf 10 Název koncepčního modelu M. Leiningerové

Graf 11 Oblasti ošetrovatelství

Graf 12 Úrovně modelu a jejich správné pořadí

Graf 13 Způsob použití modelu

Graf 14 Použití modelu u pacienta/klienta

Graf 15 Význam modelu v praxi

Graf 16 Běžné využívání modelu v praxi

Graf 17 Návrhy pro uvedení modelu do praxe



## **SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1 doplňující údaje ke grafu 4

Tabulka 2 doplňující údaje ke grafu 5

Tabulka 3 doplňující údaje ke grafu 7

Tabulka 4. doplňující údaje ke grafu 17

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha 1 Model vycházejícího slunce

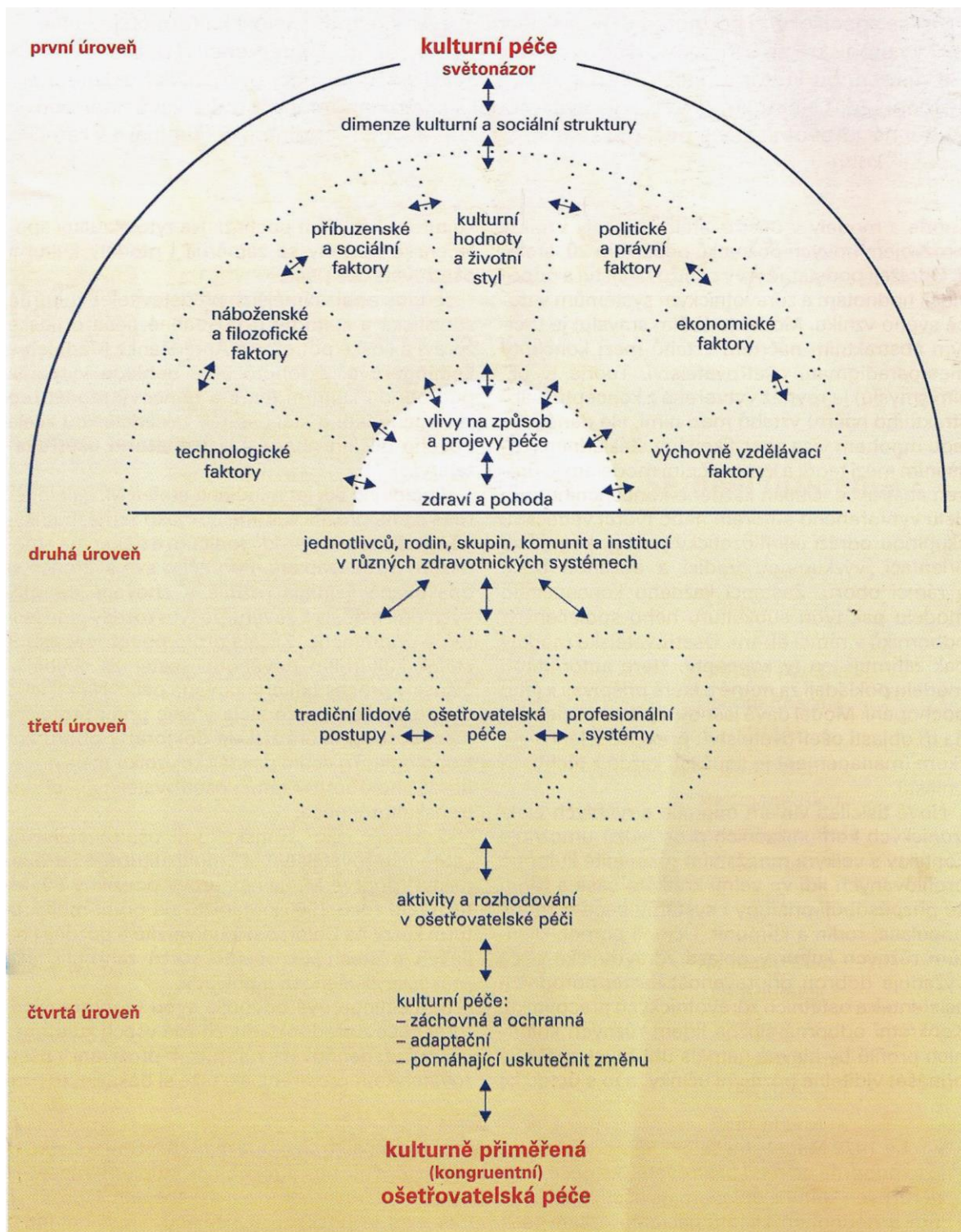
Příloha 2 Dotazník

Příloha 3 Souhlas s dotazníkovým šetřením České Budějovice

Příloha 4 Souhlas s dotazníkovým šetřením Strakonice

Příloha 5 Souhlas s dotazníkovým šetřením Písek

Příloha č. 1



Model „vycházejícího slunce“ M. Leiningerové znázorňuje teorii kulturní diversity (rozmanitosti, odlišnosti) a univerzality (podobnosti) v ošetřovatelské péči

Příloha č. 2

Dobrý den,

jmenuji se Jaroslava Menčíková a jsem studentkou 3. ročníku oboru všeobecná sestra na Západočeské univerzitě v Plzni. Ve své bakalářské práci se věnuji problematice koncepčního modelu M. Leiningerové v ošetrovatelské praxi. Chtěla bych Vás tímto požádat o spolupráci prostřednictvím vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je zcela anonymní a bude sloužit pouze pro účely mé bakalářské práce. Pokud není uvedeno jinak, zaškrtněte pouze jednu odpověď.

Děkuji za Váš čas, který strávíte vyplňováním mého dotazníku.

- 1. Jaké máte dosažené vzdělání?** (možnost více odpovědí)
  - a) střední s maturitou
  - b) vyšší odborné
  - c) vysokoškolské
  - d) magisterské
  - e) specializace (např. sestra se specializací ARO/JIP)
  - f) jiné:
  
- 2. Na jakém oddělení pracujete?**
  - a) standardní oddělení
  - b) JIP/ARO
  - c) jiné:
  
- 3. Setkáváte se ve svém zaměstnání s pacientem/klientem jiné kultury či etnika?**
  - a) ano
  - b) ne
  
- 4. Pokud ano, jak často se s pacienty/klienty cizích národností či etnik setkáváte?**
  - a) 1x za 14 dní
  - b) 1x za měsíc
  - c) 1x za 6 měsíců
  - d) 1x za 12 měsíců
  - e) jiné:

- 5. Pokud se s pacientem/klientem cizí národnosti, etnika či náboženství setkáváte, kdo jsou Vaši pacienti/klienti? (možnost více odpovědí)**
- a) Rom
  - b) Muslim
  - c) Vietnamec
  - d) Svědek Jehovův
  - e) Ukrajinec
  - f) Rus
  - g) vyznavač židovské víry
  - h) vyznavač islámského náboženství
  - i) jiný:
- 6. Myslíte si, že se u nás model M. Leiningerové používá v praxi?**
- a) ano
  - b) ne
- 7. Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a NE, proč si myslíte, že se nepoužívá? (možnost více odpovědí)**
- a) neznalost modelu
  - b) nedostatek času
  - c) nedostatek nelékařského zdravotnického personálu
  - d) nechut' dělat cokoliv navíc
  - e) jiné:
- 8. Znáte model M. Leiningerové?**
- a) ano
  - b) ne – *na další otázky nemusíte odpovídat*
- 9. Kdo je Madeleine Leiningerová?**
- a) Italka, vystudovala v Anglii obor ošetrovatelství a pracovala jako sestra na klinice respiračních onemocnění, vytvořila model „zapadajícího slunce“
  - b) Afričanka, vystudovala na univerzitě obor Ošetrovatelství a spolupracovala s programem Lékaři bez hranic, díky kterému uskutečnila i svůj pozdější výzkum na Madagaskaru
  - c) Američanka, jako první sestra vystudovala antropologii, zakladatelka transkulturního ošetrovatelství, pracovala jako sestra na dětské psychiatrii
  - d) nevím
- 10. Jak se jmenuje koncepční model M. Leiningerové?**
- a) model zapadajícího slunce
  - b) model svítícího slunce
  - c) model vycházejícího slunce
  - d) model zatmění slunce

**11. Na jaké oblasti ošetrovatelství dává model M. Leiningerové jasnou a přímou orientaci?**

- a) vzdělání a praxe
- b) výzkum, praxe a metaparadigma
- c) praxe, výzkum a vzdělání
- d) metaparadigma, výzkum, vzdělání a praxe

**12. Model M. Leiningerové má 4 úrovně – jaké je jejich správné pořadí?**

- a) charakteristika jednotlivých zdravotnických systémů – poznatky o jednotlivcích, skupinách či institucích – kulturně shodná péče – světonázor
- b) úroveň sociálního systému a světonázor – poznatky o jednotlivcích, rodinách, skupinách a institucích – charakteristiky jednotlivých zdravotnických systémů – rozhodování a provádění ošetrovatelských opatření
- c) ani jedna z předchozích možností není správná
- d) nevím

**13. Model lze použít:**

- a) pouze jedním způsobem
- b) dvěma způsoby posouzení
- c) třemi způsoby posouzení
- d) ani jedna odpověď není správná
- e) nevím

**14. Použila jste někdy u pacienta/klienta model M. Leiningerové?**

- a) ano
- b) ne

**15. Myslíte si, že má koncepční model M. Leiningerové v praxi význam?**

- a) ano
- b) ne

**16. Jste pro, aby se model běžně využíval v ošetrovatelské praxi?**

- a) ano
- b) ne

**17. Co by jste navrhoval/a pro to, aby se model využíval v ošetrovatelské praxi? (možnost více odpovědí)**

- a) podrobnější výuka na školách
- b) brožury s návodem na použití tohoto modelu
- c) nic
- d) jiné:

## Žádost o poskytnutí informací v souvislosti s vypracováním bakalářské práce

**Jméno a příjmení studenta:** Jaroslava Menčíková

**Úplný název VŠ:** Západočeská univerzita v Plzni

**Fakulta / katedra:** Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

**Studijní obor /ročník:** všeobecná sestra, 3. ročník

**Název bakalářské práce:** Koncepční model M. Leiningerové v ošetrovatelské praxi

**Vedoucí bakalářské práce:** Mgr. Soňa Loudová

**Kontakt na vedoucího práce:** loudovas@kos.zcu.cz, tel: 377 633 784

**Akademický rok:** 2012/2013

**Metoda empirické části:** dotazník

- pro sběr informací, pomocí dotazníku, oslovím: všeobecné sestry

**Cíl mé bakalářské práce:** zjistit informovanost sester v ošetrovatelské praxi o koncepčním modelu Madeleine Leiningerové

Děkuji za kladné vyřízení mé žádosti.

Student (jméno, příjmení, telefon, email):

Jaroslava Menčíková

tel.: 728 678 743

e-mail: j.mencikova@centrum.cz

Svým podpisem uděluji souhlas s provedením kvantitativního výzkumu formou dotazníkového šetření v našem zdravotnickém zařízení.

Nemocnice České Budějovice, a.s.  
IČ 260 68 877  
21

-----  
Zdravotnické zařízení

10.6.2013  
Mgr. Monika Kyselová, MBA

-----  
Podpis

## Žádost o poskytnutí informací v souvislosti s vypracováním bakalářské práce

**Jméno a příjmení studenta:** Jaroslava Menčíková

**Úplný název VŠ:** Západočeská univerzita v Plzni

**Fakulta / katedra:** Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

**Studijní obor /ročník:** všeobecná sestra, 3. ročník

**Název bakalářské práce:** Koncepční model M. Leiningerové v ošetrovatelské praxi

**Vedoucí bakalářské práce:** Mgr. Soňa Loudová

**Kontakt na vedoucího práce:** loudovas@kos.zcu.cz, tel: 377 633 784

**Akademický rok:** 2012/2013

**Metoda empirické části:** dotazník

- pro sběr informací, pomocí dotazníku, oslovím: všeobecné sestry

**Cíl mé bakalářské práce:** zjistit informovanost sester v ošetrovatelské praxi o koncepčním modelu Madeleine Leiningerové

Děkuji za kladné vyřízení mé žádosti.

Student (jméno, příjmení, telefon, email):

Jaroslava Menčíková

tel.: 728 678 743

e-mail: j.mencikova@centrum.cz

Svým podpisem uděluji souhlas s provedením kvantitativního výzkumu formou dotazníkového šetření v našem zdravotnickém zařízení.

Nemocnice Strakonice, a.s.  
Radomyšlská 336  
386 29 Strakonice  
IČO: 260 95 181  
DIČ: CZ260 95 181

Zdravotnické zařízení

Mgr. Marie Janoušková  
náměstek ošetrovatelské péče,  
hlavní sestra  
Nemocnice Strakonice, a.s.

Podpis



Příloha č. 5

## **Žádost o poskytnutí informací v souvislosti s vypracováním bakalářské práce**

**Jméno a příjmení studenta:** Jaroslava Menčíková

**Úplný název VŠ:** Západočeská univerzita v Plzni

**Fakulta / katedra:** Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

**Studijní obor / ročník:** všeobecná sestra, 3. ročník

**Název bakalářské práce:** Koncepční model M. Leiningerové v ošetrovatelské praxi

**Vedoucí bakalářské práce:** Mgr. Soňa Loudová

**Kontakt na vedoucího práce:** loudovas@kos.zcu.cz, tel: 377 633 784

**Akademický rok:** 2012/2013

**Metoda empirické části:** dotazník

- pro sběr informací, pomocí dotazníku, oslovím: všeobecné sestry

**Cíl mé bakalářské práce:** zjistit informovanost sester v ošetrovatelské praxi o koncepčním modelu Madeleine Leiningerové

Děkuji za kladné vyřízení mé žádosti.

Student (jméno, příjmení, telefon, email):

Jaroslava Menčíková

tel.: 728 678 743

e-mail: j.mencikova@centrum.cz

Svým podpisem uděluji souhlas s provedením kvantitativního výzkumu formou dotazníkového šetření v našem zdravotnickém zařízení.

Nemocnice Písek, a.s.  
Karla Čapka 589 39701 Písek

Mgr. Jana Somrová  
Hlavní sestra Nemocnice Písek, a.s.

NEMOCNICE PÍSEK, a.s.  
hlavní sestra  
Mgr. Jana Somrová