



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Studies

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Diplomová práce

# Problematika komunikace mezi pacientem a sestrou patřící k menšinové společnosti

Vypracoval: Bc. Kateřina Tichá

Vedoucí práce: Mgr. Radka Šulistová, Ph.D.

České Budějovice 2015

## **Abstrakt**

Problematika transkulturního ošetrovatelství je v současnosti aktuální téma, neboť dochází vzhledem k otevření hranic k většímu cestovnímu ruchu, migraci atd. Na profesionály pracující v nelékařských zdravotnických oborech je tak kladen požadavek poskytovat efektivní a kvalitní ošetrovatelskou péči všem lidem. Kdo se však zamýšlí nad tím, že i sami pečující profesionálové mohou být odlišné kultury, vyznání či národnosti? Diplomová práce se věnuje problematice sestry patřící k menšinové společnosti se zaměřením na problematiku komunikace mezi pacientem a touto sestrou. Konkrétně se jedná o sestry cizí národnosti, sestry s rozdílným náboženským vyznáním, sestry s homosexuální orientací a sestry se zdravotním postižením. Teoretickým východiskem, o které se diplomová práce opírá, je především koncepční model vycházejícího slunce Madeleine Leininger v interakci s modelem kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče J. N. Gigerové a R. E. Davidhizarové. Dále je v rámci teoretické části vymezen prostor pojmům vztahujícím se ke transkulturnímu ošetrovatelství a problematice týkající se menšinové společnosti v ČR.

Vstupním deskriptivním výzkumným problémem diplomové práce bylo zjistit, jaké problémy provázejí sestru patřící k menšinové společnosti v souvislosti s vykonáváním její profese. Výzkumný soubor tvořilo 16 sester patřících k menšinové společnosti, a to v zastoupení 4 sestry s odlišnou sexuální orientací, 4 zdravotně znevýhodněné sestry, 4 sestry s národnostní odlišností a 4 sestry vyznávající určité náboženství. Pro empirickou část byl jako výzkumný design zvolen kvalitativní přístup, neboť, jak uvádí Strauss a Corbin (1999), tato volba je vhodnou v situacích, ve kterých se výzkumník snaží odkrýt zkušenost s určitým jevem. Vstupem do výzkumného šetření byla pilotní studie, kde byla pro sběr dat zvolena technika případové studie, konkrétně metoda životního příběhu vybraných sester. Pro výběr respondentů byla použita metoda sněhové koule, neboť se pohybujeme v prostředí obtížně dostupné populace. Na pilotní studii navazovalo výzkumné šetření realizované pomocí polostrukturovaných rozhovorů s pacienty, lékaři a hlavní sestrou nemocnice.

Vzhledem k výzkumnému problému byl stanoven hlavní výzkumný cíl pilotní studie, prozkoumat problematiku komunikace v rámci ošetrovatelské péče mezi

pacientem a sestrou patřící k menšinové společnosti. V návaznosti byla stanovena hlavní výzkumná otázka: Jaké problémy provázejí sestry patřící k menšinové společnosti v ošetrovatelské praxi? Dále navazovala výzkumná otázka ve znění: Jaká úskalí v komunikaci s pacientem vidí sestry patřící k menšinové společnosti? Výsledky pilotní studie jsou rozčleněny do 4 skupin dle výše uvedeného dělení, tedy sestry cizí národnosti, s odlišným náboženským vyznáním, s odlišnou sexuální orientací a sestry se zdravotním znevýhodněním. V jednotlivých skupinách byly společně sledovány oblasti kontaktu a interakce na pracovišti, myšleno spolupráce s kolegy, dále problematika a skutečnost kontaktu s ošetrovanými pacienty z pohledu sestry a jejich osobní subjektivní spokojenost z komunikace vedené v rámci ošetrovatelského povolání. Následně byly v rámci pilotní studie zjišťovány jevy, jejichž výskyt byl typickým pouze u některých skupin sester. Z tohoto pohledu je pro skupinu sester cizí národnosti do výsledků zařazena oblast komunikační bariéry související s jejich mateřským jazykem. Výzkumný vzorek sester se zdravotní odlišností výsledky rozvíjí o oblast konkrétních ošetrovatelských výkonů, které mohou činit určitou bariéru vztahující se k jejich zdravotnímu znevýhodnění. Ze získaných dat pilotní studie vyplývají následující výsledky: Ve skupině sester s odlišnou sexuální orientací, kde byl sběr dat realizován v zastoupení čtyř respondentů v poměru dva muži, dvě ženy, se až na jednu výjimku shodují, že problémy s kolegy jsou ojedinělé. V jednom případě měla sestra negativní zkušenost s nepřijetím své osoby od kolegů právě v okamžiku odhalení odlišné sexuální orientace. Sestry cizí národnosti hovoří především o své životní situaci včetně motivace pro zdravotnické povolání a vstup na území České republiky. Největším problémem je pro ně jazyková bariéra, potíže nemají s odbornou terminologií, ale s hovorovým jazykem. Sestry se zdravotním znevýhodněním nejvíce hovoří o svém zdravotním handicapu a důsledcích pro jejich povolání. Popisují bariéry, které musely překonat, či stále překonávají. Některé z nich také přiznávají a otevřeně hovoří o problémech ze strany kolegů, kteří mají potíže s jejich přítomností v praxi. Komunikace s pacienty jim většinou potíže nečiní. Respondentky hlásící se k určitému náboženství popisují svoje přesvědčení a víru. Z provedené pilotní studie vyplývá, že některé jejich hodnoty, zásady a pravidla patřící k víře, se neslučují s výkony, které se ve zdravotnických

zařízeních provádějí.

Na výsledky pilotní studie navazovalo výzkumné šetření, jehož cílem bylo zjistit postoje, názory a zkušenosti se sestrami patřícími k menšinové společnosti v praxi z pohledu pacientů, lékařů a managementu nemocnice, v tomto případě od hlavní sestry. Na základě tohoto cíle byly stanoveny výzkumné otázky v následujícím znění: Jak hodnotí hlavní sestra své podřízené patřící k menšinové společnosti? Jak popisují pacienti spolupráci se sestrami patřícími k menšinové společnosti? Jak popisují lékaři spolupráci se sestrami patřícími k menšinové společnosti? Metodou sběru dat byla zvolena technika polostrukturovaných rozhovorů s pacienty, kteří byly ošetřováni sestrou z menšinové společnosti, dále došlo k realizaci rozhovorů s lékaři pracujícími s těmito sestrami a hlavní sestrou jako jedním z členů managementu zdravotní péče. Rozhovory byly vyhodnoceny pomocí kódování.

Výzkumné šetření ukázalo skutečnost, že lékaři berou sestru jako samozřejmou a nedílnou součást týmu, ale nezamýšlejí se nad překážkami a úskalím, které stojí sestrám patřícím k menšinové společnosti často v cestě. Je jim spíše nepříjemné brát ohledy na některé odlišnosti a znevýhodnění. Rozhovory s pacienty objevily především spokojenost, respekt, toleranci a vděk všem sestrám, bez rozdílu. Výsledky výzkumného šetření jsou zpracovány a rozděleny do oblastí, které vyplynuly z pilotní studie jako nutné dále prozkoumat. Lékaři hovořili o názoru na sestry patřící k menšinové společnosti a o problémech týkajících se těchto sester v praxi. Dotazy na pacienty směřovaly především na zkušenosti, které s těmito sestrami mají. Hlavní sestra nemocnice výzkumné šetření obohatila svými postoji a skutečnostmi, které se týkají sester z menšinové společnosti. V mnohých oblastech a skutečnostech se respondenti nápadně rozcházejí s postoji sester z pilotní studie. Nejvíce neshod vyplývá z interakce sestry a lékaře. Pacienti jsou ve většině případů spokojeni při komunikaci a péči sester a i samy zmíněné sestry nemají větší potíže se spoluprací s pacienty. Některé sestry mají konkrétní situace při ošetřování nemocných spojené s malým stresem a pocitem možného selhání, ale pacienti si to neuvědomují a vnímají sestru jako profesionálku za všech okolností. Z výsledků vyplývá, že pacienti neodhalují mnohdy stresové a negativní stavy, které sestra pociťuje. Hlavní sestra z pohledu managementu zdravotní

péče není schopna proniknout do mnohých skutečností, a proto se i ona v některých oblastech neshoduje se sestrami. Výsledky jsou zachyceny do schémat a podrobněji popsány.

V závěru je nutné zamyslet se nad skutečnostmi, které vyplývají ze získaných údajů. Ne jenom pacient, ale i sestra musí mít uspokojené potřeby a vhodné prostředí především k tomu, aby mohlo dojít jak k seberealizaci, tak i ke kvalitní péči o druhé lidi. Výsledky výzkumu otvírají otázky a náměty pro další výzkumná šetření, která by do hloubky a na větším množství respondentů prozkoumala danou problematiku. Koncepční modely v ošetrovatelství jsou zaměřeny na pacienty, ale jeden univerzální model s více oblastmi, které by se soustředily na různorodé aktuální či potenciaální problémy sester patřících k menšinové společnosti, by pomohl odhalit a odstranit tenzi, kterou často některé tyto sestry pociťují.

Klíčová slova: menšina - transkulturní ošetrovatelství - komunikace - koncepční modely

## **Abstract**

The issue of cross-cultural nursing is currently a hot topic, because the tourism, migration, etc. grow due to the borders opening. The professionals working as paramedical staff are required to provide effective and high-quality nursing care to all people, without exception. But who considers the fact that the caring professionals can be a different culture, religion or nationality? The presented diploma thesis is devoted to nurses belonging to minority groups, and it is aimed to the problem of communication between the patient and the nurse belonging to a minority group. Specifically, this is about foreign-born nurses, nurses of different religions, same-sex orientation and nurses with physical disabilities. The theoretical basis on which the thesis relies, is primarily a conceptual model of nursing of the Rising Sun by Madeleine Leininger in interaction with the model of culturally considerate care by J. N. Giger and R. E. Davidhizar. In the theoretical part, the concepts relating to the cross-cultural nursing and issues relating to minority groups in the Czech Republic are defined.

The preliminary descriptive empirical matter of the thesis was to find out what problems do nurses belonging to minority groups have in relation to the profession of nurses. Research sample is made up of 16 nurses belonging to minority groups, including nurses with different sexual orientation, physically disabled nurses, nurses with ethnic differences and the nurses of different religions. For the empirical part of the thesis, the qualitative approach was selected as a research design, since, according to Strauss and Corbin (1999), this option is appropriate in situations in which the researcher seeks to uncover the experience with a certain phenomenon. The introduction of the research investigation was a pilot study, which used the case study technique for data capture, specifically, the method of the life stories of nurses with cultural, religious, sexual or health differences. For the selection of the respondents there was the snowball method used, as we live in an area where there is difficult to reach these people. A pilot study was a base for the research investigation undertaken by using semi-structured interviews with patients, doctors and nurses in charge of the hospital. The results obtained in this survey were compared with

the results of a pilot study.

The main research objective of the pilot study was defined due to the research problem, to explore the issues of communication within the nursing care between the patient and the nurse belonging to a minority group. Following this target, the main research question was established: What problems do the nurses belonging to a minority group have to face in nursing practice? Then it is followed up with next research question: What difficulties do the nurses belonging to a minority group find in communication with a patient? The results of the pilot study are divided into 4 groups according to the above division, which means the nurses with different nationality, religion, with a different sexual orientation and handicapped nurses. In each group the areas of contact and interaction at the workplace were monitored, it means cooperation with colleagues, and the fact of the contact with patients from the perspective of the nurses and their personal subjective satisfaction of the communication held within the nursing profession. Subsequently, in the context of the pilot study, the occurrence of features typical only for certain groups of nurses was found out. From this point of view, for a group of nurses of foreign nationalities, the results included communication barriers associated with another native language than Czech. The research sample of disabled nurses expands the results for specific care procedures that may be a barrier due to their health-related handicaps. The nurses describe their physical difference and its circumstances. The following results arose from the data obtained in the pilot study: in a group of nurses with different sexual orientation, where the data collection was carried out among four respondents in a ratio of two men, two women, all except one agree that problems with colleagues are rare. In one case, the nurse had a negative experience with her colleagues in the moment of revealing a different sexual orientation.

The foreign nurses speak primarily about their living conditions and the situation in the family including their motivation for medical profession and moving to the Czech Republic. The biggest problem is the language barrier, they do not

have problems with the technical terminology, but with Czech or colloquial expressions. Disabled nurses mostly talk about their disabilities and their impact on the profession. They describe the barriers that they had to or they are still trying to overcome. Some of them also admit and frankly discuss problems with colleagues, who do not like their presence at workplace. Communication with patients mostly doesn't make a problem. Respondents, who claimed different religion, describe their belief and faith. The performed pilot study suggests that some of their values, principles and rules belonging to the faith, are incompatible with the procedures, which are carried out in medical facilities.

The research investigation was based on the results of the pilot study and its goal was to determine the attitudes, opinions and experience with the nurses belonging to minority groups in practice, from the perspective of patients, doctors and hospital management, in this case the nurse in charge. On the basis of the objectives, the following research questions have been specified: How does the nurse in charge assess her subordinates belonging to a minority group? How do the patients describe cooperation with the nurses belonging to the minority group? How do the doctors describe work with the nurses belonging to the minority group? The method of data collection here was the technique of semi-structured interviews with patients, who were treated by a nurse from a minority group, there were made interviews with doctors working with these nurses and with the nurse in charge as one of the members of the management of health care facility. The interviews have been evaluated using the encoding. The research investigation revealed the fact that doctors consider nurses to be an integral part of the team, but they do not think about the difficulties, which the nurses of minority groups often have to face. It is rather annoying for them to have respect for their differences and disadvantages. Interviews with patients proved especially satisfaction, respect, tolerance, and appreciation to all the nurses, without exception. The results of the research are processed and divided into categories, which resulted from the pilot study as necessary to be further explored. The doctors talked about opinion on the nurses belonging to minority groups and about the problems connected with these nurses in



practice. Questions on patients were directed primarily to the experience with these nurses. The nurse in charge of the hospital enriched research investigation by her attitudes and facts relating to nurses from minority groups. The respondents differ on many opinions and facts from the nurses' attitudes from a pilot study. The most differences arise from the interaction of the nurses and the doctors. In most cases the patients are happy when communicating and having care of nurses, and nurses mentioned they do not have greater difficulties cooperating with patients. Some nurses experienced a specific situation when the care of patients was associated with little stress and a feeling of possible failure, but patients did not realize that and they find the nurse to be a professional under all circumstances. The results indicate that patients don't often reveal stress and negative conditions that nurses feel and personally describe in the pilot study. The nurse in charge, from the perspective of health care management, is not able to see the many facts, and therefore she does not match with the nurses in some issues. The results are shown in the diagrams and described in more detail.

In conclusion, it is necessary to think about the facts arising from the collected data. Not just the patient, but also the nurse must be satisfied and have appropriate environment, primarily to both self-fulfillment and high-quality care for the other people. The research results have opened questions and suggestions for further research investigation, which would examine the issue in depth and on a greater amount of respondents. Conceptual models of nursing are focused on patients, but one universal model with more areas that would have focused on a variety of current or potential problems of nurses belonging to minority groups, would help to detect and eliminate the tensions that some of these nurses often feel.

Keywords: minority - transcultural nursing - communications - conceptual models

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 14.8.2015

.....

(jméno a příjmení)

### **Poděkování**

Velice děkuji Mgr. Radce Šulistové, Ph.D. za její cenné rady a připomínky při spolupráci na diplomové práci. Také bych chtěla poděkovat všem respondentům, kteří mi pomohli a věnovali čas při realizaci výzkumné práce. Největší díky patří především mé rodině, kteří mi byli velkou oporou a trpělivě mi naslouchali a podporovali mě v průběhu celého studia na této fakultě a byly tu vždy pro mě.

## OBSAH

|   |           |
|---|-----------|
| Úvod.....   | 15        |
| <b>1 SOUČASNÝ STAV .....</b>                                  | <b>17</b> |
| 1.1 Problematika menšin v ošetrovatelství.....                | 17        |
| 1.2 Dělení menšinových skupin v ČR.....                       | 22        |
| 1.2.1 Národnostní menšiny v ČR .....                          | 23        |
| 1.2.2 Náboženské menšiny v ČR .....                           | 28        |
| 1.2.3 Homosexuální menšiny v ČR .....                         | 31        |
| 1.2.4 Menšina zdravotně postižených občanů v ČR.....          | 33        |
| 1.3 Transkulturní ošetrovatelství.....                        | 34        |
| 1.3.1 Komunikace ve zdravotnictví .....                       | 35        |
| 1.3.2 Transkulturní komunikace v ošetrovatelství .....        | 39        |
| 1.3.3 Ošetrovatelské koncepční modely transkulturní péče..... | 40        |
| <b>2 CÍLE PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....</b>                    | <b>45</b> |
| 2.1 Cíle práce .....  | 45        |
| 2.2 Výzkumné otázky.....                                      | 45        |
| <b>3 METODIKA I. fáze - pilotní studie .....</b>              | <b>46</b> |
| 3.1 Metodika pilotní studie .....                             | 46        |
| 3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....                   | 47        |
| 3.3 Realizace pilotní studie .....                            | 47        |
| 3.4 Analýza životních příběhů .....                           | 50        |
| 3.4.1 Sebepřijetí.....  | 52        |
| 3.4.2 Kontakt s kolegy na pracovišti.....                     | 54        |
| 3.4.3 Kontakt s pacienty.....                                 | 57        |
| 3.4.4 Komunikace v ošetrovatelství .....                      | 60        |
| 3.4.5 Problematické ošetrovatelské výkony .....               | 63        |
| 3.5 Shrnutí pilotní studie .....                              | 65        |
| <b>4 Metodika II. FÁZE - výzkumné šetření .....</b>           | <b>66</b> |
| 4.1 metodika výzkumného šetření.....                          | 66        |

|          |  |            |
|----------|--|------------|
| 4.2      | Charakteristika výzkumného souboru.....  | 66         |
| 4.3      | Realizace výzkumného šetření.....  | 67         |
| 4.4      | Analýza rozhovorů.....   | 69         |
| 4.5      | Kategorie lékařů.....  | 71         |
| 4.5.1    | <i>Spolupráce se sestrami patřícími k menšinové společnosti.....</i>                                     | <i>71</i>  |
| 4.5.2    | <i>Problematické oblasti týkající se sester patřících k menšinové společnosti v ošetrovatelství.....</i> | <i>73</i>  |
| 4.6      | Kategorie pacientů.....  | 75         |
| 4.6.1    | <i>Zkušenosti se sestrami patřícími k menšinové společnosti.....</i>                                     | <i>75</i>  |
| 4.6.2    | <i>Názor a postoj k sestram patřícím k menšinové společnosti.....</i>                                    | <i>77</i>  |
| 4.7      | Kategorie hlavní sestry.....   | 78         |
| 4.7.1    | <i>Osobní postoj k sestram patřícím k menšinové společnosti.....</i>                                     | <i>78</i>  |
| 4.7.2    | <i>Problematické skutečnosti plynoucí z odlišnosti sester patřících k menšinové společnosti.....</i>     | <i>79</i>  |
| 4.8      | Shrnutí výzkumného šetření.....  | 81         |
| <b>5</b> | <b>DISKUSE.....</b>  | <b>82</b>  |
| <b>6</b> | <b>ZÁVĚR.....</b>  | <b>93</b>  |
| <b>7</b> | <b>LITERATURA.....</b>   | <b>95</b>  |
| <b>8</b> | <b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>  | <b>105</b> |

## **Seznam použitých zkratk**

P/K - pacient/klient

## ÚVOD

Interakce mezi lidmi je zcela běžná záležitost a patří do života každého z nás. S lidmi navazujeme kontakty v zaměstnání, ve škole, v různých institucích i ve volném čase. Komunikace nemyslitelně patří do našeho života, má mnoho způsobů a možností. Komunikujeme jak v soukromí s přáteli, tak na profesní úrovni nejčastěji v rámci pracovního procesu. V mnohých profesích v rámci zdravotnictví je potřeba přemýšlet a znát určitá pravidla komunikace. Profesionálové v oboru ošetrovatelství by měli být připraveni reagovat na různé situace, protože stále častěji přicházejí do kontaktu s více a více lidmi odlišných kultur, hodnot, názorů a národností. Měli by být připraveni a schopni řešit mnoho nepředvídatelných situací. Stále více musejí svoji pozornost věnovat i transkulturnímu ošetrovatelství, které se aktuálně a neustále rozvíjí. V této oblasti také často vznikají konflikty a komunikační šumy. Zejména pak, když se setkají jedinci, kteří nemají stejné hodnoty, víru či postoje a tyto faktory se prolínají do ošetrovatelské péče.

Transkulturní ošetrovatelství přináší nutnost komunikovat a být v kontaktu s lidmi, kteří se mohou lišit jeden od druhého. Liší se vzhledem, původem, jazykem, vírou, hodnotami, názory a tak dále, ale vždy je nutné, aby byl cíl v daném okamžiku stejný. Jedná se především o zachování zdraví jedince, kvalitní ošetrovatelskou péči, psychickou pohodu, stav bez bolesti a důležitý kontakt s rodinou. To vše a mnoho dalších jiných cílů si v symbióze přejí jak zdravotničtí profesionálové, tak pacienti. Problém může nastat ve chvíli, kdy si každý cestu ke splnění těchto cílů představuje jinak. Transkulturní ošetrovatelství řeší otázku péče o pacienty, kteří se liší od většinové společnosti. Od většinové společnosti se také kromě pacientů mohou lišit sami zdravotničtí profesionálové. I oni mohou patřit k menšinové společnosti a osobně se jich týkají situace spojené s interakcí lidí v transkulturní společnosti. I oni prožívají často náročné situace s odmítavými postoji a neporozuměním. Pokud sestry patřící k menšinové společnosti budou pracovat v atmosféře a prostředí, které není klidné, vyrovnané a plné porozumění, ošetrovatelský proces bude tímto ohrožen a bude docházet ke spoustě potencionálních nežádoucích situací.

Vstupem do řešeného problému této diplomové práce zabývající se komunikací pacientů se sestrami patřícími k menšinové společnosti bude pilotní studie, která má za cíl zmapovat výše jmenovanou problematiku a odhalit skutečnosti s ní spojené. Zástupci čtyř menšinových skupin, v zastoupení respondentů z národnostní menšiny, ze sexuální menšiny, z menšiny hlásící se k církvi a zástupci menšiny zdravotně postižených, pomohou odhalit problematické oblasti v ošetrovatelství týkající se interakce pacienta a sestry patřící k menšinové společnosti. Na pilotní studii bude navazovat výzkumné šetření, které dále rozšíří studii o poznatky týkající se samotné problematiky o názory lékařů, pacientů a hlavní sestry. Výsledky budou kódovány a dále zachyceny ve schématech.

V závěru je poukazováno na nutnost dalších, hlubších a rozsáhlejších výzkumů na toto téma s návrhem tvorby koncepčního modelu aplikovatelného na sestry patřící k menšinové společnosti. V současné době je absence výzkumných prací jak v ČR, tak ve světě, které se zabývají touto problematikou. Publikace, články a studie popisují pouze pacienty patřící k menšinové společnosti, ale málokdo se nezamýšlí nad tím, že do menšinových skupin patří také všeobecné sestry.



# 1 SOUČASNÝ STAV

## 1.1 PROBLEMATIKA MENŠIN V OŠETŘOVATELSTVÍ

Problematiku této diplomové práce otevírá přiblížení pojmu menšina, neboť je práce zaměřená právě na menšiny ve zdravotnictví a vysvětlit tento pojem je potřeba vzhledem k tomu, že existuje mnoho různých definic. Pojetí menšin ve zdravotnictví není stále ukotveno a z tohoto důvodu je úvodní stať věnována podrobnějšímu vymezení pojmu menšina. Spisovatel, esejista a český sociolog Jan Jandourek definuje ve svém sociologickém slovníku menšinu jako *“...skupinu s menším počtem členů, než má v téže společnosti skupina většinová. V jiném pojetí skupina, která je ve společnosti znevýhodněna na základě připsaných znaků (barva pleti, národnost, náboženské vyznání), jež jsou považovány ze strany příslušníků většiny za méně hodnotné“* (Jandourek, 2007, s154-155). Můžeme se setkat také s pojmem minorita. Tento pojem definovala spisovatelka a filozofka Silvia Letavajová, jako skupinu lidí, kteří jsou v početní nevýhodě oproti společnosti většinové. Liší se od většinové společnosti barvou pleti, jazykem, hodnotami, kulturou a náboženstvím (Letavajová, 2010). Pojem minorita je ekvivalentem výrazu menšina a oba výrazy mají stejný význam (Jandourek, 2007).

Vláda České republiky vymezuje menšinovou společnost, konkrétně národnostní menšiny zákonem č. 273/2001Sb., O právech příslušníků národnostních menšin a o změně některých zákonů, ve znění podrobnějších předpisů. Tuto problematiku konkrétně popisuje §2 (Česko. Zákon č. 273/2001 Sb., příloha 6). Zmíněný §2 tohoto zákona pojem přesně definuje a také dodává, že příslušník národnostní menšiny v ČR je ten, kdo vyslovuje přání být nazýván takovýmto příslušníkem. Tento zákon upravuje také práva příslušníků národnostních menšin (Příloha 6). Příslušníci menšinové skupiny se často stávají terčem diskriminace a předsudků a zmíněná diskriminace zbavuje skupinu svých práv a příležitostí. Týká se především nesprávného chování a jednání vůči menšinové skupině, jednotlivci (Hnilica, 2010). V historickém kontextu můžeme vidět, že k pronásledování menšin docházelo i v minulosti (Mucha, 2004).

Integrace cizinců, etnicita a menšiny patří do aktuálních témat. Je třeba brát

v potaz, aby byla zachována rozmanitost transkulturní společnosti a to jak etnická, tak kulturní (Šatava, 2009). Za hlavní ukazatel zachování této integrity je brána pracovní příležitost pro imigranty, přístup k bydlení a vzdělání, dále k politickému systému a také ke zdravotnictví. Zdravotnická péče je poskytována všem, kteří ji na daném území potřebují, tedy i cizincům (Ivanová, 2005). Pro bližší proniknutí do problematiky si vysvětlíme zmíněný pojem cizinec. Tento výraz má ve svém základě slovo "cizí". Nemělo by to však znamenat nic nepoznaného, odcizeného či přicházejícího odjinud bez respektu okolí. Zejména pak ve zdravotnictví je nutná notná dávka respektu, zájmu o komunikaci a interakci se všemi lidmi (Hernová, 2003).

Jak již bylo zmíněno, problematika národnostních menšin a menšin obecně sebou nese mnoho pojmů a výrazů, které je třeba pro dobré porozumění tohoto problému vysvětlit. Obecně menšina a minorita byla již vysvětlena výše. V celé diplomové práci bude používán výraz menšina. Menšiny se rozdělují podle toho, jací příslušníci se k ní hlásí a jaká je její specifická. Rozlišujeme národnostní menšiny, které jsou definované zákonem č. 273/2001 Sb. (Příloha 6). Menšiny, které jsou určeny náboženským vyznáním jsou menšiny náboženské (Šišková, 2001). Další specifickou menšinou jsou homosexuální menšiny, která mají i svůj výbor. Tento výbor navázal na pracovní skupinu pro otázky sexuálních menšin u příležitosti Evropského roku rovných příležitostí pro všechny v roce 2007 (Chytilík, 2005). Do menšinové společnosti patří také osoby se zdravotním postižením. Jsou nějaký způsobem omezení, musejí překonávat určité překážky, které jím více či méně znepříjemňují život. Pro tuto menšinu byl zřízen Vládní výbor pro zdravotně postižené občany definovaný vládou České republiky (Národní rozvojový program mobility pro všechny, 2008).

Jeden z dalších základních pojmů, který je obsažen v problematice menšin je etnicita. Etnicita je popisována mnoha autory, mnoha různými definicemi. Všechny mají ale společný smysl. Americké autorky Elizabeth Arnolds a Kathleen Underman Boggs popisují výstižně tento pojem jako osobnostní povědomí o některých symbolických prvcích, které jsou charakteristické pro určité etnikum. Jedná se o velmi citlivou otázku, která je aktuální a diskutovaná, spojená se spoustou společenských situací (Havlík, 2007). Etnická skupina zahrnuje shluk lidí, kteří mají společné

náboženství, rasové, geografické a historické prvky a kulturu. Názory na prvky dané etnicity nemusí sdílet jiná etnická skupina a podobně. Vše je velmi individuální a často v mnoha oblastech odlišné (Arnold, Boggs, 2003). Etnické skupiny se liší spoustou charakteristik, nejčastěji jazykem, původem, dějinami, náboženstvím či oblékáním (Mucha, 2004).

Jak již bylo zmíněno výše, menšinové skupiny se potýkají s diskriminací ze strany společnosti většinové. Diskriminace je charakteristická různými formami nevhodného zacházení, které se dělí na úmyslné nebo strukturální. V případě strukturální formy diskriminace dochází k neúmyslnému, ale skutečnému vytvoření systémů či procedur, které zabrání menšinové skupině v určitých aktivitách, jako je například nastavený vzdělávací systém, který nezohledňuje specifickou jazykovou vybavenost Romů. Děje se tak neúmyslně, aniž by bylo cílem diskriminovat menšinovou skupinu. Na druhé straně diskriminace vědomá, neboli úmyslná se děje vědomě a s cílem znevýhodnit příslušníky diskriminované skupiny a to s konkrétním a jasným obsahem. Jedná se například o pracovní pozice v zaměstnání, které nepřijímají národnostní menšiny. Diskriminace je v tomto případě negativní. Může mít ale také podobu pozitivní, která vede k zahájení činnosti a zamyšlení se ze strany menšinové populace (Ivanová, Špidurová, 2005).

V každé společnosti se objevují určité rozdílnosti. Rozdílnost kultur se projevuje v mnoha situacích běžného života. Rozdílnost v názorech, tradicích, představách a náboženství sebou nese mimo rozmanité a zajímavé prvky také spoustu sociálních problémů a konfliktů a to se týká samozřejmě i zdravotnictví. Zahraniční lékař F.W.Hickling ve svém článku popisuje, že rozdíly v kultuře mají vliv na pacientovo vnímání systému péče, lidé různých kultur se liší duševním i fyzickým zdravím. Mimo jiné také vyzdvihuje především kulturní normy a hodnoty a svoji výzkumnou činností se snaží porozumět etnické a kulturní rozdílnosti domorodých kmenů. Problém tedy pak často nastává při setkání nebo spolupráci skupin či jedinců odlišných kultur. A to platí jak ve zdravotnictví, tak v jiných situacích, kde dochází k interakci lidí (Hickling, 2012).

Žijeme v transkulturním světě, a proto je namístě objasnit další důležité pojmy

týkající se této problematiky. Transkulturalismus a multikulturalismus jsou dva podobné pojmy, přesto ale každý vystihuje něco o trochu jiného. Vysvětleme si je pomocí slov úspěšných autorů. Křesťanský mystik mistr Eckhart prohlásil, „...že *Bůh miluje všechny stvořené bytosti ve stejné míře a naplňuje je svým bytím.*“ Z tohoto názoru dále vychází J.G.Herder s výrokem, „...že *každý národ, dokonce i ten nejmenší, reprezentuje jedinečnou stránku božího projektu*“ (Ivanová, 2005, s39). Multikulturalismus vyjadřuje rovné uznání všech lidí společně s jejich kulturou. Toto uznání patří mezi základní lidské potřeby pro pocit identity. Každý z nás chce někam patřit, mít svůj profil, postoj, kulturu a kulturní dědictví, každý chce být sociálně uznávaný. Pojem multikulturalismus popisuje i problematiku jazyka, přesněji nevede k rovnoprávnosti jazyka. Skupiny se musí přizpůsobit jazyku, který je určen ve státě. Tato skutečnost vede k většímu kulturnímu šoku, dále také izolovanosti cizinců a k dalším problémům nabalujícím se na tuto skutečnost (Ivanová, 2005). Koncepce transkulturalismu lépe vyhovuje v situacích výše popsanych. „*Pro koncept transkulturalismu je totiž příznačné, že staví do centra pozornosti nikoliv kulturu, ale obousměrnou interakci a komunikaci mezi majoritní společností a cizími minoritními skupinami*“ (Ivanová, 2005, s40). Je to vhodnější, obsáhlejší a komplexnější postoj při spolupráci s menšinovými skupinami.

Problematika menšin ve zdravotnictví nutí mnohé k zamyšlení a k vědeckým badáním a výzkumům. Na toto téma provedli výzkum studenti v Kanadě, v provincii Alberta na University of Lethbridge, na fakultě zdravotnických věd. Výzkum probíhal v průběhu roku 2014 a výsledky mimo jiné ukázaly, že studenti patřící k většinové společnosti ve zdravotnické praxi neměli žádné potíže. Popsali velmi dobrou interakci mezi nimi, pacienty a prostředím. Na druhé straně ale studenti patřící k menšině byli nuceni čelit prvkům diskriminace, nedostatkem sociálních vazeb v dané společnosti, bylo patrné minimální porozumění a uznání především ze strany fakulty v průběhu jejich ošetrovatelského vzdělání. Nevyskytoval se ani pocit sounáležitosti. Výzkumníci poukazují na tyto prvky i v prostředí nemocnice. Shodují se na velmi smutném závěru s vyskytujícími se nedostatkem respektu a porozumění menšinovým skupinám studentů (Sedgwick, 2014). Výzkum odhaluje spoustu otázek a problémů, které by bylo třeba

dále a více do hloubky zkoumat.

Všechny menšinové skupiny mají mimo jiné charakteristickou kulturu. Autor knihy *Subkultura mládeže*, v publikaci uvádí výrok Ruth Benedictové, americké kulturní antropoložky, který vystihuje význam kultury. *„Život jednotlivce je především nikdy nekončícím přizpůsobováním se vzorcům a standardům tradičně předávaných v jeho společenství. Od okamžiku, kdy se narodil, zvyky jeho komunity formují jeho prožívání a chování. Když začíná mluvit, je již produktem své kultury, a až dospěje a bude schopen zapojit se do jejích aktivit, její zvyky již budou jeho zvyky, její přesvědčení jeho přesvědčením, a co bude pro ni nemožné, bude nemožné i pro něho“* (Smolík, 2010, s25-26). Kultura je složitý specifický jev společnosti (Smolík, 2010).

Jak dále uvádí Josef Smolík podrobněji a hlouběji k problematice kultury, skutečnost shrnující několik specifických vzorců chování a jednání je definována jako subkultura. Oproti kultuře se liší v tom, že tyto vzorce jednání jsou specifické a výrazně odlišné od běžných vzorců většinové kultury. Například profesionální zdravotní péče je sama o sobě subkultura (Smolík, 2010). Je nutné, aby si to uvědomili jak zdravotníci, tak lidé čerpající zdravotní péči. Tato specifická subkultura má svůj jazyk, zvyky, pravidla. Lidé, kteří vstupují do zdravotnické péče, především pak na delší čas, se učí rozumět tomuto prostředí, dodržovat stanovená pravidla a zásady a často je to velmi složité. Především pak proto, že to vše se děje nejčastěji v době nemoci. Lidé odlišných kultur mohou mít problémy tyto skutečnost překonat a často mají potíže se základní péčí o sebe sama a vyrovnání se s touto situací, prostředím a dalšími požadavky. Může pak docházet ke kulturnímu šoku, frustraci a pocitu ohrožení. Pro lepší přiblížení těmto skutečnostem je vhodné uvést příklad z praxe. Zdravotnická subkultura si vysoce cení hygieny rukou. Ne však pro každou kulturu je toto zvýšené mytí rukou společensky přijatelné. Dále pak otázky samotné definice a chápání zdraví. Někteří jedince odlišných kultur mohou mít také nepříjemné pocity z moderních technologií, které jsou ve zdravotnictví hojně využívány. Další problémy by mohly nastat v jazyku zdravotnické subkultury, kdy využívá spoustu hovorových výrazů a pro spoustu lidí nepříjemných cizích slov, kterým nerozumějí a mají z nich strach. Zdravotničtí pracovníci musí důkladně proniknout do kultury ohledně nemoci a zdraví jednotlivce, snažit se

a pochopit dané hodnoty, rozeznat rozdíly mezi hodnotami svými a hodnotami ostatních spolupracovníků i pacientů. Problémy menšin ve zdravotnictví pak mohou být efektivně řešeny (Ivanová a kol. 2005).

## 1.2 DĚLENÍ MENŠINOVÝCH SKUPIN V ČR

V následující kapitole se zaměříme na problematiku menšinových skupin v ČR. Cílem práce není popis a přiblížení všech menšinových skupin, ale zaměříme se na charakteristiku pouze těch menšin, které se staly součástí pilotní studie této diplomové práce. Jak uvádí Český statistický úřad ke dni 26.3. 2011, kdy proběhlo poslední sčítání lidu, v České republice je přibližně 1,5 miliónu obyvatel, kteří se hlásí k církvi nebo k náboženské skupině. Co se týká národnostních menšin, ke stejnému roku je 5 135 obyvatel hlásících se k Romské národnosti, 53 253 obyvatel hlásících se k národnosti Ukrajinské, 29 660 Vietnamců a necelé 3 miliony lidí svoji národnost nevedlo. Obyvatel s Českou národností je pro srovnání ke stejnému datu roku 2011 necelých 7 miliónů. Do menšinových skupiny obyvatel patří také lidé s různým typem a mírou zdravotního postižení, kterých je více než 1 milión (ČSÚ, 2015). Podle informací Českého statistického úřadu ke dni 16.4.2014 není znám přesný počet homosexuálně orientovaných lidí, statistika udává od 2 do 10 % (ČSÚ, 2014).

V celé práci bude používán pojem menšina, který byl zvolen za vhodnější výraz oproti synonymu minorita. Kapitola se bude věnovat jedincům národnosti Romské, Ukrajinské, Vietnamské a černošské populaci v ČR. Dále blíže vymezí menšinu zdravotně postižených lidí, menšinu homosexuálně orientovaných a jedinců hlásících se k církvi nebo k náboženské společnosti. Společnost je tvořená pestrou škálou lidí, kteří se od sebe liší jak charakterovými vlastnostmi, tak i kulturou, vírou a hodnotami. I tak pestrá společnost by měla fungovat jako celek a být schopna společného soužití. Polsko-britský sociolog Zygmunt Bauman vytvořil takzvanou "*strukturovanost lidské situace*", která je charakteristická výskytem jednoho typu chování a pokud ji bude většina respektovat, zmenšuje se tím pravděpodobnost konfliktů mezi lidmi. Důsledkem je dle Baumana větší tolerance a schopnost domluvit se a pokud tato strukturovanost neexistuje, nastává mimo jiné i pocit nejistoty. Jeden z faktorů pocitu nejistoty je také

mnoho rysů našeho života, který dán i rozdílností kultur, vyznání, postojů hodnot (Bauman, 2005).

Jsme jako společnost zvyklí na přítomnost cizinců a národnostních menšin. Zejména v pomáhajících profesích při práci s lidmi se profesionálové setkávají s mnoha různými lidmi odlišných kultur, národností, vyznání a charakteristických znaků. Tito odborníci by ve své profesi proto měli studovat vyskytující se odlišnosti. Především ve zdravotnictví je na to v současnosti kladen velký důraz. Popsané národnostní menšiny, náboženské menšiny, homosexuální menšiny a menšina zdravotně postižených občanů názorně ukazují na různé typické odlišnosti, které je třeba respektovat i u jiných kultur (Šišková, 2008). Každý člověk vyrůstá v jiném prostředí, utváří si svá specifika, ze kterých vyplývají i jeho potřeby. Prostor ale může být různý, a proto v důsledku toho jsou odlišné i potřeby, priority, stereotypy a tak dále. Odlišná je i výchova a podmínky, ve kterých se jedince pohybuje. Tyto faktory je nutné zohlednit a přemýšlet nad jevy, které sebou přinášejí a jedince tak respektovat jako individuální bytost se všemi okolnostmi jeho života (Leontyieva, 2006).

### **1.2.1 Národnostní menšiny v ČR**

Jak již bylo v předchozí kapitole zmíněno, národnostní menšiny jsou spravované právní úpravou, konkrétně zákonem č. 273/2001 Sb. Přesná znění definice z tohoto zákona zní: „*Národnostní menšina je společenství občanů České republiky žijících na území současné České republiky, kteří se odlišují od ostatních občanů zpravidla společným etnickým původem, jazykem, kulturou a tradicemi, tvoří početní menšinu obyvatelstva a zároveň projevují vůli být považováni za národnostní menšinu za účelem společného úsilí o zachování a rozvoj vlastní svébytnosti, jazyka a kultury a zároveň za účelem vyjádření a ochrany zájmů jejich společenství, které se historicky utvořilo*“ (Příloha 6). Tento zákon ve svém ustanovení zmiňuje, že na území ČR žijí národnosti menšiny Slováků, Poláků, Němců, Bulharů, Chorvatů, Maďarů, Rakušanů, Romů, Rusínů, Rusů, Řeků a Ukrajinců. Je třeba upozornit na fakt, že v ČR žije mnoho národnostních skupin, které se však nemohou řadit mezi menšiny, jelikož jejich příslušníci nejsou občany ČR. Pro příklad jsou uváděni Vietnamci (Tomášková, 2001).

Následující podkapitoly popisují některé národnostní menšiny vyskytující se v pilotní studii diplomové práce. Jsou zaměřené především na pacienta konkrétní národnosti, nikoli na zdravotnický personál, jelikož je velmi obtížné sehnat jakékoli informace, fakta a studie, které by se týkaly právě zdravotnických profesionálů patřících k menšinové skupině.

Jako jednu z prvních si představíme národnostní menšinu Ukrajinců. Ukrajina obecně nenabízí dobré pracovní příležitosti pro své obyvatele, a proto jsou nuceni se stěhovat za prací, mnohdy až velmi daleko od svých domovů a rodin. Ukrajinci proto nejsou neobvyklou menšinou na území české republiky. Vzhledem ke zmíněné nezaměstnanosti v rodné zemi není pravidlem, že živitel rodiny je muž (Pavlíková, 2007). Muži, kteří jsou tu za prací, odešli ze své vlasti, ale chtějí se vrátit k rodinám. To má za následek vysoký počet ukrajinských dělníků či Ukrajinců vykonávajících jiné profese v ČR (Drbohlav, 2001). I ženy pracují, mnohdy pro nás v ne moc oblíbených profesích, jako jsou uklízečky a podobně. (Pavlíková, 2009). Problémem této menšiny je především český jazyk. Většina z nich ho neumí nebo jen velmi málo. To může být jeden z velkých problémů a stresorů při hospitalizaci Ukrajince ve zdravotnickém zařízení u nás. Naopak ale české zdravotnictví je oproti ukrajinské péči o zdraví na velmi dobré úrovni. Například ve své rodné zemi dostávají pacienti před hospitalizací seznam věcí, které si musí do nemocnice přinést. Mezi nimi jsou i pro nás absurdní věci, jako je injekční stříkačka, rouška, obvaz, vata a podobně. Medicína a zdravotní péče je tam pro naše poměry opravdu alarmující (Ivanová a kol. 2005). Ukrajinci jsou obecně dobrými pacienty. Jsou ochotní, přizpůsobiví se zájmem o uzdravení. Problém pak mnohdy nastává při komunikaci. Často právě z důvodu jazykové bariéry hrozí nedostatečná komunikace, edukace, komunikační šumy a další potíže spojené s nutností domluvit se (Kutnohorská, 2002). V neposlední řadě je také nutné pamatovat na pojištění, které často Ukrajinci nemají. Obecně jsou ale bezproblémoví pacienti. Je nutné respektovat jejich individualitu a myslet na to, že jako pro ostatní cizince je pro ně přizpůsobit se cizímu světu velmi náročné (Ivanová a kol. 2005).

Poznávání odlišných národností je velmi zajímavé, mnohdy ale pro velké množství informací, zásad a pravidel nelehké. Nesnadný úkol je také studium menšiny



Romů. Romové tvoří v České republice značně početnou skupinu, konkrétně 205-300 tisíc Romů, kdy nejvíce je Romů slovenských, a to konkrétně 65-70%. Nositel romské kultury patří do skupiny menšinové populace. Romská kultura se vyznačuje velmi specifickými, charakteristickými a individuální prvky. Tato menšina se od ostatních liší ve většině oblastí. Romské motto, které cituje A. Bartosz ale jasně tvrdí, že nástrojem ke společnému soužití více kultur je komunikace: „*Tut hin tiro čačipen, man hin miro. Ale hin amen čhib, kaj pes te dovakeras. Ty máš pravdu, já svou. Ale máme jazyk, abychom se domluvili*“ (Bartosz, 2006, s28). Většinová společnost klade na Romy požadavek, aby se co nejlépe přizpůsobili. Romové jsou specifičtí a jejich odmítání většinovou společností je patrné. Nese sebou velkou řadu důsledků, jako je například vytváření kriminogenního potenciálu. Také v médiích jsou více a častěji popisovány situace, kdy byl trestný čin či přestupek páchan příslušníkem národnostní menšiny. Moulisová tvrdí, že je to záležitost především sociologická, a následně až kulturně specifická (Moulisová, 2001).

Funkcionální prioritu spatřují Romové především v rodině a v příbuzenstvu. Dochází k takzvané "*absenci individualismu*", kdy jedinec je považován ne jako samostatný člen společnosti, ale především jako součást rodiny. Rodina je nositelem romské kultury, je základem sociálního systému. Tradiční rodiny jsou jakousi vizitkou totožnosti každého Roma (Kaleja, Knejp, 2009). Tradičně jsou děti největším bohatstvím romské rodiny. V době nemoci je rodina nejzákladnější potřebou každého jedince. Romové se vyznačují nedůvěrou k institucím, které jsou ve správě většinové společnosti. Mezi se řadí i například školy a vzdělávací instituce. Následkem špatného vzdělání je pak problém na trhu práce a vysoká nezaměstnanost Romů. U dětí je častá absence ve škole, nepřipravenost, nenošení pomůcek do hodin a špatná znalost českého jazyka. Děti jsou pro Romy velmi důležité, ale v jejich vzdělání důležitost nespátřují (Navrátil, 2003). Co se týká přítomnosti Romů ve zdravotnických zařízeních, Romové bývají problematickým pacientem pro celý ošetřovatelský tým. Jsou typičtí převahou vlastních emocí, které intenzivně projevují a to zejména v době nemoci, bolesti a dyskomfortu. Mají menší trpělivost a vůli, často se v nich probouzí komplex méněcennosti a pocity diskriminace ze stran ostatních lidí, které jsou ale většinou

neoprávněné. Obecně špatně snáší hospitalizaci, odloučení od rodiny, nutnost dodržovat pravidla a řád oddělení. Projevují prvky nesamostatnosti, což plyne ze stesku po rodině. Mohou projevovat prvky agrese a neochotu spolupracovat. Jsou spontánní a temperamentní. Nutno podotknout, že se nejedná o patologii a nic, nad čím by se měli zdravotníci pozastavovat. Naopak je nutné studovat a znát jejich kulturu, abychom jim porozuměli a uměli s nimi jednat. Ke každému romskému pacientovi je nutné přistupovat individuálně a s respektem, a myslet na to, že žijeme v transkulturní společnosti (Ivanová a kol. 2005). Velmi náročná je prevence u Romů, jelikož ji nepovažují za důležitou. Léčbu a tablety řádně užívají pouze v době potíží, po úlevě s léčbou i s doporučeními lékařů rázně končí. Kvůli všem těmto aspektům a mnoha jiným je práce s romským pacientem pro zdravotníky především psychicky velmi náročná (Zacharová, 2009).

Zcela odlišná svojí mentalitou takřka ve většině oblastech je oproti Romům menšina Vietnamců. Na úvod je zmíněno několik málo informací týkající se Vietnamu a jeho obyvatel. Hlavní město Vietnamské socialistické republiky je Hanoj, úředním jazykem je vietnamština se třemi dialekty, Bac, Nam a Hue (Ivanová, Špidurová, Kutnohorská, 2005). Vietnamci mají tak jako Romové velké pouto ke své rodině. Ve vietnamské rodině hraje velkou roli náboženství a také je to nejdůležitější jednotka společnosti. Především v době nemoci má za úkol postarat se o nemocné a řešit za ně všechny problémy. Vietnamci jsou silně nábožensky založení, hlavní náboženství je Buddhismus. Tito lidé jsou typičtí velkou náboženskou tolerancí. V jedné rodině často žijí jednotlivci hlásící se k různým a odlišným náboženstvím. Co se týká stravování, Vietnamci jsou zvyklí na vyváženou a pestrou stravu a to je velký problém v době hospitalizace, jelikož většina nemocničních zařízení nemá možnost poskytnout takovou stravu, jakou by si pacient ve jménu své víry či jiného přesvědčení přál. V nemocničním zařízení může být pak dalším problémem, kromě stravovacího režimu také izolace od rodiny, která je jak je už zmíněno výše, pro Vietnamce velmi důležitý prvek jejich života (Mastiliaková a kol, 2007; Ivanová, Špidurová, Kutnohorská, 2005). Vietnamská kultura uznává jin a jang, kdy jang vysvětluje světlo, sucho, teplo a jin naopak tmu, chlad a vlhko. Tedy zdraví a nemoc a rovnováhu mezi nimi. Nerovnováha je jedním

z ukazatelů neuspokojených potřeb takového pacienta. Pro alespoň částečnou rovnováhu očekávají od pobytu ve zdravotnickém zařízení dostatek informací, vyžadují zachování soukromí a slušného chování. Vietnamský pacient se také snaží zvládat vše sám, nežádá velkou pozornost personálu. Zajímavé je, že umí velmi dobře pracovat především s bolestí. Odmítání analgetik je pro tuto minoritu typické. Zdravotnický personál musí respektovat přání, potřeby a zvyklosti takového pacienta. K tomu je zapotřebí dobře znát kulturu vietnamských pacientů, která je velmi zajímavá, rozmanitá a plná pro nás zajímavých, mnohdy až nepochopitelných skutečností (Ivanová, Špidurová, Kutnohorská, 2005).

Velmi specifická je také menšina černošská. Není výjimkou, že se v České republice setkáme s jedincem černé barvy kůže, pocházejícím například z Afriky. Je to individuální skupiny lidí, která má svoji mentalitu. Existuje mnoho kmenů těchto lidí a podle toho se liší i jejich zvyky, tradice, normy a tak dále. Některé z nich mají i v dnešní době problém s negramotností, vysokou chudobou a úmrtností týkající se především špatných hygienických podmínek. Černochoy v naší společnosti musíme tedy brát individuálně, je nutné je respektovat a neposuzovat podle našich kritérií, která jsou specifická pro jedince české národnosti. Jak tvrdí Karl Atkin: „*Pokud bude černošská kultura klasifikována podle „bílé normy”, stane se důsledkem pro vytvoření černé patologie*” (Atkin, 1991, s42). Po prostudování tohoto výzkumu vyplývá skutečnost, že pro všechny musí platit stejná pravidla, ale je nutné zohledňovat charakteristiku a specifika každého jedince, v tomto případě související s národnostní odlišností od většiny. Není výjimkou, že černochoy nebo černošky můžeme potkat ve zdravotnictví. Ne pouze v roli pacienta, ale také v roli zdravotnického personálu. I tyto lidé mají možnost studia, mají možnost realizovat se v potřebě vzdělání, v potřebě získávání nových informací s jejich aplikací do praxe. Zahraniční výzkumná práce Graingera z roku 2006 ukazuje na fakt, že v různých obdobích života na zemi byly černoši diskriminováni. Dnes tomu tak ale není. Všichni mají stejná práva, i právo studia, bez ohledu na rasu, původ či kulturu. Nevyskytují se žádné velké problémy, které by se vztahovali ke skutečnosti černochoů ve zdravotnictví. Ani v roli personálu, ani v roli pacientů (Grainger, 2006).

## 1.2.2 Náboženské menšiny v ČR

Následující kapitola rozšíří menšinové skupiny o skupiny lidí, kteří se hlásí k církvi nebo k určité náboženské společnosti. Žijeme v demokratickém státě a mezi prvky demokracie mimo jiné patří ochrana lidských práv, do kterých patří i práva náboženská (Lužný, Václavík, 2010). Problematika náboženských práv je spravována zákonem č.3/2002 Sb. O svobodě náboženského vyznání a postavení církví a náboženských společností a o změně některých zákonů (Česko. Zákon č. 3/2002 Sb., Příloha 7). Tento zákon upravuje církve a náboženské společnosti, konkrétně jejich postavení. Dále se zabývá vedením seznamů registrovaných církví a náboženských společností. V neposlední řadě zákon popisuje působnost Ministerstva kultury ve věcech církví a náboženských společností (Příloha 7). V následujících podkapitolách budou uvedeny stručné charakteristiky náboženských menšin s nahlédnutím do problematiky transkulturního ošetřovatelství v souvislosti s konkrétní náboženskou menšinou. Poměrně rozsáhlá a známá je menšina patřící ke Svědkům Jehovovým. Příslušníky hlásící se ke Svědkům Jehovovým je možné potkat kdekoli na ulici a není to tak úplně výjimkou. Za zakladatele tohoto náboženství je považován Charles Taze Russel, americký řečník, organizátor a obchodník, který žil v letech 1852 až 1916. Stál tedy u zrodu dnešních Svědků Jehovových (Remeš, 1990). Členem se může stát každý bez ohledu na věk, pohlaví a tělesné zdraví. Každý kdo se chce stát Svědkem Jehovovým, musí splnit několik základních kroků, takzvaných přípravných fází. Nejprve je nutné navázat kontakt s konkrétní skupinou a projevit vlastní zájem o toto náboženství studiem literatury o této problematice. Zájemce svůj zájem musí také projevit navštěvováním domů a bytů. Pokud návštěvy za účelem získání informací a šíření této víry přetrvávají, zájemce se stane adeptem pro tuto víru. Když pomine tato fáze, zájemce je postupně představován členům skupiny a začíná docházet na pravidelná shromáždění a sezení. Je nutné, aby se aktivně zapojoval. Postupem času, když navázal sociální vazby uvnitř skupiny, vysloví přání o křest. Tomu předchází důkladná příprava. Samotný křest je považován za velkou událost, která ukončuje dosavadní život a následně bude vše oddáno Bohu, jelikož Svědci Jehovovi věří především v Boha a jejich víra je neutuchající a intenzivní. Typický je pro ně časopis Strážná věž, který

nabízejí při již zmíněných pochůzkách od domu k domu a jsou velmi neodbytní. Mají mnoho pravidel, zákazů a příkazů, které jsou velmi rozmanité (Chryssides,2008).

Představitelé této víry se vyskytují i ve zdravotnictví. Největší a všem známým problémem se zdravotnickou tematikou je problematika krevních transfúzí a transplantací orgánů. Při nutnosti podání krevní transfúze, například při operačním výkonu, je nutné poskytnout pacientovi veškeré podrobné informace a dát mu k podpisu informovaný souhlas. Tito pacienti to ale odmítnou i za předpokladu, že by mohli přijít o život. Je to etický problém ve zdravotnictví, ale respektují se práva všech pacientů. Problematika Svědků Jehovových je velmi složitá a rozsáhlá. Zabývá se jí spousta publikací a na zdravotníky je kladen požadavek znát specifické rysy této víry i samotných příslušníků a respektovat je (Ptáček, 2011). Individuální přístup se zohledněním holistické bytosti je nutný v interakci lidí obecně. U náboženských menšin zvláště. Následující odstavec krátce představí náboženskou menšinu známou spíše pod pojmem Mormoni, a tou je Církev Ježíše Krista Svatých posledních dnů. Tato církev považuje za svého zakladatele Josepha Smitha z New Yorku. Ježíš ho vybral, aby na Zemi zařídil novou církev a 6. dubna 1830 vznikla tato církev a Joseph se stal jejím vedoucím. Členové jsou nyní po celém světě (Kniha Mormonova, 2004). Představitelé této církve jsou často nazýváni jako Mormoni. Typickým znakem je rodina a rodinný život. Církev považuje za důležité učit své příslušníky rodinnému životu, hodnotám rodiny a souladu v rodině, který je znakem vyrovnanosti jedince (Dolák, 2006). Stejně tak jak chápou důležitou rodinného života, uctívají své zdraví jako dar od Boha. O své zdraví se starají, chovají se tak, aby jejich životní styl byl co nejvíce zdravý. Pokud mají potřebu pomoci v oblasti zdraví a nemoci, vyhledají pomoc odborníka, kterou církev nezakazuje. Tento pacient, který se dostane do zdravotnického zařízení bude ve většině případů velmi přizpůsobivý. Bude dodržovat léčebný režim a chod oddělení spolupracovat při lékařské i ošetrovatelské péči. Je třeba ale myslet na několik skutečností, které musíme v souvislosti s hospitalizací takového člověka zohlednit, a ze kterých často plynou potíže, neshody a neuspokojení potřeb jedince. Jak již bylo zmíněno, Mormoni přikládají velký důraz rodině. Po dobu hospitalizace mají omezenou možnost setkat se s rodinou a pokud ano, tak pouze na stanovený čas návštěvních hodin,

popřípadě dle dohody. V každém případě jejich sociální izolace a odloučení od rodiny je problémem, který sebou může nést určité důsledky, jako změny v psychice a spolupráci pacienta a podobně. Dále se vyskytují potíže v oblasti přijímání potravy. Příslušníci Církve Ježíše Krista svatých posledních dnů mají jistá omezení především v nápojích. Nepijí černý čaj, zelený čaj, kávu černou ani bílou. Je tedy jasné, že v nemocničním zařízení bude s tekutinami problém. Je nutná okamžitá intervence sestry a spolupráce s rodinou, aby měl pacient co nejvíce kvalitní pobyt v nemocničním zařízení. V neposlední řadě pak dochází k neuspokojení potřeby v oblasti víry. Tito lidé se modlí každý den a ne vždy je možné zajistit klidnou místo pro modlitby. Je nutné aby zdravotníci znali specifika této náboženské menšiny a přistupovali k těmto pacientům s tolerancí a ochotou s pochopením jejich specifík (Hornáková, 2008).

Jak již bylo řečeno, v České republice se vyskytuje více druhů náboženských skupin více známých ale i těch, o který mnoho lidí nemá velké povědomí, mezi něž patří Buddhismus. Na samém zrodu Buddhistického učení stál indický princ jménem Siddhártha Gautama, který se narodil v roce 566 př. n. l v dnešním Nepálu. Podle legend byl doslova velmi ztrápený osudem, chtěl osvobodit sebe i ostatní a tak opustil své blízké a vydal se na cestu. Setkal spoustou životních učitelů. Hledal smysl a pravdu a až do svých osmdesáti let putoval a žil jako mnich. Z jeho putování a sbírání moudrých informací byl postaven základní kámen buddhismu. Buddhistické učení chápe svět a život pouze jako utrpení, jakési "slzavé údolí". Buddhismus popisuje pojmy jako jsou pomíjivost, bolest, utrpení a neskutečnost. Buddhismus se dělí na mnoho druhů a studium této problematiky je velmi rozsáhlé (Kokaisl, 2015). Pojdme se věnovat spíše buddhismu ve spojitosti se zdravotnictvím, konkrétně buddhistickému pacientovi. Pacienti vyznávající toto náboženství jsou milý, dobrosrdeční a mírné povahy. Nevyužívají lékařské péče ve svůj prospěch. Žádají pouze o to, co opravdu potřebují. V rámci hospitalizace se mohou vyskytnout potíže v oblasti přijímání potravy. Většina buddhistů jsou vegetariáni. Strava v nemocničních zařízeních většinou neumožňuje výběr vegetariánské stravy. Pokud taková možnost je, strava většinou není kvalitní a podávaná v dobu, která není přijatelná pro buddhistu. Tito lidé totiž mají přísné podmínky pro denní dobu, kdy budou jíst. Povolené potraviny jedí pouze

dopoledne, po poledni konzumují pouze tekutou stravu. Sestra i celý ošetrovatelský personál musí tyto hodnoty respektovat, aby mohlo dojít k efektivní ošetrovatelské péči se zohledněním kultury jedince. Buddhisté se obecně vyhýbají extrémům. To platí i v ošetrovatelské a lékařské péči. Je třeba s nimi velmi citlivě konzultovat jednotlivé výkony, jejich důležitost, postup popřípadě možné alternativy. Personál musí znát zvláštnosti této menšiny. Obecně bývají buddhisté klidnými a spolupracujícími pacienty (Sedláková, Čoudková, 2009).

Klidné, spolupracující a se zájmem o své zdraví jsou také Milosrdné sestry svatého Karla Boromejského, které budou jako další z menšinových skupin představeny v následující podkapitole. Na samém začátku této ženské papežské kongregace se psal rok 1652, kdy byl ve Francii založen Dům milosrdenství, kde začalo pracovat přesně pět sester, které toužily po péči o druhé lidi s cholerou, morem a o lidi hladovějící na pokraji chudoby a bídy. Péče byla zpočátku zaměřená na holé přežití a uspokojení fyziologických potřeb. Dále se rozvíjela o další potřeby, například sociální. Činnost těchto sester vytrvala až do současnosti. Milosrdné sestry působí například v Praze a to ne jen ve zdravotnictví, ale také ve školství či různých sociálních ústavech (Kutnohorská, 2010). Tyto sestry jsou osoby s vlastním uvědoměním, cílem a pílí, se kterou se láskyplně starají o mnoho nemocných i zdravých lidí, kteří je potřebují.

### **1.2.3 Homosexuální menšiny v ČR**

Mimo menšiny národnostní a náboženské je v souvislosti s pilotní studií diplomové práce vhodné zmínit i menšiny homosexuálně orientované. Jsou to skupiny lidí, kteří patří do našeho života. Homosexualita je vrozená, lidé se s ní rodí, nemůžeme se jí nakazit ani naučit. Homosexualita je jedna z menšin, která je pronásledována, často zesměšňována. Pro samotného jedince je to velmi náročná věc, zvláště při prvním uvědomení si své orientace. Takový člověk žije většinou pod tlakem a zažívá krušné chvíle, o které se stará především společnost, ale i jeho vlastní mysl (Pastor, 2007). Samotný pojem je odvozen od řeckého slova *homos* = *stejný*, a *sexus* = *pohlaví*, což vychází z latiny. Tento termín poprvé použil lékař Benkert a to konkrétně v roce 1869. Pojem definoval jako lásku muže k muži a ženy k ženě. Nezdůrazňoval pouze citovou

vazbu, ale také schopnost pohlavního styku a sexuálních tendencí osob stejného pohlaví (Brzek, Ponděláčková-Mašlová, 1992). Ostatní autoři knih o homosexuální menšině definují homosexualitu totožně. Všeobecná encyklopedie Diderot uvádí následující: „*Sexuální orientace jedince, pohlavní náklonnost k osobám stejného pohlaví, častější u mužů. Příčiny nelze jednoznačně určit, pravděpodobně jde o vrozený sklon. Homosexuál preferuje roli buď ženskou nebo mužskou; liší se způsob styku a výběr partnera*“ (Všeobecná encyklopedie o osmi svazcích, 1991). Český sexuolog Radim Uzel uvádí, že se: „*...nejedná o nemoc, libůstku, ale vrozenou dispozici. Sexuální orientace se vyvíjí v 6. měsíci těhotenství*“ (Uzel, 2006). Definice existuje mnoho, od spousty autorů. Všechny mají ale stejný charakter. Jak již bylo zmíněno, homosexualita přináší nepříjemné situace. Nemalé množství homosexuálně založených jedinců se snaží vést heterosexuální život s partnerem opačného pohlaví a popírat tím fakt, že je přitahují osoby stejného pohlaví. K této skutečnosti se vyjadřuje sexuální psycholog Petr Weiss míněním, že tito lidé jsou nešťastní a povedou o mnoho chmurnější život, než kdyby žili s partnerem stejného pohlaví (Weiss, 2010). Podívejme ještě také na právní úpravu homosexuálních menšin. Rok 2006 byl pro Českou republiku významným mezníkem, jelikož byl přijat zákon o registrovaném partnerství č. 115/2006 Sb. Do tohoto roku byly homosexuální menšiny diskriminované ohledně uzavírání svazku partnerství. Tento zákon vymezuje spoustu skutečností této široké problematiky. Mimo jiné hovoří také o tom, že partnerství homosexuálních partnerů je stejně plnohodnotné jako partnerství párů heterosexuálních. Všichni mají stejnou měrou právo na slušné zacházení, respektování práv a zákon považuje životní funkce všech partnerských svazků za totožné. To je velký krok kupředu (Rovnost a diskriminace, 2007).



#### 1.2.4 Menšina zdravotně postižených občanů v ČR

Následující podkapitola naváže na předchozí menšinové skupiny a rozšíří je o menšinu lidí, hlásících se k církvi či nějaké náboženské společnosti. „Zdravotně postižení tvoří svébytnou, vnitřně však velmi diferencovanou skupinu občanů“ (Krhutová, 2005, s17), která má vlastní charakteristiku, jistá omezení a řadu odlišností oproti lidem bez zdravotního postižení. Mezi nejčastější postižení řadíme tělesné, mentální a duševní, řečové, sluchové a znevýhodnění týkající se zraku. Není výjimkou, že jedinec má i kombinaci různých typů postižení. Zdravotní znevýhodnění provázejí lidstvo od samého začátku a je nutno podotknout, že neubývají, naopak spíše rostou a objevují se čím dál častěji. Zvyšují se tedy i důsledky plynoucí ze zdravotního postižení jako jsou ekonomické problémy, sociální a společenské (Krhutová, 2005). Co se týče důsledků zdravotního postižení týkajícího se oblasti osobní, nutno zmínit častou potřebu pomoci a přítomnosti druhé osoby. Pro znevýhodněné osoby se často stávají běžné činnosti a skutečnosti náročnými, mnohdy i zcela nemožnými. Mají sníženou schopnost adaptace a působí na ně mnoho stresorů z interpersonálního, extrapersonálního ale i z intrapersonálního prostředí. Zdravotní znevýhodnění je třeba brát jako společenský jev vyskytující se zcela běžně. Tito lidé mají svá práva, svůj život, své soukromí a důstojnost, i právo na vzdělání. To vše je třeba si uvědomovat. Skutečným faktem ale je, že i tito lidé se setkávají s diskriminací, posměchem a neporozuměním (Krebs, 2009). Co se týká oblasti vzdělávání zdravotně postižených, je spravována právním předpisem a to konkrétně vyhláškou MŠMT č. 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných (Česko. Vyhláška č. 73/2005 sb.). V této vyhlášce jsou zahrnuti lidé s těžkým zrakovým a sluchovým postižením, autisté, lidé hluchoslepí, s těžkou poruchou dorozumívání a s těžkým tělesným, duševním či mentálním znevýhodněním. Studium je jim umožněno a pak je možní tyto osoby potkat v různých pracovních pozicích mnohdy velmi přínosných pro ostatní lidi, jako jsou například pomáhající profese. Je možné potkat také i zdravotníky, kteří se starají o nemocné lidi a i oni sami potřebují určitou pomoc. Jsou ale tak profesionální, že jejich znevýhodnění nelze vůbec odhalit (Krhutová, 2005). Žijí mezi námi a mají právo vést plnohodnotný

život tak, jako ostatní lidé. Zdravotní znevýhodnění tedy neodmyslitelně patří do lidského života a do ošetrovatelské praxe.

### 1.3 TRANSKULTURNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

*„Tolerance je umělá květina, která poprvé vyrostla a vykvetla na vysokém stupni mravního zrání, kdy člověk v člověku z jiného společenství spatřil bližního, jemuž nemá činit, co si sám nepřeje pro sebe. Zakořenit tuto květinu v mysli zástupů byla odjakživa práce nesnadná, stálý zápas s nepřízní půdy i podnebí, stálá nutnost začínat znovu po bouřích a erupcích. Ve světě kolem nás, vyzývajícím k rychlému zbohatnutí a zároveň proniknutém obavami o budoucnost, je to úsilí obzvlášť těžké“ (Eduard Goldstücker, 1998).*

Interakce ve společnosti probíhá každý den. Prožíváme kontakt s druhými. Kontakt s lidmi, s věcmi, rostlinami a zvířaty. Dostáváme se do pestré škály situací. Jednou z nich je i kontakt s odlišnou kulturou, vírou, vyznáním než je nám vlastní. Kontakt s něčím cizím, odlišným. Dává nám to možnost, poznávat svět kolem sebe, rozvíjet sebe, svoji komunikaci a osobnost. S tímto fenoménem se setkáváme samozřejmě i v ošetrovatelství. Mluvíme o minoritě, neboli menšině. Ivanová, Špidurová a Kutnohorská píší definici: *„Pod pojmem minorita neboli menšina rozumíme obecně jakoukoliv skupinu lidí definovanou nějakým sociologicky významným společným znakem (např. náboženská menšina, národnostní komunita, jazyková skupina, rasová skupina, sexuální menšina), která se početně nemůže rovnat jiné skupině, tvořící v dané společnosti většinu (dominantní skupina) (Ivanová, 2005).“*

Následující kapitola se bude zabývat transkulturním ošetrovatelstvím a jeho charakteristikou v praxi. Transkulturní ošetrovatelská péče je zaměřená především na uspokojování potřeb, které jsou specifické a individuální u každého člověka. A myslíme na to, že ať je péče poskytnuta sebelépe, pořád se tak děje v cizím prostředí, pro pacienta v neznámém a nepřírozeném prostředí, které na něj působí. Postrádá zázemí, které zná. Ať už se jedná o rodný jazyk, prostředí nebo ostatní lidi, které dobře zná. Čeští zdravotníci tedy musejí ke všem pacientům patřících do menšinové společnosti přistupovat zvláště opatrně a při poskytování ošetrovatelské

a lékařské péče vycházet ze základních hodnotových žebříčků pro konkrétního pacienta s respektováním jeho celostnosti se všemi aspekty, se složkou biologickou, psychologickou, sociální i spirituální (Sagar, 2015). Pro uvedení do problematiky je potřeba zastavit se u vymezení pojmu komunikace z obecného pohledu.

### **1.3.1 Komunikace ve zdravotnictví**

*„Empatické naslouchání znamená dočasně žít životem druhého.“*

Carl Rogers ( Barták, 2010)

Slabé místo ve zdravotnictví je patrně komunikace. Důkazem nám jsou množící se soudní spory, které pacienti vedou proti zdravotníkům, dále také různé stížnosti vedením nemocnic a celková nespokojenost pacientů a jejich rodin. Tyto stížnosti se právě nejčastěji týkají komunikace, jako další v pořadí jsou až zdravotnické lékařské a ošetrovatelské výkony. Dobře a efektivně vedená komunikace tedy ochrání zdravotníky od problémů a minimalizuje možné komunikační šумы, kterých je opravdu mnoho. Sestra musí být tedy připravená komunikovat s každým pacientem a jeho rodinou po celou dobu realizace ošetrovatelského procesu a interakce s nemocným a jeho příbuznými a to za všech okolností. Je to tedy základem ošetrovatelské péče (Vévoda, 2013).

Srozumitelnost, jasnost a stručnost je základem efektivní komunikace. Sdělení musí být logické, mělo by směřovat od jednoduchého ke složitějšímu. Je také nutné, zdůraznit pouze důležité a podstatné informace. Pokud pacient něčemu neporozumí nebo nedostane dostatek podstatných informací, pojme podezření, že nedostal informace dobře podané a schyluje se ke stížnostem a personál je jen krůček od problému. Dále je důležité vybírat vhodná slova. Týká se to právě zmíněné srozumitelnosti. Slova volit tak, aby tomu pacient či jeho rodina rozuměli. Vše přizpůsobit situaci a předejít zbytečným potížím (Vévoda, 2013). Nesprávná komunikace může být označeno za sororigenii, tedy poškození pacienta sestrou. Bouchal píše: „ Slovo zde nepůsobí jako lék, ale jako jed. Jde o jakousi

*„antipsychotherapii“, negativní psychotherapii. V napětí, nejistotě a obavách je pacient daleko vnímavější na neobratné a znepokojivé výroky o nemoci a léčení, než člověk zdravý“ (Bouchal, 2006, s181).*

Skutečností, od kterých se odvíjí komunikační schopnost sestry je mnoho. Některé z nich popsala Kristová a Tomašková. Hovoří o *„...zvládnutí a porozumění procesu a struktury komunikace, komunikační dovednosti a zručnosti je třeba si osvojit a efektivně uplatňovat, nutnosti neustále pracovat na rozvoji vlastní komunikace a slovní zásoby, na způsobu vyjadřování, popisuje principy komunikace pochopit a porozumět jim, apeluje na důležitost dodržovat zásady slušného chování a prvky efektivní komunikace“ (Kristová, Tomašková 2005, s25).* To vše ovlivňuje komunikační skutečnosti a situace v ošetrovatelské praxi při komunikaci s pacienty, s jejich rodinami i s ostatními lidmi, kteří se stávají aktéry komunikace ve zdravotnictví, ale i v běžném životě.

Jeden z nejdůležitějších aktérů komunikace ve zdravotnictví je samozřejmě samotný pacient. Komunikace s nemocným je ovlivněna mnoha faktory, jako je například vlastní povaha pacienta i sestry, dále přítomnost bolesti pacienta, délka pobytu v nemocnici, možnosti uspokojení potřeb nemocného a dále (Špatenková, Králová, 2009). Jak uvádí Vévoda: *„Pacienti se odlišují svým věkem (dítě, dospívající, dospělý nebo starý člověk), genderem (ženy nebo muži), vírou a náboženským přesvědčením, vztahem k sestře jako druhému aktérovi komunikace, osobností (zralost, citová labilita, charakter, temperament, citová zábrany apod.), kulturou (což je v multikulturní společnosti normální), rodinnou situací (dobře fungující rodina, absence rodiny apod.), sociální oporou (sociální kontakty nebo sociální izolace), předcházejícími zkušenostmi s nemocí (akutní nebo chronická nemoc, opakovaná hospitalizace apod.), životní situací (osobní, rodinná, sociální, pracovní anamnéza)“ (Vévoda, 2013, s69-70).* Výše uvedené okolnosti se navzájem ovlivňují a mohou za to, že dochází ke konfliktům a nedorozuměním. Pacient je nemocný, prostředí je pro něho nové a je potřeba respektovat všechny jeho reakce a dát mu tolik času, kolik bude potřebovat (Vévoda, 2013). Jak praví Casemore Roger v knize Na osobu zaměřená psychotherapie, *„empatie, autenticita a bezpodmínečně kladné přijetí pacienti neboli*

*respekt jsou základními a nezbytnými podmínkami dobrého vztahu mezi sestrou a pacientem"* (Casemore, 2008, s70). Toto platí i naopak. I všeobecná sestra musí cítit klid, jistotu a ochotu ke spolupráci. Jinak nemůže vztah mezi sestrou a pacientem fungovat tak, jak by měl (Casemore, 2008).

Velmi důležité komunikační partnery pro sestru představují také příbuzní pacienta. Spolupráce sestry s rodinou přispívá k celkové především duševní pohodě nemocného. Králová a Špatenková ale velmi dobře upozorňují na důležitou skutečnost a informaci v právní normě ve formě informovaného souhlasu P/K. Zákon č. 111/2007 Sb. určuje každému pacientovi právo uvést osoby, které mohou být informovány o jeho zdravotním stavu nebo naopak výslovně zakázat určitým lidem podávat jakékoli informace. Dále sestra podává informace pouze kompetentní k jejímu povolání (Špatenková, Králová, 2009). Sestra důsledně udržuje informace o pacientovi jako důvěrné. Důležitý kontakt s rodinou je především při propouštění pacienta do domácího prostředí. Je nutné edukovat pacienta, ale i rodinu. Ústně, dále například písemně formou letáků a brožur. Sestra edukuje pacienta komplexně o všem, co by měl vědět a dodržovat. O dietním režimu, o pohybovém režimu, o vhodných a nevhodných aktivitách, zopakuje znovu doporučení lékaře a dbá na zpětnou vazbu od pacienta, popřípadě od rodiny (Vévoda, 2013).

Mezi hlavní komunikátory v ošetrovatelství patří sestra. Sestra musí mít mnoho vlastností, které jsou předpokladem pro ošetrovatelskou profesi. Musí být vstřícná, ochotná, spolehlivá, empatická a tak dále. Důraz je tedy kladen především na osobnostní vlastnosti a kompetence. P/K chce sestře věřit, chce být klidný a cítit důvěru i v těch nejtěžších situacích. A sestra je právě ta, která to vše s pacientem sdílí ve velmi úzké interakci. Pro toto vše je také důležité, aby sestra poznala sama sebe. Je to cíl, ke kterému se snažíme dojít všichni v průběhu celého života. Protože jen tehdy, kdy budu znát a poznávat sám sebe, můžu se vcítit a porozumět druhým (Vévoda, 2013). Sestra tedy plní mnoho rolí. Americká zdravotní sestra Hildegarda Peplau, autorka modelu interpersonálních vztahů a psychodynamického ošetrovatelství, která se zajímala o mezilidské vztahy ve své publikaci *Mezilidské vztahy v ošetrovatelství* popisuje 6 rolí sestry aktivně pracující s pacienty. Je to role cizince, role zdroje, role učitele, role

poradce, role advokáta a aktivního vedoucího. Role aktivního vedoucího učí a pomáhá pacientovi poznat a akceptovat jeho problémy. Naučit se s nimi žít. Pomáhá je nalézt, hledat východiska, možná řešení ke zkvalitnění pacientova života. S tím souvisí i další funkce, kdy je sestra jako učitel. Sestra pacienta učí, edukuje ho, poskytuje mu teoretické i praktické informace o tom, co neví, co by chtěl vědět a tak dlouhou a stále dokola, dokud to pacient a jeho stav vyžaduje. Navazující role poradce poskytuje pacientovi ze strany sestry pomoc a poradenství, pomáhá mu s integrací a s přijetím nové životní zkušenosti v podobně nemoci, léčby a ošetrovatelského procesu. Jako další je popisována role cizince. Je to úplně prvotní role, která nastane při kontaktu sestry s pacientem, kdy se setkávají dva cizí a neznámí lidé. Sestra pacienta respektuje a přijímá takového, jaký je a měla by k němu přistupovat bez jakýchkoli předsudků, zdvořile a mile. Poskytuje pacientovi veškeré informace, zdroje a podstatu celé situace a pomáhá pochopit příčinu potíží. Tyto zmíněné skutečnosti patří do role zdroje. Poslední rolí, kterou popíšeme, bude role advokáta. Peplau píše, že „*sestra pracuje ve jménu pacienta a pomáhá mu vyjasnit oblast nezávislosti, závislosti a vzájemné závislosti*“ (Peplau, 2004, s 43-70). Na závěr kapitoly bych ráda zmínila výrok již zmíněné autorky Hildegardy Peplau. „*Vztah sestra - pacient je dynamický proces, který vytváří příležitosti pro učení a růst jak pro pacienta, tak pro sestru*“ (Peplau, 2004, s 43-70). Komunikace v ošetrovatelství má své nezastupitelné místo a společně s empatií tvoří důležitou složku při realizaci ošetrovatelského procesu v interakci sestry s pacientem. To platí i v transkulturním ošetrovatelství, kterým se bude zabývat následující podkapitola.

### 1.3.2 Transkulturní komunikace v ošetrovatelství

V předchozí kapitole byla přiblížena problematika komunikace v ošetrovatelství obecně a vzhledem k tématu předkládané diplomové práce se nyní zaměříme na konkrétní transkulturní komunikaci v ošetrovatelství a transkulturnímu ošetrovatelství jako takovému. *„Fenomén komunikace je legitimním předmětem zkoumání v psychologii, sociologii, antropologii, lingvistice, etologii a dokonce se objevila samostatná "teorie komunikace" v rámci teorie informací (informatiky a intelektiky), kde se více-méně abstrahuje od povahy komunikujících systémů" ( Višňovský, 1995, s7).*

Komunikace ve zdravotnictví je v současné době mimo jiné velmi obohacená a rozvíjená transkulturním ošetrovatelstvím. V nemocnicích a zdravotnických zařízeních se objevují cizinci, lidé odlišné kultury a vyznání, a proto je třeba se tímto problémem zabývat. Na pacienta odlišného etnika, kultury a vyznání ve zdravotnictví je napsáno již mnoho článků a publikací a zdravotničtí pracovníci se učí s těmito lidmi pracovat (Špidurová, 2006). Ale na problematiku sester, které patří k menšinové společnosti žádné studie v ČR nejsou a přitom se s těmito sestrami můžeme v českém zdravotnictví setkat. Kvalitně a efektivně odvádějí svoji práci a překonávají spoustu překážek a bariér.

Komunikace v transkulturním ošetrovatelství je definována mnoha způsoby. Například Andrews a Boyle jí pojmenovali jako "komunikaci napříč kulturami" (cross-cultural-communication) (Andrews, Boyle, 1999). Komunikace se také vyskytuje v několika oblastech, na které se zaměřují ošetrovatelské koncepční modely. Pro příklad autorka modelu vycházejícího slunce M. Leiningerová společně s McFarland výstižně píše o vzorcích transkulturní komunikace (Leininger, McFarland, 2002). Transkulturní komunikace se ve společnosti uplatňuje stále ve větší míře. Je nutné mít na paměti, že v důsledku špatného povědomí a znalosti o této problematice dochází k interkulturním bariérám a k sociálním konfliktům, které pramení především z neznalosti nebo neochoty osvojit si nové vědomosti a dovednosti v této oblasti. Ve zdravotnictví je mnoho důležitých aspektů na co se zaměřit při péči o lidské zdraví. Bez dlouhého přemýšlení je ale jasné, že v popředí je komunikace, bez které bychom jako lidstvo nemohli existovat (Průcha, 2010). Následující podkapitola se zaměří

na ošetrovateľské koncepcní modely, ktoré jsou aplikovatelné na ošetrovateľskou péči o jedince patřící k menšinové společnosti. Důraz je kladen na kulturní kompetence každého jedince a následně co největší možnou socializaci ve většinové společnosti s respektováním a pochopením všech odlišností.

### **1.3.3 Ošetrovateľské koncepcní modely transkulturní péče**

K zajištění kvalitní péče s přihlédnutím ke kulturním odlišnostem a hodnotám přiblíží následující kapitola koncepcní modely, které pomáhají hodnotit odlišnosti a následně pomohou zvolit správný přístup v péči o jedince patřící k menšinové společnosti.

Teoretická hlediska ošetrovateľské péče, která mají kořeny v období, kdy Florenc Nightingale začala realizovat v praxi základní prvky ošetrovateľské péče, které měly svoji důležitost a posloupnost (McDonald, 2010), se začala více rozvíjet v polovině 20. století s Kanadě a v USA. Do té doby bylo ošetrovateľství postaveno na praktických zkušenostech a tradicích. V současnosti už má tento obor vymezen své ošetrovateľské koncepce, teorie a koncepcní model (Pavlíková, 2006).

*„Model je vědecká konstrukce, obraz, představa, či popis zkoumaného jevu nebo předmětu“* (Pavlíková, 2006 s.16). Modely v ošetrovateľství se dělí na fyzikální, které jsou buď konkrétní nebo abstraktní a dále modely symbolické, které se rozdělují na verbální, schematické a kvantitativní, neboli vyjádření matematickými symboly.

Koncepce je pojetí, osnova myšlenek, výklad určitého jevu, chápání a způsob pohledu. Koncepce je dále tvořena soustavou názorů na daný jev (Pavlíková, 2006).

Teorie tvoří základ veškerého vědeckého poznání. Zahrnuje poznatky, které charakterizují určitý jev. Popisuje souvislosti, příčiny těchto jevů, které lze empiricky ověřovat (Pavlíková, 2006). Zaměříme pozornost na koncepcní modely týkající se transkulturního ošetrovateľství.

Hlavní a nejzásadnější koncepcní model, který se týká transkulturního ošetrovateľství je model vycházejícího slunce - model Madeleine Leiningerové. Madeleine Leiningerová se zasloužila o rozvoj teorie transkulturní péče (Příloha 1). Pracovala jako zdravotní sestra pro dětské psychiatrické pacienty. Na základě svých



zkušeností vytvořila vlastní teorii, které říkála teorie vhodné péče nebo teorie všestrannosti. Všimla si odlišného chování jednotlivců ve vztahu k národnosti a etnické příslušnosti. Poprvé definovala pojem transkulturní ošetrovatelství a to v roce 1960 (Archalousová, 2003). Teoretickými východisky pro model Madeleine Leiningerové jsou kultura, která představuje normy, hodnoty, životní styl dané skupiny či jednotlivce. Dále dominantní kultura jako hlavní kultura obyvatelstva, která má převahu politickou, ekonomickou, ne vždy však početní. A subkultura, která se odlišuje od dominantní kultury, ale současně k ní patří (Pavlíková 2016). Vedle teoretických východisek má také každý koncepční model své asumpce, které ovlivnily jeho vznik a obsah. Předpokladem modelu "vycházejícího slunce" je tvrzení, že péče je nezbytná pro vyléčení, bez ní vyléčení není. Péče také nezbytná pro vývoj a růst člověka pro klidné přežití a také důstojné umírání a smrt. Každá kultura má svou lidovou tradiční péči a svoji ošetrovatelskou praxi. To je velmi důležitý předpoklad k tvorbě tohoto koncepčního modelu.

Teorii transkulturní péče vysvětluje model vycházejícího slunce, (Příloha 1) který má 4 úrovně. První úroveň v sobě nese názor filozofický a úroveň sociálního systému. Poznatky a informace o jedincích, skupinách v různých zdravotnických systémech popisuje úroveň druhá. Zároveň vymezuje významné a specifické vztahy k péči o zdraví. Třetí úroveň je konkrétní linkou, která zahrnuje charakteristiky každé skupiny, rodiny či jednotlivce a specifické a odlišné rysy každé péče. Poslední čtvrtá úroveň rozvíjí model o oblasti udržování zdraví, kulturní péče, tvorbu nových kultur a také popisuje důležitý fakt, aby poskytnutá péče byla shodná s hodnotami, názory a kulturním přesvědčením daného pacienta.

Tento model je základem transkulturní péče ( Příloha 1) a vychází z něho další koncepční modely v ošetrovatelství (Pavlíková, 2006). Na model vycházejícího slunce navazuje Model kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče. Model kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče (Příloha 2) byl vytvořen pro potřeby studentů postgraduálního studia ošetrovatelství pro jednodušší a konkrétnější hodnocení a uspokojování potřeb pacientů a pro poskytování péče cizincům, pacientům odlišné kultury. Autorkami modelu jsou Joyce Newman Gigerová a Ruth Davidhizarová. Model akceptuje potřeby

sester při hodnocení potřeb pacientů odlišných kultur. Model kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče pomáhá při hodnocení pomocí šesti kulturních fenoménů a to jsou komunikace, sociální začlenění, interpersonální prostor, čas, prostředí a biologická specifika. Posouzení pacienta při péči si děje pomocí šesti složek, které vycházejí z konkrétního kulturně svébytného jedince. (Špidurová, 2006) Model je vhodný pro posouzení péče o jedince z menšinové společnosti především proto, že vychází z konkrétního kulturně svébytného jedince a tím je umožněn proces akulturace jedince (Sedláková, Soukupová, 2007). Jednotlivé složky modelu obsahují další podrobné indicie k posouzení P/K a poskytnutí ošetrovatelské péče se zohledněním kulturní odlišnosti (Příloha 2). V oblasti kulturně svébytného jedince model pro transkulturní ošetrovatelské hodnocení podle Gigerové a Davidhizarové zahrnuje popis a charakteristika dané kultury jedince, místo odkud pochází jedinec i jeho rodina. Biologické odlišnosti umožňují získat poznatky ohledně barvy kůže, stavby těla, barvy vlasů, specifická onemocnění pro danou kulturu, zda preferuje nějaké jídlo či se některým zásadně vyhýbá a také důležitá sociální opora v době zdraví i nemoci. Vliv prostředí a výchovy popisuje jak jedinec dokáže vnímat nemoc a bolest, jaké je jeho pojetí zdraví a jaké jsou hodnoty v této kultuře. Pojetí času poskytuje informace ohledně využití a uspořádání času jedincem a jeho kulturou, definice času, obvyklá pracovní doba, zaměřenost na minulost, budoucnost či přítomnost. Role a funkce ve společnosti zahrnuje oblast sociálního začlenění (Sedláková, Soukupová, 2007). Každá kultura také jinak vnímá prostor. Hodnotí se udržování blízkosti, vhodné vzdálenosti při komunikaci, tělesné pohyby a podobně. Oblast komunikace, jako velmi důležitá oblast ve společnosti, obsahuje informace o výslovnosti, kvalitě, barvě a výšce hlasu, užívání pauz, pomlky, verbální či neverbální komunikace a také mateřský jazyk (Špidurová, 2006). Model kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče navazuje na model Madeleine Leiningerovou a je velmi efektivní pro hodnocení potřeb odlišných kultur (Sedláková, Soukupová).

Důležitý ošetrovatelský model pro rozvoj kulturních kompetencí je v praxi aplikovatelný při hodnocení potřeb jedinců odlišných kultur, který vytvořily autorky Papadopoulus, Tilky a Tailor. Rozdělily svůj koncepční model pro ošetrování

transkulturních pacientů model do čtyř fází. První fáze hodnotí kulturní povědomí jako je kulturní identita a stereotypy. Ve druhé fázi se hodnotí kulturní kompetence. V tomto kroku je pozornost zaměřená na klinické dovednosti, řešení náročných situací, prvky diskriminace a nerovnosti z pohledu jedince. Další fázi jsou kulturní znalosti, kdy je hodnoceno zdravotní přesvědčení a chování, antropologické, sociologické, psychologické a biologické porozumění a nerovnosti v oblasti zdraví. Posledním krokem je zhodnotit kulturní cítění. Hodnotí se oblasti empatie, mezilidské vztahy, komunikační dovednosti, důvěra, respekt, přijetí do kolektivu a podobně. Model popisuje nutnost důvěry a partnerství mezi jedincem a zdravotníkem k přijetí, respektu a následnému vyjednávání plnění cílů a uspokojování potřeb. Také nutí zamyslet se nad vlastní osobou a spolu s hodnocením jedince zhodnotit své vlastní postoje. Cílem ošetřovatelského modelu je zajistit vysokou kvalitní ošetřovatelskou péči pro všechny. (Papadopoulos et al, 1998).

Je vhodné ještě zmínit další ošetřovatelský model, který se také týká kulturních kompetencí. Autorkou modelu je Josepha Campinha-Bacote, která vypracovala model rozvoje kulturní způsobilosti. Základem je 5 kulturních kompetencí a je vhodný při poskytování kulturně kompetentní péče, kterou poskytují zdravotničtí profesionálové. J. Campinha-Bacote tvrdí, že: „...*tento model je užitečný při péči o všechny lidi, protože ve skutečnosti my všichni patříme ke stejné rase – lidské rase se stejnými potřebami*“. *Je však důležité pamatovat si, že tyto potřeby mohou být vyjádřeny odlišně a že kvalita služeb zdravotní péče může pro každého pacienta znamenat něco jiného*“ (Uříčková, 2010). Pokud sestra poskytuje kulturně kompetentní péči, je na místě zamyslet se nad tím, zda má dostatek znalostí o jedinci a jeho kultuře, životě a odlišnosti, aby byla schopná poskytnout správně zmíněnou kulturně kompetentní péči. Při tomto procesu přemýšlení a osobnostním rozvoji stanovila J. Campinha-Bacote následující mimotechnické otázky, které sestře pomohou před kontaktem s tímto pacientem v rámci ošetřovatelské péče. Jedná se o otázky v oblasti uvědomění, zručností a vědomostí a dále setkání a přání. Co se týká oblasti přání, znamená to uvědomění si, proč chci být kulturně kompetentní a co proto mohu udělat, aby se moje přání splnilo. Vychází to také ze zkušeností, které s kulturně kompetentní péčí mám. To popisuje oblast setkání, kdy

je třeba si odpovědět na otázku, kolik setkání jsem měla s jedincem patřícím k menšinové společnosti. Na to navazuje oblast vědomostní, kdy je třeba položit si otázku, jaké mám vědomosti o pacientových názorech na svět, na zdraví, na politiku, vědomosti o jeho kultuře a hodnotách. Následně je nutné zhodnotit, do jaké míry je sestra schopna vést kulturně kompetentní péči se všemi náležitostmi a citlivě s empatií. A také je důležité celkové uvědomění si vlastních předsudků a předpojatosti k jedincům a skupinám patřících k menšinové společnosti a jak moc se moje vlastní názory na danou problematiku rozcházejí s názory ostatních lidí. Tyto všechny otázky je třeba si položit a odpovědět si na něj před tím, než jde sestra poskytovat kulturně kompetentní péči podle Campinha-Bacote (Uříčková, 2010).

## **2 CÍLE PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

### **2.1 CÍLE PRÁCE**

Hlavní cíl: Odkrývání jevů v komunikaci vedené mezi sestrou patřící k menšinové společnosti a pacientem v rámci ošetrovatelské péče.

Akademický cíl 1: Zjistit potencionální problémy v komunikaci sester patřících k menšinové společnosti ve vztahu k pacientům.

Akademický cíl 2: Zjistit potencionální problémy v komunikaci sester patřících k menšinové společnosti ve vztahu k lékařům.

Akademický cíl 3: Zjistit, jak hodnotí hlavní sestra své podřízené patřící k menšinové společnosti.

Praktický cíl: Získané poznatky mohou přispět k tvorbě vodítek, na jejichž základě si mohou sestry uvědomit potencionální problémy v komunikaci s pacientem. Vzhledem k tomu, že tato problematika není u nás podrobněji zkoumána, mohou získané poznatky publikovat v odborném periodiku.

### **2.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

VO1: Jaké jsou charakteristiky komunikace vedené sestrou patřící k menšinové společnosti s pacientem v rámci ošetrovatelské péče?

VO2: Jaká úskalí v komunikaci s pacientem vidí sestry patřící k menšinové společnosti?

VO3: Jak hodnotí hlavní sestra své podřízené patřící k menšinové společnosti?

VO4: Jak popisují pacienti spolupráci se sestrami patřícími k menšinové společnosti?

VO5: Jak popisují lékaři spolupráci se sestrami patřícími k menšinové společnosti?

## 3 METODIKA I. FÁZE - PILOTNÍ STUDIE

### 3.1 METODIKA PILOTNÍ STUDIE

Pro empirickou část byl jako výzkumný design zvolen kvalitativní přístup, který byl rozvržený do dvou fází. V první fázi byla realizována pilotní studie se sestrami patřícími k menšinové společnosti. Pro pilotní studii byla zvolena metoda životního příběhu. V publikaci Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách popisují Švaříček a Šed'ová případovou studii jako empirický design, kdy smyslem je zkoumat a porozumět jednomu či několik málo případů. Základem je sběr skutečných dat, která se úzce vztahují ke zkoumanému objektu, případu a studie je prováděna na malé skupině. Cílem pilotní studie je zjistit, zda se informace, skutečnost a vlastní problematika sester patřících k menšinové společnosti vyskytuje a je dosažitelné ji zkoumat a dále hledat návrhy na řešení a nová výzkumná šetření týkající se dané skutečnosti (Disman, 2005). Výsledky pilotní studie byly zpracovány pomocí životního příběhu. Metoda životního příběhu je metodou, kdy je dle Cohlera a Hosterlera: „...*pozornost věnována nejen tomu, jak jsou životní dráhy určité generace ovlivněny určitými historickými událostmi či socioekonomickými strukturami, ale také tomu, jak se mezi sebou liší různé skupiny v rámci jedné generace, jak různí lidé reagují na stejné události či změny odlišně, jak je odlišně prožívají a interpretují v závislosti na jejich výchozích podmínkách*“ (Dudová, 2011). Cílem životního příběhu je získat informace o hodnotách, chápání pravidel, kulturních vzorcích, životních postojích a zkušenostech, které jsou výsledkem socializace respondenta. Metoda je založená na vyprávění respondenta. Vypráví o vlastním životě a situacích pro výsledky pilotní studie stěžejních.

## **3.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU**

Výchozím designem byla pilotní studie, která realizována v období duben až prosince 2014 s respondenty žijícími v ČR. Náhodným výběrem byly vybrány 4 skupiny menšin, a to sestry patřící k národnostní menšině, sestry patřící k náboženské menšině, sestry homosexuálně orientované a sestry se zdravotním postižením. Výzkumnou metodou byla metoda životního příběhu, pomocí které byla pilotní studie dále zpracována. Z celkového počtu 16 sester byl vybrán z každé menšinové skupiny 1 respondent či respondentka a dále technikou snow ball se tak každá menšinová skupina rozrostla o 3 respondenty. Respondentky či respondenti účastníci se pilotní studie byly v tomto zastoupení. Skupinu respondentek se zdravotním postižením tvořila sestra s výraznou oční vadou, s vadou řeči, sestra s výraznou vadou sluchu a sestra se zjizvenou tváří. Dva muži a dvě ženy tvořily skupinu čtyř sester s homosexuální orientací. Z oblasti náboženských menšin spolupracovaly na výzkumu sestry hlásící se k Buddhismu, řádová sestra z katolické církve, dále sestra patřící ke Svědkům Jehovovým a sestra hlásící se k Církvi Ježíše Krista Svatých posledních dnů. Čtvrtou skupinou byly sestry s odlišnou národností a to sestra z Vietnamu, z Ukrajiny, z Ghany a sestra s romskou národností. Z důvodu přehlednosti, byla sestavena Tabulka č.1 Identifikace respondentů, která je umístěna v úvodu kapitoly 3.4.

## **3.3 REALIZACE PILOTNÍ STUDIE**

Pilotní studie byla realizována v první fázi výzkumu diplomové práce. V průběhu měsíce dubna až prosinec 2014 probíhala setkání s respondenty, kdy výzkumník zjišťoval od respondentů dané oblasti jejich život. Respondenti vyprávěli o daných oblastech svého života a při nejasnostech byly pokládány další doplňující otázky. Vyprávění začínalo představením respondenta, odkud pochází a jeho pro něj zásadní životní mezníky. Dále se vyprávění zabývalo rodinou respondenta, profesní orientací, řeč byla o hledání zaměstnání a o potížích, které je přitom všem provázely. Vstupem do problematiky diplomové práce bylo zjistit především situaci týkající se odlišnosti respondentů od většinové populace. Oslovení respondenti se zájmem a ochotou poskytovali své životní příběhy. Někteří respondenti ovšem v úvodním

setkání vyjádřili nedůvěru, ale tato bariéra byla v průběhu návštěv překonána. Získání respondentů bylo z výše uvedených důvodů časově i finančně značně náročné, dále šetření komplikoval přístup zdravotnických zařízení, kde zmínění respondenti pracují. I přes získaná povolení od managementu oslovených pracovišť ve finále nedošlo k realizaci pořízení životních příběhů na těchto pracovištích z časových a organizačních důvodů. Příběhy byly získávány v soukromí respondentů. Nebyla ale možnost dostat se ke všem respondentům, kteří by se na pilotní studii mohli podílet a přinést další zajímavé výsledky. Pilotní studie probíhala tedy díky osobnímu kontaktu a dále prostřednictvím sociálních komunikačních sítí. Rozhovory byly s povolením respondentů nahrávány na diktafon a následně přepsány a zpracovány pomocí metody životního příběhu. Originální rozhovory bez úpravy byly přepsány a přiloženy na CD jako součást práce. V závěru vyprávění byla pozornost zaměřena na konkrétní, pro pilotní studii nejdůležitější témata z ošetrovatelské praxe, jako je oblast kontaktu s pacienty, subjektivní postoj k vlastní schopnosti komunikovat jako velmi důležitá oblast pilotní studie a zejména respondenti se zdravotním znevýhodněním zaměřili svoji pozornost na problematické ošetrovatelské výkony, které jim činí větší či menší potíže v souvislosti s jejich znevýhodněním. Na základě rozhovorů s respondenty byla vytvořena ještě kategorie kontaktu s kolegy na pracovišti.



Schéma 1 Grafické znázornění pilotní studie (1. výzkumná fáze)

**HLAVNÍ CÍL: Odkrývání jevů v komunikaci vedené mezi sestrou patřící menšinové společnosti a pacientem v rámci ošetrovatelské péče**

**Akademický cíl 1:** Zjistit potencionální problémy v komunikaci sester patřících k menšinové společnosti ve vztahu k pacientům.

**Akademický cíl 2:** Zjistit potencionální problémy v komunikaci sester patřících k menšinové společnosti ve vztahu k lékařům.

**V1:** Jaké problémy provází sestry patřící k menšinové společnosti při komunikaci v ošetrovatelské praxi?

**V2:** Jaká úskalí v komunikaci s pacientem vidí sestry patřící k menšinové společnosti?

**Výzkumná metoda**  
životní příběh

**Analýza 1. fáze výzkumu - pilotní studie**

přepis výsledků formou životních příběhů

**Vyhodnocení výsledků**  
kódování a kategorizace

**Výzkumný soubor - sestry patřící k menšinové společnosti**  
technika snow ball

**VSTUP DO 2 FÁZE VÝZKUMU - Výzkumné šetření zaměřené na lékaře, pacienty a hlavní sestru ve vztahu k sestrám patřícím k menšinové společnosti**

### 3.4 ANALÝZA ŽIVOTNÍCH PŘÍBĚHŮ

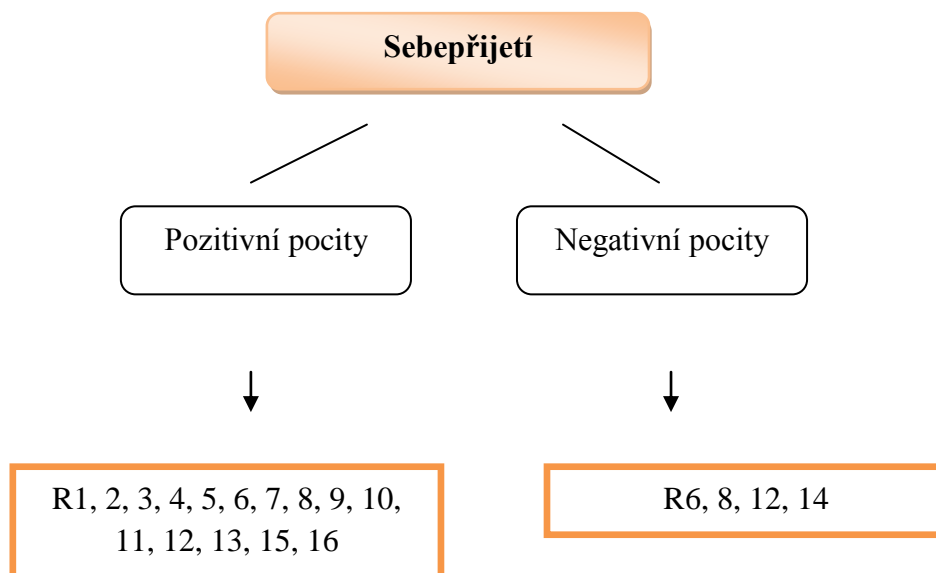
Výsledky pilotní studie byly zpracovány pomocí metody životních příběhů. Při setkání s respondenty patřícími k menšinové společnosti byly po krátkém seznámení respondenta s výzkumníkem a po představení respondenta rozebírány stěžejní životní oblasti, jako je rodina respondenta, okolnosti práce ve zdravotnictví a rozebírána byla také problematika odlišnosti z pohledu subjektivních pocitů oslovených respondentů. Pro uvedení do problematiky byla na začátku sestavena kategorie sebedpřijetí, která popisuje, jak se každý jedinec individuálně vyrovnal se svojí odlišností. Kategorie byla zařazena z důvodu toho, že otázka sebedpřijetí často zaznívala z úst respondentů při rozhovorech. Skutečnost, kdy jedinec není srovnáný sám se sebou a nežije takový život, jaký by ho uspokojoval, může přinášet negativní důsledky do ošetrovatelské praxe. I z tohoto důvodu byla tato kategorie do analýzy životních příběhů také zařazena. Dále byly zjišťovány oblasti kontaktu s kolegy na pracovišti, kontaktu s pacienty, řeč byla také o subjektivních pocitech a vlastních schopnostech komunikace ve zdravotnictví a v poslední zkoumaná oblast byla otázka problematických ošetrovatelských výkonů týkajících se určitého znevýhodnění především zdravotně postižených respondentů. Oblast sebedpřijetí a zmíněná poslední čtyři témata byla dále analyzována a kategorizována.

Tabulka 1 Identifikace respondentů v pilotní studii

| <b>Identifikace respondentů v pilotní studii</b> |                |                        |                                     |
|--|----------------|------------------------|-------------------------------------|
| <b>Respondent</b>                                | <b>Pohlaví</b> | <b>Menšina</b>         | <b>Specifikum respondenta</b>       |
| R1   | žena           | národnostní            | Ghana                               |
| R2   | žena           | národnostní            | Vietnam                             |
| R3   | žena           | národnostní            | Ukrajina                            |
| R4   | žena           | národnostní            | Romská národnost                    |
| R5   | žena           | zdravotní postižení    | Výrazná vada řeči                   |
| R6   | žena           | zdravotní postižení    | Výrazná oční vada                   |
| R7   | žena           | zdravotní postižení    | Zjizvená tvář                       |
| R8   | žena           | zdravotní postižení    | Výrazná vada sluchu                 |
| R9   | žena           | náboženská             | Katolická církev - řádová sestra    |
| R10  | žena           | náboženská             | Církev Ježíše Krista posledních dnů |
| R11  | žena           | náboženská             | Buddhismus                          |
| R12  | žena           | náboženská             | Svědék Jehovův                      |
| R13  | žena           | homosexuální orientace | Lesba                               |
| R14  | žena           | homosexuální orientace | Lesba                               |
| R15  | muž            | homosexuální orientace | Gay                                 |
| R16  | muž            | homosexuální orientace | Gay                                 |

### 3.4.1 Sebeřijetí

Schéma 2 Sebeřijetí

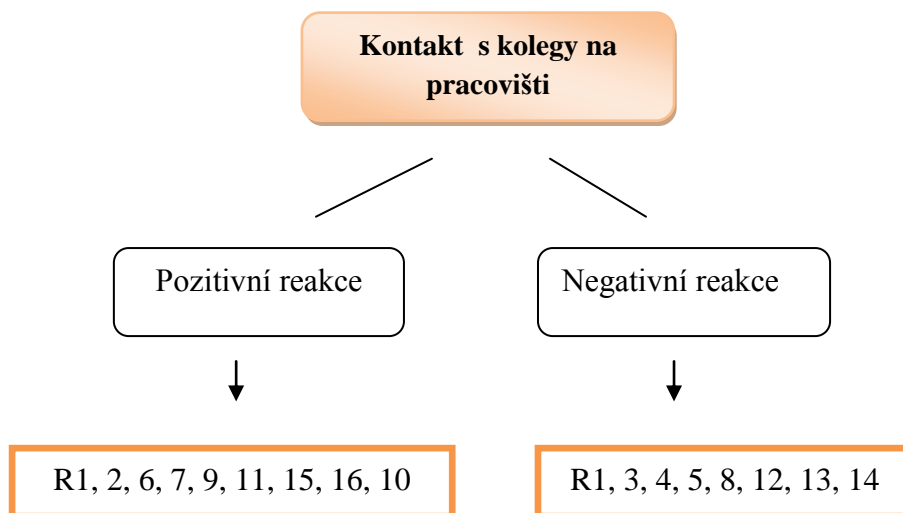


Jak vyplývá ze schématu, problémy v oblasti sebeřijetí popisují čtyři respondentky. Tři respondentky (R8, R12) mají v této oblasti spíše smíšené pocity. Samy sebe prý přijaly, ale reakce společnosti a jednotlivců z jejich okolí je často nutí o sobě a své odlišnosti přemýšlet a pochybovat. Respondentka (R8) se sluchovou vadou popsala mnoho takových skutečností, kdy jednání ze stran kolegů ji vyčerpalo a připomínalo celoživotní boj s jejím postižením. Nyní už se to snaží neřešit, ale nejde to prý tak úplně vytěsnit z hlavy. Říká: „Dvanáctihodinové směny mě ale hodně psychicky vyčerpávají už dopředu právě z toho, že mám strach, že nebudu něco slyšet. Dopředu už je to pro mne stres. Svou práci mám ale velmi ráda a kontakt s pacienty mě moc baví.“ Respondentka (R6) s výraznou oční vadou popisuje problematiku sebeřijetí také spíše pozitivně. Avšak říká, že se často v jejím životě vyskytují situace, kdy si připomene, že patří k menšinové společnosti. Popisuje to mimo jiné na interakci s pacienty. „Když se mi zrak zase "rozjede" a já mám u nich dělat nějaký výkon, je na nich vidět nejistota až obavy.

*Snažím se situaci zlehčovat a vtipkovat. Většinou se uvolní a poznají, že není problém. Ještě se mi nestalo, že by mě někdo odmítl a nechtěl se nechat ošetřit. Často třeba hledají, zda v místnosti není ještě někdo, na koho bych mohla mluvit, jelikož můj pohled nemíří přímo na ně. A když na někoho nebo na něco třeba ukážu, tak ukážu taky špatně. Tak jsem se naučila vše vysvětlit a popsat. Ale větší problém s tím nemají."* Také respondentka (R12) má v oblasti sebepřijetí smíšené pocity. Sama sebe má ráda, je pyšná na to, co dělá, ale je trochu zmatená a smutná ze svého okolí. To jí prý nutí zamýšlet se nad tím, kde je pravda. Jestli v ní, nebo v okolí. Toto téma nechce dále rozšiřovat do hloubky. „*Cítím totiž, že mnoho lidí mi nerozumí a já nerozumím jim. Jsem jiná a já to nechci řešit.*“ Pro tyto smíšené pocity byly respondentky (R6,8, 12) zařazené jak do oblasti pozitivních tak negativních pocitů v problematice sebepřijetí. Pouze jedna respondentka (R14) popisovala pouze negativní pocity. Se svojí homosexuální orientací není smířena, popírá jí, snaží se bránit a jednat tak, jak by to bylo přirozené. Sama respondentka (R14) tvrdí: „*Se svojí sexuální orientací jsem se dosud nějak nesmířila. Nechápu, proč se to musela stát a snažila jsem se tomu řadu let čelit. Žila jsem s muži, ale vedlo to akorát ke krachu vztahu a k mým depresím. Nyní jsem sama. Nikdo to o mě neví. Jevím se spíš jako podivínka a samotářka. Ale já bych se chtěla smát a bavit se. Ale mám před sebou ještě asi kus cesty a bůh ví, jestli to vůbec někdy zvládnou překonat sama v sobě.*“ Ostatní respondenti nemají problém se sebepřijetím. Popisují pouze občas problém, který vychází z okolí, často z rodiny. Oni sami ale potíže nemají, jsou vyrovnaní se vším tak, jak to momentálně v jejich životě je.

### 3.4.2 Kontakt s kolegy na pracovišti

Schéma 3 Kontakt s kolegy na pracovišti



Sestry cizí národnost potvrzují, že dochází ke komunikačním šumům, které pramení z jejich jazykové bariéry a nepochopení některých slov a skutečností při spolupráci s kolegy na pracovišti. Někteří spolupracovníci to vidí jako negativum, ze kterého plynou potencionální problémy a chyby v ošetrovatelské praxi, které sestry patřící k menšinové společnosti vykonávají. Potvrzuje to respondentka (R4), která má negativní zkušenosti se svými kolegy. Tyto zkušenosti s negativním postojem ze strany kolegů k respondentce (R4) poukazují na malou toleranci menšinových skupin ve společnosti. Respondentka (R4) popisovala velmi nepříjemné a časté výroky spolupracovníků na její osobu: „*Slyšela jsem, jak si na sesterně špitají něco o cikánce.*“ Komunikační bariéry plynoucí z jiného mateřského jazyka než je český, přiznává i respondentka (R1): „*I po těch letech co tu jsem se mi stává, že některým hovorovým výrazům nerozumím.*“ Jinak ale tvrdí, že má výborný kolektiv, díky kterému je schopna se efektivně zapojit do zdravotnického týmu. Ne vždy tomu ale tak prý bylo. „*Dříve jsem pracovala na chirurgii a tam mě kolektiv vůbec nepřijal. Musela jsem odejít. Padala tam slova jako negr a podobné hanlivé urážky.*“ Nyní má ale velmi přátelský kolektiv, ve kterém se jí pracuje dobře. Stejně pocitu popisuje i respondentka (R3)

z Ukrajiny. Má dobré kolektivní zázemí v zaměstnání, přiznává však určité komunikační bariéry, které působí občasné překážky v komunikaci. Respondentka (R2) z Vietnamu nevnímá žádné napětí v kolektivu, ve kterém pracuje. Rozhovory pokračovaly setkáním s respondentkami se zdravotním postižením.

Respondentky (R5, 6, 7, 8) se zdravotním postižením mají se svými kolegy většinou nepříjemné zkušenosti. Barvitě a doslovně popisují nepříjemné výroky svých spolupracovníků, které jim nejsou příjemné, a které vycházejí z jejich postižení, za které nemohou. Respondentka (R6) s oční vadou, které se zrak rozdvouje, má více než s kolegyněmi sestrami potíže spíše s lékaři, se kterými spolupracuje. „*Největší stopu ve mě zanechal jeden lékař, který o mé oční vadě věděl. Na inspekčním pokoji jsme byli sami dva a on se mě na něco ptal. Já jsem mu odpověděla a on se zeptal, s kým mluvím. Tak jsem řekla že s ním a on mi odpověděl, že příště až s ním budu mluvit, ať se na něj dívám. A přitom to vše věděl. A i přesto si poznámku neodpustil, bez jakéhokoli humoru. V ten moment mi bylo strašně. To se mě dotklo velice.*” Respondentka (R8) popisuje neshody spíše s kolegyněmi z řad sester. Vadí jí například hlasitá hudba z rádia, která je pro ni zbytečnou a intenzivní překážkou při práci. Nemůže tak dobře vnímat okolní podněty a informace, které jsou na ní směřovány. Kolegyně, i když toto ví, nejsou schopné tuto skutečnost akceptovat a hudbu z rádia nejsou ochotné ztlumit. Zažívá také nepříjemné schválnosti, které její kolegyně dělají. Podávají jí poloviční informace, z důvodu jejich netrpělivosti. Později se těší z toho, že respondentka (R8) nezvládla nějakou situaci z důvodu toho, že k ní její kolegyně naschvál přistupovaly netaktně. „*To určitě Blanka, to zase něco neslyšela,*” hovoří respondentka (R8) slovy svých kolegyň. Se starostmi v očích vypráví své nepříjemné pocity. Kolegyně jsou kolektivně naladěné proti její osobě. „*Tohle je nejlepší způsob, jak tě zlikvidovat, pokud budeš někomu vadit,*” vyjádřila se prý jedna z kolegyň. „*Uvědomila jsem si, že má asi pravdu a dost mě to vzalo,*” vypráví respondentka (R8). Mnohem výraznější viditelné postižení má respondentka (R7), která měla ve svém dětství velmi vážný úraz a od té doby má popálenou tvář. Nikdy se ale, podle jejich slov, nesetkala s negativním či nepříjemným postojem ze strany spolupracovníků. „*Od první chvíle co jsem nastoupila do zaměstnání se ke mě všichni chovali velmi mile a přátelsky a ani vteřinu mi nikdo nedal najevo, že*

*bych byla jiná. To mě velmi posílilo,"* vypráví respondentka (R7) s popálenou tváří. Zatímco respondentky (R5, 6, 7, 8) se zdravotním postižením uvedly patrně nepříjemné situace v interakci se svými kolegy, respondentky (R9, 10, 11, 12) vyznávající určité náboženství popisují větší harmonii v pracovním kolektivu. Respondentka, (R9) která je řádovou sestrou, popisuje velmi dobré vztahy se spolupracovníky. Všichni se k sobě chovají s tolerancí a respektem. Stejně situace popisuje i respondentka (R11), která vyznává Buddhismus. Tvrdí: „*Se všemi vycházím ráda a dobře, dokonce si ke mě často přijdou pro radu. I ze života.*“ Problémy v oblasti kontaktu s kolegy popisuje respondentka (R12), která prý vždy chtěla pracovat s lidmi a pomoc druhým ji velmi naplňuje. Vypráví o své víře a o skutečnosti kontaktu se spolupracovníky. „*Mám svoje zásady a přesvědčení plynoucí z mé víry. Kolegyně mě respektují. Myslím ale že mě moc rády nemají. Snažím se jim pouze říci, jaká jsem a jaká je moje víra. Co z toho plyne za pozitiva, a že díky tomu jsem veselá a usměvavá. Nechtějí o tom ale slyšet. Žijí jiný život. Já jsem šťastná ve své komunitě mezi svými lidmi,*“ vyjádřila svůj názor respondentka (R12). Víra je pro tyto respondentky (R9, 10, 11, 12) velmi důležitá. Občas jedince ale může ovlivňovat tak, jak popsala respondentka (R10). Popsala intenzivní pocity, že kolegyně nerespektují její víru ani jí samotnou. Je to pouze její domněnka, ale je prý tak silná, že ovlivňuje její chování. Začíná být konfliktní a nervózní. Přiznává: „*Dostávám se do častých konfrontací a někdy se přistihnu, že konflikty sama vyhledávám. Jsem racionálně myslící člověk a v hloubi duše možná tuším, že jsem naštvaná, že ostatní nesdílí moji víru, nebo že nejsou ochotni to úplně tak respektovat. Nevím. Každopádně to vnáší špatnou atmosféru na pracovišti.*“

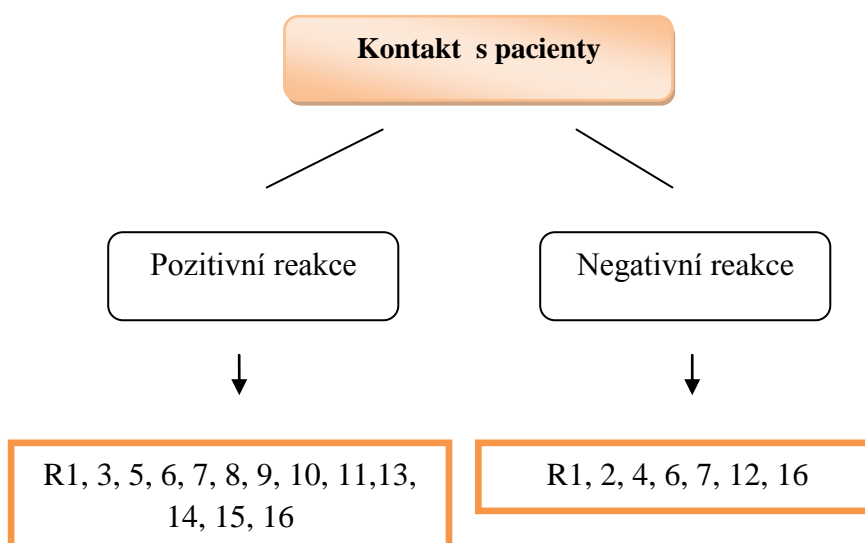
Respondenti (R13, 14, 15, 16) se k této oblasti vyjadřují spíše kladně. Respondent (R16) dokonce tvrdí, že „*všichni kolem mě ruší zaryté předsudky spousty lidí.*“ V pracovním kolektivu se mu pracuje velmi dobře. V superlativech o svých spolupracovnicích hovoří i respondent (R15), který pracuje v záchranné službě. Naopak ženy patřící do homosexuální menšiny, popisují malé potíže. Respondentka (R13) tvrdí, že měla potíže s jedním lékařem. Měl o ní zájem, a když ona nechtěla, naznal, že bude určitě homosexuálka. Aniž by bylo na respondentce cokoli nápadné. Byla to jeho vlastní domněnka, která vznikla ze zlosti, jak potvrdila respondentka (R13). Malé konflikty



v souvislosti se svojí sexuální orientací zažívá respondentka (R14), která se podle jejich slov stále nesmířila se svojí orientací. „Nechápu, proč se mi to muselo stát a snažila jsem se tomu řadu let čelit“. Respondentka (R14) přiznává, že z toho pramení její depresivní nálada, která není příliš vítána kolegyněmi.

### 3.4.3 Kontakt s pacienty

Schéma 4 Kontakt s pacienty



Kontakt s pacienty není vždy jednoduchý. Potvrzuje to pilotní studie, která přinesla tyto výsledky. Respondentka (R1) pocházející s Ghany má smíšené pocity z otázky, jak jí vnímají pacienti. Tvrdí, že někteří jí rádi mají, někteří spíše ne. Plyne to z její zjevné odlišnosti na první pohled, má černou barvu kůže. Pracuje s dětmi a jejich rodiči. S rodiči potíže většinou nemá, občas se na ní prý nedůvěřivě dívají, ale komunikaci s nimi je nakonec dobrá. „Malé děti se mě občas bojí. Jsem jiná na první pohled a oni nevědí, proč to tak je a jak reagovat. Občas mě odmítají. Nebo se mi naopak stává, že mě vyhledávají, jsem pro ně zajímavá. Chtějí si semnou hrát, sahají mi na vlasy a zkoumají mě. Je to roztomilé,“ dodala k respondentka (R1). Respondentka (R3) žádné negativní pocity z kontaktu s pacienty nepopisuje. Je spokojená sama se sebou a cítí, že pacienti ji mají rádi. Oproti tomu respondentka (R2) pocházející z

Vietnamu se o kontaktu s pacienty nechce příliš bavit. Tvrdí, že nemá ráda biologický materiál, jako jsou zvratky, stolice či moč. „*Nelíbí se mi to, nemám ráda pachy a uvědomuji si, že je to velký problém ve zdravotnictví.*“ Pacienti to podle jejich slov vnímají, proto komunikace mezi touto respondentkou (R2) a pacienty je chladný a omezený na nutné informace. Respondentka (R2) cítí, že to z její strany není v pořádku. Také většinou reakce ze strany pacientů směřují k respondentce (R4), která je romské národnosti. Je dle slov kolegů velmi pilná, milá a pracovitá. Její pacienti, které ošetřuje jsou ale velmi nevybíraví. Vysvětluje si to tak, že většinou ošetřuje pacienty, kteří mají psychiatrickou diagnózu. Jejich chování tedy omlouvá a respektuje. Její to ale nepřijemné a tvrdí: „*Při realizaci ošetrovatelského procesu zažívám diskriminaci, agresi, nadávky a vulgarismy.*“ Mrzí jí to, ale tvrdí, že vše má svůj důvod. Každý má právo na svůj názor a tyto skutečnosti se dějí pouze v rámci jejího oddělení při kontaktu s pacienty, nikoli v běžném životě.

Z výsledků pilotní studie dále vyplývá, že respondentky (R5, 6, 7, 8) se zdravotním postižením většinou s pacienty potíže nemají. Všichni je respektují a pokud dojde k nějaké nejasnosti či nedorozumění týkajícího se znevýhodnění sestry, vše se vysvětlí a spolupráce pokračuje velmi efektivně. Respondentka (R6) s poruchou zraku vypráví: „*Když se mi zrak rozjede a já mám u pacientů dělat nějaký výkon, je na nich vidět nejistota, mnohdy až větší obavy. Snažím se situaci zlehčovat a vtipkovat. Většinou se uvolní a poznají, že není problém.*“ Co je třeba v této oblasti zmínit, je edukace pacientů respondentkou (R5), která má poruchu řeči. Přiznává, že se zadržává v řeči, následně je z toho ve stresu a komunikaci tak zkracuje a urychluje. Co se týče edukace, je to problém. Respondentka (R5) si je vědoma toho, že edukace je důležitým prvkem v péči o druhé a při poskytnutí pomoci. Svoji řečovou vadu ale neovlivní. S nabývajícím zkušenostmi ve zdravotnictví se ale tento problém prý zlepšil. Respondentka (R7) s popálenou tváří popsala problém v souvislosti s ošetřováním dětských pacientů, kteří nemile reagovali na její odlišnost. S nimi ale už nepracuje, tudíž tento problém už není aktuální. Malý problém s pacienty má respondentka (R8) s nedoslýchavostí pouze v případě, když mluví velmi tiše. Žádné překážky ani negativní důsledky to ale nenesou. Souhrnně pacienty respondentky (R5, 6, 7, 8) se zdravotním postižením respektují a

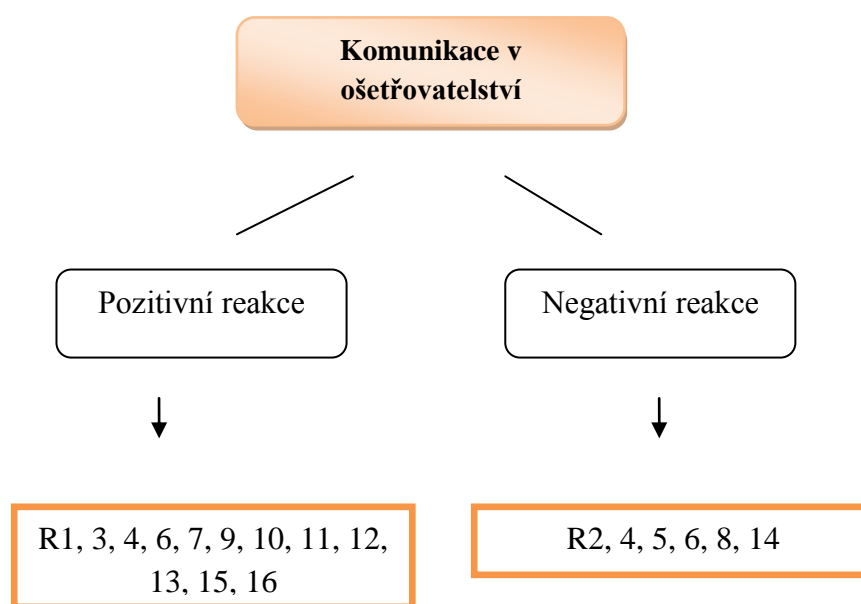
spolupracují s nimi. Podobné zkušenosti ve smyslu pozitivních zkušenostech při kontaktu s pacienty, mají i respondentky (R9, 10, 11, 12) vyznávající určité náboženství. Obecně jim jejich víra dodává kladný postoj ke všem ošetřovaným, dle jejich výpovědí. Respondentka (R9) nosí při vykonávání ošetrovatelské péče závoj, který patří k jejímu vyznání. Popisuje své myšlenky k této skutečnosti: „*Někdy si říkám, co asi pacienta napadá, když se probouzí z narkózy a vidí, jak se nad ním sklání řádová sestra.*“ Pacienti na ní prý ale reagují velmi kladně a s důvěrou. I respondentka (R11) hlásící se k Buddhismu má velmi kladný vztah s pacienty. „*Na pacienty působím možná trochu jako vrba, které sdělují své potíže, někdy i všechny. Vyslechnu je vždy a myslím, že mě mají rádi.*“ Naopak respondentka (R10), která má potíže se svými kolegy, dle výše uvedeného vyjádření v předchozím schématu, má stejné potíže i s pacienty. Podle jejich slov si je vědoma své konfliktní povahy na pracovišti, která pramení z nepochopení její víry některých přítomných lidí ve zdravotnictví. Smíšené pocity při komunikaci s pacienty má respondentka (R12), která patří ke Svědkům Jehovovým. Její vyprávění to potvrzuje. „*Co se týká pacientů, někteří poslouchají se zájmem, když vyprávím o své víře. Ale nejsem spokojena s jejich postoji. Myslím, že nenašli to štěstí, které jsem našla já ve své víře.*“ Pocity z kontaktu s pacienty tedy, jak je zřejmé z pilotní studie, u těchto respondentek (R9, 10, 11, 12) pramení z jejich vyznání.

Co se týká výpovědí dotazovaných (R13, 14, 15, 16) s odlišnou sexuální orientací než je heterosexuální, potíže udávají pouze respondenti (R15, 16) mužského pohlaví. Plyne to ze skutečnosti, že homosexualita je na nich na první pohled vidět a všímavý jedinec si pravděpodobně tohoto faktu všimne. Respondent (R15) pracující na záchranné službě popisuje emotivní příběhy ze své praxe. Potíže s pacienty, které se týkají jeho orientace jsou celkem časté. „*Lidé na to reagují. Jsou ale v šoku a často nereagují přiléhavě. Respektuji to.*“ Popisuje také nemilou skutečností, že problémy bývají tehdy, když se pacientem stává dítě. Rodiče si už na místě zásahu záchranné služby nepřejí, aby bylo jejich dítě ošetřováno homosexuálním zdravotníkem. Vyprávění tohoto respondenta (R15) je pro mnohé lidi velmi zářezující. „*Jel jsem k případu malého chlapce který byl doma a potřeboval pomoc. Záchranku zavolal jeho dědeček. Přijeli jsme tam a chlapce bylo nutné odvézt do nemocnice. Starý pán ale*

začal křičet, že jeho vnuk nepojede s buznou. Používal i jiné nadávky a ohledy rozhodně na nikoho nebral." Dále dodává. „Problémy v komunikaci plynoucí z mé sexuální orientace se občas vyskytují při kontaktu s psychiatrickým pacientem. Vše ale respektuji a nevyjadřuji se, nechám pacientovi prostor, samozřejmě v rámci možností." Totožné zkušenosti s psychiatrickými pacienty popisuje i druhý respondent (R16) muž s homosexuální orientací. I jeho postoj k této problematice se shoduje s respondentem (R15) výše zmíněným. C se týká respondentek (R13, 14) patřící k homosexuální menšině, které jsou ženského pohlaví, problémy se v této oblasti spíše nevyskytují. Plyne to nejspíš, podle slov respondentek (R13,14) ze skutečnosti, že homosexualita není na první pohled poznat.

#### 3.4.4 Komunikace v ošetřovatelství

Schéma 5 Komunikace v ošetřovatelství



Nejvíce problémů v oblasti komunikace ve zdravotnictví popsaly respondentky (R5, 6, 7, 8) se zdravotním postižením. Popisovaly vlastní pocity z jejich osobní komunikace. Skutečnosti týkající se komunikace těchto respondentek (R5, 6, 7, 8) jsou

v závislosti na jejich znevýhodnění. Respondentka (R5) s řečovou vadou se opětovně vrací k oblasti edukace u oblasti komunikace v ošetrovatelství. „*Vím, že informace a pokyny dostatečně nezopakuju a pacient se radši na nic neptá. Také ze strachu občas nevyžaduju zpětnou vazbu. Snažím se na tom pracovat,*“ shrnu, a svůj problém respondentka (R5). Respondentka (R7) uvádí obecně, že co se týká komunikace, musí si informacemi být vždy jistá. A ve zdravotnictví to prý platí dvojnásobně. Sama je při komunikaci pečlivá a pozorná. Dodává: „*Když jsem nastoupila do práce, na všechno čemu jsem nerozuměla jsem se ptala. Sice jsem si připadala jako blázen, ale lepší je se třikrát zeptat, než něco udělat špatně.*“ A tímto heslem se prý řídí v každé situaci. Stejně pocity má i respondentka (R6), která je se svým znevýhodněním smířená, nevšímá si toho a v komunikaci ji to neovlivňuje. Sama říká: „*Zvykla jsem si na to.*“ Přiznává, že jí často její znevýhodnění připomene až zvědavý, někdy i vyděšený a nechápatý pohled druhé osoby, se kterou komunikuje. Respondentka (R8) hovoří o komunikaci ve zdravotnictví velmi obsáhle. „*Největší problém v komunikaci mezi zdravotníky podle mně způsobuje jejich přetíženost, obsáhlá dokumentace, neustálá stres, strach z bych (obzvláště na odděleních, kde se chyby vysloveně hledají) a zřejmý nesoulad v kolektivu. Také se připojuje neochota vžít se do role pacienta, představit si sama sebe na jeho místě. Na vině je ale i „záměrný? nedostatek sester, kdy delší komunikace s pacienty nabourá harmonogram práce a sestry pak nestíhají „dělat papíry“.* Sama dodává, že z vlastní komunikace má pocity dobré. Snaží se, aby byla efektivní a vše splnilo svůj úkol. Aby si z komunikaci všichni zúčastnění odnesli to, co bylo třeba. Také ale dodává, že často i přes její snaživost, zmaří výsledek buď někdo jiný okolo, nebo její postižení. Neslyší například velmi tiché tóny. I komunikace v místnosti, kde je větší počet lidí, je pro ni náročná, někdy až nemožná.

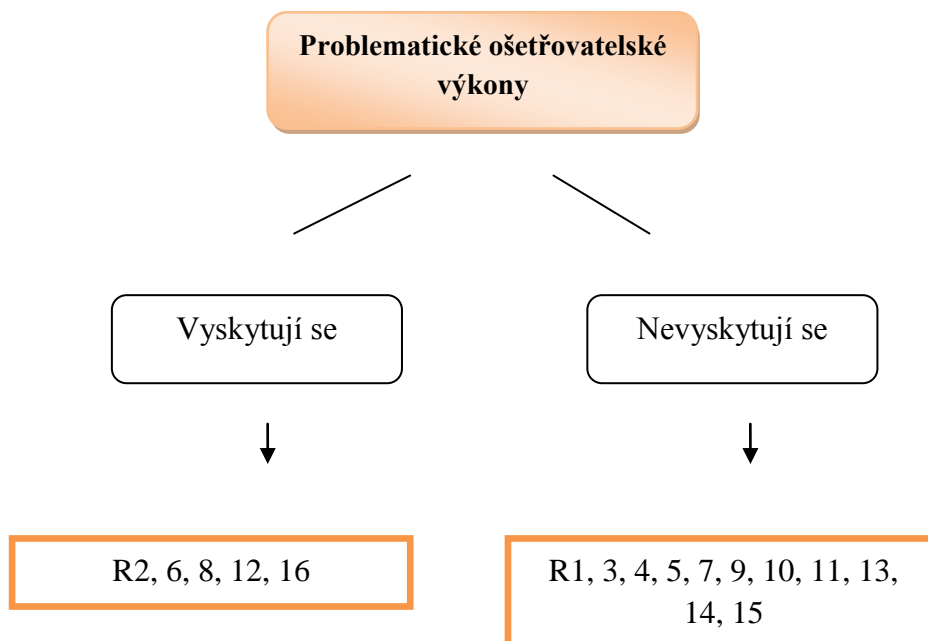
Respondenti (R13, 14, 15, 16) s homosexuální orientací svoji komunikaci popisují kladně. Tři respondenti (R13, 15, 16) se jednohlasně shodují, že osobní subjektivní pocity z vlastní komunikace jsou kladné. Občas se vyskytnou určitá nedorozumění, ale to už tak prý ve společnostech bývá. V názoru se lišila respondentka (R13), která si svoji komunikací není tak úplně jistá. Vše prý plyne z toho, že se dosud nesmířila se svojí orientací. Bývá často depresivní a je velmi uzavřená. Snaží se s tím

bojovat, ale konstatuje, že se to bohužel odráží i v komunikaci s druhými lidmi. Sama doslova říká: „*Takže u sebe problém v komunikaci asi nejspíš vidím. Bohužel to musím přiznat.*“ I respondentka (R10) zažívá stejné pocity. Plyne to prý z toho, že má pocit neporozumění ze strany druhých lidí. „*Dostávám se do častých konfrontací a někdy se přistihnu, že konflikty sama vyhledávám.*“ Ještě dodává: „*Možná přestanu být sestrou. Budu se naplno věnovat své církvi a budu šťastná.*“ Podobně je na tom i respondentka (R12), která patří ke Svědkům Jehovovým. Oproti tomu na druhé straně respondentka (R11) hlásící se k buddhismu a respondentka (R9) z řad řádových sester se cítí velmi stabilně a vyrovnaně. Jsou přesvědčené, že komunikují efektivně a mají z toho radost.

Tyto pocity potvrzuje i respondentka (R1) patřící do národnostní menšiny. Komunikuje velmi ráda, má ráda český jazyk a ve zdravotnictví je prý komunikace nezbytná. Složitější situaci popisovala respondentka (R4) romské národnosti, která musí neustále čelit předsudkům. Ztrpčuje to spolupráci a odráží se to v komunikaci. Respondentky (R2, 3) patřící také k národnostní menšině se k vlastní schopnosti komunikace vyjadřují neutrálně. „*Komunikuji ráda, nemám s tím problém,*“ dodala na závěr rozhovoru respondentka (R2).

### 3.4.5 Problematické ošetrovateľské výkony

Schéma 6 Problematické ošetrovateľské výkony



Oblasť konkrétnych ošetrovateľských výkonů přinesla tyto výsledky. Pozornosť bude venovaná predovšetkým respondentům (R2, 6, 8, 10, 12, 16), u ktorých sa problematické ošetrovateľské výkony vyskytujú.

Problémy s odběrem biologického materiálu a s jeho manipuláci má respondentka (R2), ktorá je Vietnamské národnosti. „Nesnesu stolici, zvratky, moč, krev, sputum a tak ďalej. Už jen na pohled mi to nedělá dobře. Nelíbí se mi to, nemám ráda pachy a uvědomuji si, že je to velký problém ve zdravotnictví.“ Tvrdí, že zatím se to snaží zvládat, ale časem nejspíš změní zaměstnání, odejde ze zdravotnictví. Do nelehkých situáci se dostává i respondentka (R6), ktorá má vrozenou očnú vadu. Vše se prý ale dá zvládnuť a odhodlane tiež dodáva, že na dĺžku síce moc dobre nevidí, a dodáva: „Na blízko ale zaostřit dokážu, když natahuji třeba inzulin.“ Vyskytujú sa ale patrne problémy spojené se zdravotním postižením respondentky (R6), ktoré môžu byť rizikom a potencionálnym problémom pri realizácii ošetrovateľského povolání.

Nepříjemné situace plynoucí ze zdravotního postižení potkávají i další respondentku (R8), která přiznává, že „*Halekání na větší vzdálenost těžko rozumím (zvuk se odráží od stěn) a mumlání do desky stolu rovněž ne.*“ Z toho následně plynou nedorozuměním která vznikají při nutnosti spolupráce ošetrovatelského týmu. Sama respondentka (R8) tvrdí, že pokud nezvládne splnit nějaký úkol či ošetrovatelský výkon tak, jak bylo potřeba, není to z jejího nevědomí či omezení. Plyne to ze špatně vedené komunikace spolupracovníků s ní. V oblasti, kterou se zabývá toto schéma, spatřuje problém i respondentka (R12), která odmítá jakoukoli práci, dokonce i rozhovor týkající se problematiky krevních transfúzí a transplantací orgánů. Sama otevřeně přiznává: „*Jistě víte, že například transfúze krve je pro mě tabu. Nechci to dále rozebírat. Tak to je a tak to zůstane a ráda bych, aby to všichni respektovali.*“ Respekt si zaslouží každý jedinec, avšak je nutné myslet na to, jaké důsledky plynou z těchto skutečností. Některé výše popsané situace ovlivňují ošetrovatelskou profesi více, některé méně. Respondent (R16) s homosexuální orientací je jasný příkladem toho, že člověk může mít nějaké vnitřní překážky, se kterými se potýká, avšak do jeho povolání a kontaktu s lidmi se nepromítá. Zmíněný respondent například vypráví o tom, že jsou mu nepříjemné situace, kdy musí ošetřovat mladé mužské pacienty. Více pak tehdy, když je třeba spolupracovat s nimi v intimnějších situacích, jako je například hygiena těchto pacientů. Ostatní dotazovaní respondenti (R1, 3, 4, 5, 7, 9, 10, 11, 13, 14, 15) nepopisují žádné problematické výkony plynoucí z jejich odlišnosti.



### 3.5 SHRUTÍ PILOTNÍ STUDIE

Z výsledků pilotní studie vyplývá, že v praxi existují určité problematické skutečnosti, které souvisí se sestrami patřícími k menšinové společnosti. Úvodem této kapitoly byla pozornost zaměřena na oblast sebepřijetí z hlediska samotných respondentů. Dále byla pozornost zaměřena na kontakt těchto sester s kolegy na pracovišti. V této oblasti sestry podrobně vyprávěly o svých zkušenostech a odkryly mnohdy i nepříjemné skutečnosti, které zažívají na pracovišti s kolegy, a jenž se přenáší do ošetrovatelské praxe a to v podobě tenze na pracovišti a možných potencionálních chyb v péči o nemocné. Dále byla analyzována oblast interakce těchto sester s pacienty. I tato oblast odkryla některé problémové skutečnosti v praxi, nad který je třeba se zamýšlet. Tato vzájemná interakce mezi menšinovými sestrami a jejich pacienty nenese alarmující a negativní dopady do ošetrovatelské praxe. Zdůrazněny byly především situace, které plynou z odlišnosti jednotlivých sester, a které jak sestry samy říkají neohrožují pacienta, je ani samotný ošetrovatelský proces. Následující schéma se zabývalo komunikací v ošetrovatelství jako jednou z nejdůležitějších složek při péči o nemocné. Z výsledku vyplývá, že sestry nevnímají ze své strany negativní prvky komunikace. Skutečností jsou některé problémové situace spojené s komunikací, které plynou z odlišností sester. Závěrem bylo také zkoumáno, zda se vyskytují nějaké problematické ošetrovatelské výkony v úzké souvislosti s tím, čím jsou sestry odlišné od většinové společnosti. Několik takových situací zdůrazněno bylo, problematické výkony související s odlišností sester se v praxi vyskytují. Všechny tyto závěry pomohly odkrýt spoustu dalších oblastí a otázek, které je třeba dále rozvíjet a hledat další souvislosti. Z toho důvodu na pilotní studii navazovalo rozšiřující výzkumné šetření zaměřené na komunikaci mezi sestrou patřící k menšinové společnosti s lékaři a pacienty, kteří jsou popřípadě byly v delším kontaktu s těmito sestrami. Důraz byl kladen na zkoumání jevů, které v pilotní studii odkryly nejvíce problematické oblasti v komunikaci. Výzkumné šetření bylo také rozšířeno o názor hlavní sestry nemocnice jako managementu nemocnice.

## **4 METODIKA II. FÁZE**

### **4.1 METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ**

První část výzkumu diplomové práce byla zaměřená na pilotní studii, která otevřela oblasti zkoumání ve druhé fázi, do výzkumného šetření. Výzkumné šetření probíhalo ve třech rovinách, se třemi skupinami respondentů. Pro sběr dat bylo použito kvalitativní výzkumné šetření a jako hlavní metoda celého výzkumného šetření byl polostrukturovaný rozhovor. Rozhovory byly se souhlasem respondentů nahrávány a později přepisovány. Výzkum byl realizován v ČR. Po zpracování pilotní studie byly zřejmé určité oblasti, které bylo nutné dále a hlouběji prozkoumat. Důraz byl kladen na názory lékařů pracujících se sestrami patřícími k menšinové společnosti, také na pacienty ošetřované zmíněnými sestrami a k širšímu pohledu na problematiku byla oslovena hlavní sestra nemocnice, která zná sestry hlásící se do zaměstnání a odhaluje jejich povahové vlastnosti, jejich přednosti, ale také potencionální problémy v souvislosti k jejich příslušnosti k menšinové společnosti. Hlavní sestra doplnila výzkumné šetření o názor z řady managementu nemocnice pomocí polostrukturovaného rozhovoru.

### **4.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU**

Výzkumný soubor by vybrán cíleně a to na základě zkušenosti lékařů a pacientů se sestrami, které vyprávěly své příběhy v pilotní studii a pomohly k získání respondentů k realizaci výzkumného šetření. Výzkumné šetření probíhalo od ledna do dubna 2015. Výzkumné šetření probíhalo se šesti lékaři, z toho byly vybráni tři muži a tři ženy s klinickou praxí minimálně 5 let a věku od 32 let do 58 let, kteří pracují se sestrami patřícími k menšinové společnosti. Rozhovory byly realizovány osobně mimo zdravotnická zařízení a se souhlasem respondentů byly nahrávány. Z pilotní studie vyplynulo také řadu otázek týkajících se interakce sestry patřící k menšinové společnosti a pacientů. Z tohoto důvodu byla pozornost věnována výzkumnému šetření s pacienty. Byly realizovány rozhovory, které probíhaly osobně mimo nemocniční zařízení s lidmi, kteří byly za své hospitalizace ošetřováni sestrou patřící k menšinové

společnosti Výzkumný soubor tvořilo 6 pacientů, kteří byli ve svém životě hospitalizováni a ošetřováni sestrou patřící k menšinové společnosti. Respondenti byli ve věku 23 let, 26 let, 42, let, 50 let, 54 let a 69 let. Skupinu tvořily tři ženy a tři muži. Rozhovory s nimi byly prováděny již po propuštění v domácím prostředí. Dále pro doplnění byla oslovena hlavní sestra, která výzkumné šetření obohatila o svůj názor, postoj, zkušenosti a skutečnost při kontaktu s těmito sestrami. Z důvodu přehlednosti, byla sestavena Tabulka č.2 Identifikace respondentů, která je umístěna v úvodu kapitoly 4.4.

### **4.3 REALIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ**

Výzkumné šetření probíhalo pomocí rozhovoru, přičemž rozhovory byly realizovány osobně mimo zdravotnická zařízení a se souhlasem respondentů byly rozhovory jak s lékaři, tak s pacienty nahrávány, kategorizovány a vybrané oblasti plynoucí z pilotní studie s nutností dalšího prozkoumání pak byly zpracovány do tištěné podoby. Rozhovor s hlavní sestrou byl přepisován na papír. Co se týká lékařů jako respondentů, byl zkoumán především názor na problematiku týkající se sester patřících k menšinové společnosti vyskytujících se v ošetrovatelství, dále byla pomocí rozhovorů pozornost věnována samotné spolupráci a subjektivních pocitů z kontaktu lékařů s těmito sestrami. Oblasti, které byly zkoumány u pacientů také vycházely z pilotní studie. Rozhovory byly zaměřeny na zkušenosti pacientů se sestrami patřícími k menšinové společnosti a dále byl zjišťován názor postoj pacientů na tyto sestry. Jako poslední byla oslovena hlavní sestra nemocnice, která je v kontaktu se všemi sestrami, popřípadě řeší problémy, které se nevyřeší v rámci týmu na pracovišti. Byla dotazována na její postoj k přítomnosti těchto sester v praxi, dále na potenciaální problémy, které mohou nastat a na přínos těchto sester v kolektivu na pracovišti. Výzkumné šetření bylo náročné na spolupráci především s lékaři. Často nechtěli odpovídat nebo dlouze přemýšleli a i několikrát svoje odpovědi měnili. Pacienti i hlavní sestra byli velmi vstřícní a záměr výzkumného šetření uvítali.

Schéma 7 Grafické znázornění výzkumného šetření (2. výzkumná fáze)

**CÍL: Odkrývání jevů v komunikaci vedené mezi sestrou patřící menšinové společnosti a pacientem v rámci ošetrovatelské péče**

**Akademický cíl 1:** Zjistit potencionální problémy v komunikaci sester patřících k menšinové společnosti ve vztahu k pacientům.

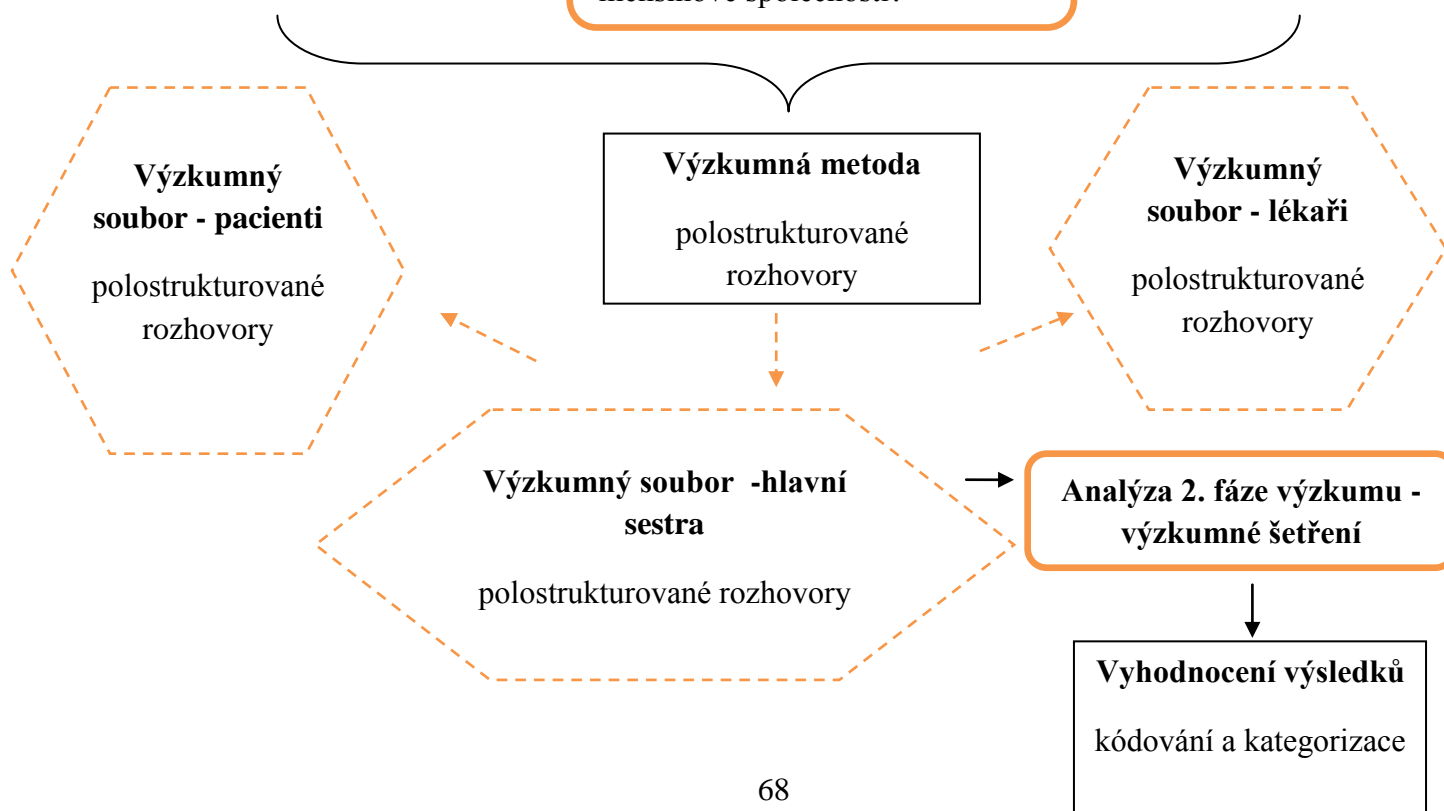
**Akademický cíl 3:** Zjistit, jak hodnotí hlavní sestra své podřízené patřící k menšinové společnosti.

**Akademický cíl 2:** Zjistit potencionální problémy v komunikaci sester patřících k menšinové společnosti ve vztahu k lékařům.

**V3:** Jak hodnotí hlavní sestra své podřízené patřící k menšinové společnosti?

**V5:** Jak popisují lékaři spolupráci se sestrami patřícími k menšinové společnosti?

**V4:** Jak popisují pacienti spolupráci se sestrami patřícími k menšinové společnosti?



## 4.4 ANALÝZA ROZHOVORŮ

Výzkumné šetření bylo realizováno pomocí polostrukturovaných rozhovorů, které byly u respondentů lékařů a pacientů nahrávány a přepisovány bez úpravy. Rozhovor s hlavní sestrou nahráván nebyl, byl přepisován v průběhu rozhovoru. Celé rozhovory jsou přiloženy k diplomové práci na CD. Při setkání s respondenty byly po krátkém seznámení respondenta s výzkumníkem a po představení respondenta rozebírány stěžejní oblasti důležité pro výzkumné šetření. S lékaři se rozhovory zaměřovaly především na jejich názor na problematické oblasti týkající se sester patřících k menšinové společnosti vyskytujících se v ošetrovatelství, dále byla pomocí rozhovorů pozornost věnována samotné spolupráci a subjektivních pocitů z kontaktu lékařů s těmito sestrami. Z rozhovorů vyplývá, že někteří lékaři nemají zájem o tyto sestry v praxi. Podle jejich názoru existuje možnost pochybení a zbytečných potíží souvisejících se znevýhodněním sester. Řeč byla nejvíce o sestrách se zdravotním znevýhodněním. Někteří lékaři jsou ale se všemi sestrami spokojeni, bez ohledu na jejich vyznání, barvu kůže, zdravotní znevýhodnění apod. Pacienti byli do výzkumného šetření zařazeni především proto, jelikož jsou také přítomni při realizaci ošetrovatelského procesu a mnoho skutečností co se dějí okolo se jich bezprostředně týká. Také sestry, které se zúčastnily pilotní studie vyprávěly o přístupu k pacientům, o jejich obavách a problémech plynoucích z jejich odlišnosti. A proto oblasti pro pacienty, které byly sestavené v návaznosti na pilotní studii, byly zaměřeny na zkušenosti pacientů se sestrami patřícími k menšinové společnosti a dále byl zjišťován názor postoj pacientů na tyto sestry. Hlavní sestra, která byl oslovena také v rámci výzkumného šetření, povídala o svých zkušenostech se sestrami patřícími k menšinové společnosti. Zdůraznila také některé problémy, které se v tomto kontextu vyskytují a odpovídala také na dotaz, jaký má názor a postoj k těmto sestram přítomným v praxi. Výzkumné šetření bylo časově náročné, respondenti byly ale většinou ochotní se zájmem zapojit se.

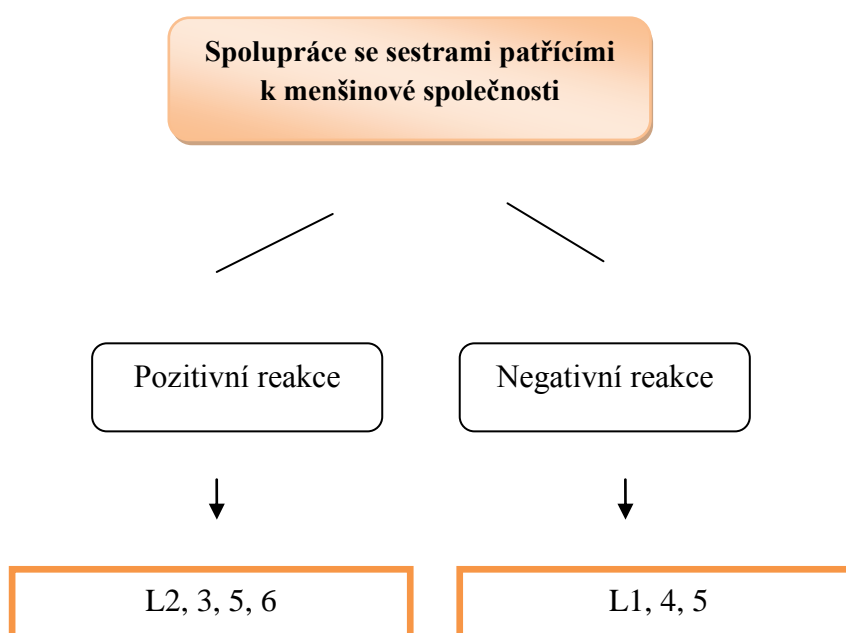
Tabulka 2 Identifikace respondentů pacientů, lékařů a hlavní sestry ve výzkumném šetření

| Identifikace respondentů pacientů, lékařů a hlavní sestry |         |        |  |
|---|---------|--------|--|
| respondent  | pohlaví | věk    | specifikum respondenta   |
| P1  | žena    | 23 let | zkušenost se sestrou s cizí národností   |
| P2  | žena    | 69 let | zkušenost s řádovou sestrou, se sestrou se zdravotním postižením, se sestrou s cizí národností |
| P3  | žena    | 42 let | zkušenost se sestrou s cizí národností   |
| P4  | muž     | 50 let | zkušenost se sestrou s cizí národností   |
| P5  | muž     | 54 let | zkušenost se sestrou se zdravotním postižením  |
| P6  | muž     | 26 let | zkušenost se sestrou s homosexuální orientací, se sestrou s cizí národností                    |
| L1  | žena    | 43 let | délka praxe 16 let   |
| L2  | žena    | 32 let | délka praxe 5let   |
| L3  | žena    | 39 let | délka praxe 12 let   |
| L4  | muž     | 58 let | délka praxe 31 let   |
| L5  | muž     | 53 let | délka praxe 26 let   |
| L6  | muž     | 43 let | délka praxe 16 let   |
| H1  | žena    | 35 let | součást managementu nemocnice  |

## 4.5 KATEGORIE LÉKAŘŮ

### 4.5.1 Spolupráce se sestrami patřícími k menšinové společnosti

Schéma 7 Spolupráce se sestrami patřícími k menšinové společnosti



Sestry patřící k menšinové společnosti jsou v neustálé interakci s pacientem, s prostředím ale i s lékařem a s ostatními členy zdravotnického týmu na pracovišti. Komunikace není vždy jednoduchá a často se vyskytují různé problémy. Jak plyne ze schématu, lékaři ne vždy popisují spolupráci s těmito sestrami pozitivně. Lékařka (L1), která je ve své praxi 16 let tvrdí, že s těmito sestrami se jí pracuje špatně. „*Nemám ráda prodlevy, zbytečné čekání a váhání. A sestry, které mají nějaké postižení reagovat rychle neumí. Myslím, že by měly pracovat jinde a ne ve zdravotnictví. Ony samy potřebují zdravotnickou péči. Zdržují sebe i mě od práce.*“ Z rozhovoru jasně vyplynulo, že tato lékařka (L1) s těmito sestrami trpělivost nemá a nemá zájem svůj postoj a názor měnit. Podobný názor sdílí i lékař (L4), který je v denním kontaktu také se sestrou se zdravotním znevýhodněním. Tvrdí, že často značně selhávají povinné a pravidelné lékařské prohlídky pro personál a na pracovišti se pak objevují sestry, které tam nepatří.

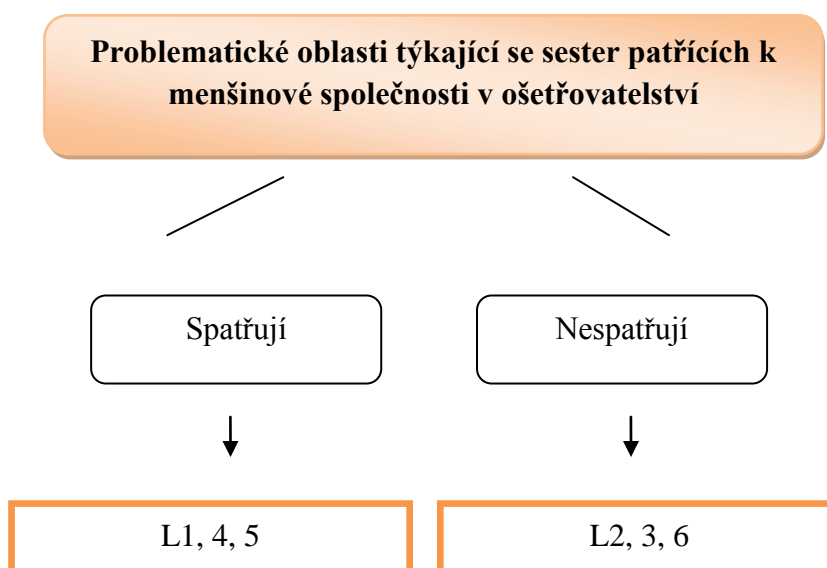
*Tvrdí: „Tyto sestry tu nemají co dělat. Jsou handicapované a ve zdravotnictví se nemají pohybovat. Alespoň ne v roli toho, kdo ošetřuje. Jsou to spíše pacienti,“ a striktně si zastává svůj názor bez snahy zamyslet se nad skutečností a vidět jí i z jiné stránky. Ne tak přísné a rozhodné negativismy uvádí lékař (L5), který též spolupracuje se sestrou s významnou zdravotní odlišností a také se sestrou, která je jiné národnosti než české. Tvrdí, že občas se vyskytují malé potíže, které plynou ze zdravotního postižení sestry. Říká, že: ...jsou to taky lidi. I když občas do pracovního procesu vnáší chaos, zmatek a chyby, jinak je to šikovná holka a nevidím důvod, proč by měla kvůli svému handicapu být doma jako mrzák.“ K této problematice ještě dodává: „Má ale štěstí, že pracuje u mě. V jiné ordinaci či v nemocnici by to asi měla těžké a myslím, že asi skoro nemožné.“ Oslovený lékař tedy zastává pozitivní i negativní postoje na danou problematiku. Tvrdí, že tyto sestry mají rozhodně dostat šanci realizovat se v ošetřovatelství, ale je nutné zvážit okolnosti a přizpůsobit jejich odlišnosti i druh oddělení, skladbu práce a pacientů apod. Ostatní respondenti (L2, 3, 6) mají kladný vztah k sestrám patřícím k menšinové společnosti. Lékařka (L2) pracující se sestrou, která pochází z cizí země a se sestrou s viditelným zdravotním postižením vypráví, že tyto sestry jsou velmi šikovné. „Nezáleží přece na tom, jak sestra vypadá, odkud pochází nebo jestli kulhá a podobně. Myslím, že v naší profesi jsou důležité jiné věci. A tyto mé kolegyně jsou velmi vzdělané, empatické a přinášejí do praxe kvalitně odvedenou práci. Obdivuju je. Nikdy jsem je neslyšely si postěžovat,“ popisuje lékařka (L2) svoji spolupráci a postoj k těmto sestrám. Stejně jako tato respondentka (L2), mají zkušenosti se sestrou cizí národnosti i lékaři (L3, 6), kteří tyto sestry velmi chválí. Lékařka (L3) s dvanáctiletou medicínskou praxí dokonce uvádí, že: „Tyto sestry jsou, dle mého názoru, daleko vnímavější než ostatní jejich kolegyně. Mám tu čest spolupracovat se sestrou ze Spojených států a je to velmi obohacující. Pochází z cizí země kde vystudovala vysokou školu. Život tam je jiný a tato sestra obohacuje náš celý tým, pacienty i práci o své bohaté zkušenosti a zážitky a to celé s velkou skromností. Podobně jako její kolega, který je homosexuál, pochází z Rakouska a i on je velmi vzdělaný zdravotnický pracovník.“ Mimo skutečnost, že tyto sestry mají zkušenosti s jiným stylem vzdělávání, tato lékařka (L3) ještě dodává, že v životě zažili těžké*



chvíle. Museli se učit něčemu novému a ani to pro ně nebylo jednoduché. Ale velmi je to zocelilo a dokážou racionálněji řešit vzniklé situace, než jejich mnozí kolegové. Spolupráci s těmito sestrami si velmi chválí. Lékař (L6) spolupracující se sestrou s odlišnou národností ještě k problematice dodává: „Tyto sestry jsou velmi šikovné. Zním jich více a všechny mají můj obdiv.“

#### 4.5.2 Problematické oblasti týkající se sester patřících k menšinové společnosti v ošetrovatelství

Schéma 8 Problematické oblasti týkající se sester patřících k menšinové společnosti v ošetrovatelství



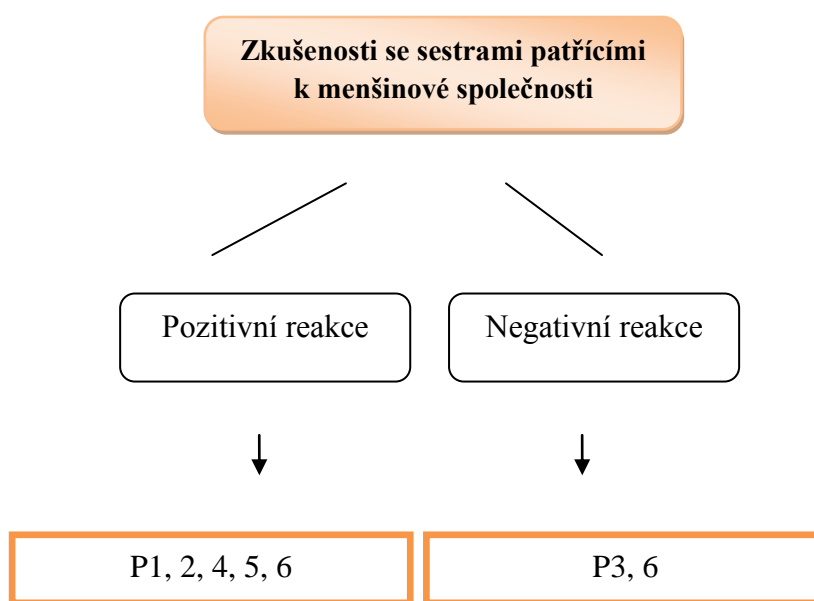
Respondentka (L1) zastává striktní názor, že sestry se zdravotním znevýhodněním nebo nějakou odlišností na klinickém pracovišti být nemají. Hovoří ze své mnohaleté praxe a vypráví o sestře, se kterou pracuje na svém oddělení. „Tato sestra má zdravotní znevýhodnění, často dělá chyby, zdržuje provoz, protože je pomalá, nejistá a vše si neustále kontroluje i několikrát. Práce s ní nemá spád. A pokud je nějaký

*větší stres či vypjatá akutní situace, o tom už vůbec nemluví. To nezvládá."* Popisuje s negativismem tuto problematiku respondentka (L1) a v názoru se shoduje i s kolegou lékařem (L4), který také tvrdí, že tyto sestry by měly hledat jiné ne tak zodpovědné zaměstnání. *„Často špatně vidí a slyší a to tu nepotřebujeme,"* dodává respondent (L4), který má zkušenosti také se sestrou se zdravotním znevýhodněním. Respondent (L5), který má zkušenosti také se sestrou, která je zdravotně znevýhodněná a dále se sestrou s homosexuální orientací tvrdí, že jsou i tyto sestry šikovné ale otevřeně přiznává: *„Moje sestřička, která u mě pracuje je pomalá, zmatkuje a chaos, který často způsobuje přivolává potencionální chyby."* Dodává také, že tuto sestru obdivuje, má jí rád, ale občasné potíže plynoucí z jejího znevýhodnění spatřuje. Oproti těmto respondentům (L1, 4, 5), kteří popisují určité problémy s těmito sestrami v praxi, ostatní tři respondenti (L2, 3, 6) žádné potíže nespatřují, naopak tyto sestry obdivují. Všichni tito respondenti (L2, 3, 6) mají zkušenosti se sestrou pocházející z cizí země a tvrdí, že jsou to profesionálky. *„Tyto sestry pracují velmi kvalitně, jsou empatické a přínosné pro české zdravotnictví. Osobně se za ně kdykoli postavím."* Vypráví respondent (L6), který je lékařem 16 let. Respondentka (L3) ještě dodává: *„Každý občas nemáme svůj den. Jsme jenom lidé. Ale rozhodně nic, co se děje kolem mě nemá souvislost s tím, odkud kdo pochází, jak vypadá, zda navštěvuje lékaře častěji nebo vůbec a podobně. Tyto sestry jsou velmi kvalitní, alespoň z mých zkušeností."* Uzavřeli respondenti (L2, 3, 6) se samými superlativy spolupráci se sestrami patřícími k menšinové společnosti.

## 4.6 KATEGORIE PACIENTŮ

### 4.6.1 Zkušenosti se sestrami patřícími k menšinové společnosti

Schéma 9 Zkušenosti se sestrami patřícími k menšinové společnosti

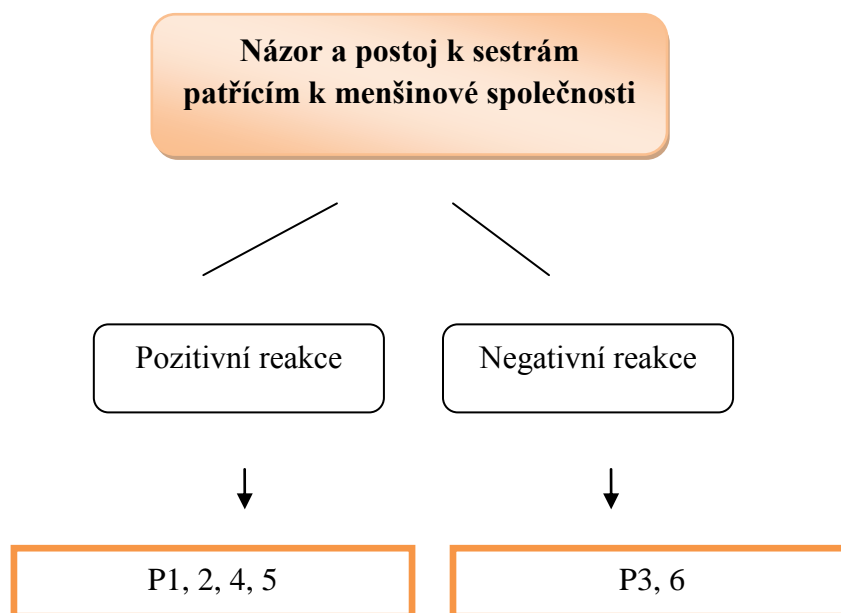


Pacienti, kteří jsou ošetřováni sestrou patřící k menšinové společnosti mají až na dva respondenty (P3, 6) kladné zkušenosti s komunikací a přístupem těchto sester. Jak je zobrazeno ve schématu, čtyři respondenti (P1, 2, 4, 5) popisují pouze kladné zkušenosti s těmito sestrami, respondent (P6) byl zařazen jak do skupiny pozitivních reakcí, tak negativních. Tento respondent (P6) popisuje zkušenosti se sestrou cizí národnosti, které jsou spíše negativní. Nepřál si to více rozvádět. Neměl prý s touto sestrou žádné potíže, pracovala podle jeho slov dobře. Respondent se ale rozpovídal o tom, že by si nepřál být ošetřován od sestry muže, který bude viditelně homosexuál. Je to pro něj prý nepříjemná představa, ale s takovou situací se zatím nesešel. Respondentka (P1), která se setkala se sestrou z Afriky má na ní velmi dobré vzpomínky. Říká: „Zpočátku jsem se trochu bála, ale sestra byla velmi milá a česky uměla dobře.“ Podobné zkušenosti popisoval i respondent (P2), který má zkušenosti se

sestrou z Ukrajiny, z Afriky a se sestrou z výraznou vadou sluchu. „*Jelikož hodně cestuji, několik zahraničních nemocnic jsem poznal. Mám vážně nemocné ledviny a srdce, tudíž hospitalizaci potřebuji častěji. Se sestrami cizinkami jsem se proto setkal již mockrát. I když jsem jim kolikrát nerozuměl, pečovali o mě s největší láskou a snažily se mi pobyt co nejvíce zpříjemnit. V Čechách jsem narazil na sestru z Ukrajiny, z Afriky a sestru, která byla hluchoněmá. Bylo to v Praze. Uměla odezírat ze rtů a plynule hovořit. Vážně profesionálka. Proto smekám před všemi, kteří musejí překonávat nějaké osobní překážky. I tak poskytují opravdu perfektní péči,*“ popisuje zkušenosti se sestrami z menšinové společnosti respondent (P2), který byl hospitalizován prý už mockrát. Se sestrou cizí národnosti má zkušenosti i respondent (P4), která se setkala se sestrou pocházející z Ukrajiny. Z jejího vyprávění je patrné, že její setkání s touto sestrou bylo příjemné. „*Byla velmi milá, jemná, příjemná a vzpomínám na ni v dobrém. Měla zájem o pacienty. To jsem ocenila. Nevadilo by mě, kdyby mě ošetřovala jakákoli jiná sestra cizí národnosti. Ale musí samozřejmě rozumět našemu jazyku, aby mohla hovořit s pacienty. To by mě asi znervózňovalo, kdyby neuměla dobře česky,*“ vyjádřila minimální pochybnost týkající se neznalosti českého jazyka. S tímto problémem se ale nesešla, popsala ho pouze jako potencionální obavu. Velice otevřeně hovořil o sestře se zdravotním znevýhodněním respondent (P5), který byl ošetřován sestrou s nápadným a nehezským ekzémem na rukách. „*Při prvním setkání mi byla velmi nepříjemná už jen myšlenka, že tato sestra se o mě bude starat. Ale postupně jsem změnil názor. Byla ochotná a profesionální, jako všechny ostatní sestry. A to že má ekzém, za to nemůže. Cítil jsem se sám před sebou špatně, že jsem ji soudil. Ale nevypadá to dobře na první pohled. Mnohé to odradí. Tím bych chtěl říci, že nezáleží na tom, jakou má člověk barvu pleti, jak vypadá, jaké má zvyky a tak dále, ale záleží na tom, jakou má duši,*“ dodává respondent své myšlenky a zkušenosti týkající se dané problematiky (P5). Jediným respondentem, který má se sestrami patřícími k menšinové společnosti negativní zkušenosti, je respondent (P3), který má zkušenosti se sestrou jiné národnosti než je česká. Popisuje pocity ze své první hospitalizace: „*Potkala jsem tu jednu sestru cizinku. Bylo mi to nepříjemné. Neznám to tu a jsem nejistá a ona je z cizí země. Nepůsobilo to na mě moc klidně. Nemám zájem takovou sestru potkávat.*“

#### 4.6.2 Názor a postoj k sestřám patřícím k menšinové společnosti

Schéma 10 Názor a postoj k sestřám patřícím k menšinové společnosti



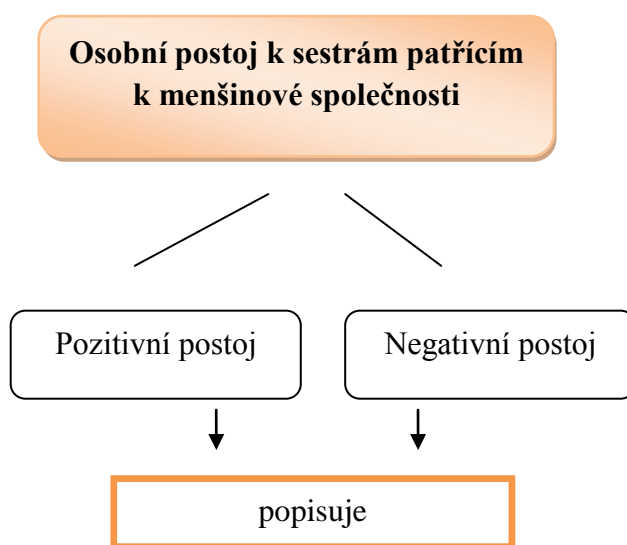
Ve výzkumném šetření byl od respondentů (P1, 2, 3, 4, 5, 6) zjišťován i názor a postoj na sestry patřící k menšinové společnosti obecně. Schéma 9 ukazuje, že zkušenosti mají respondenti spíše kladné. Pouze dva respondenti (P3, 6) jsou spíše negativně naladěni co se týká této problematiky. Mají negativní zkušenosti, nemají asi zájem se s některými sestrami patřícími k menšinové společnosti setkávat. „*Možná bych ale nechtěl, aby o mě pečoval nějaký homosexuál. To by mi bylo nepříjemné,*“ popisuje své pocity a názory respondent (P6). Stejně tak i respondent (P3), který má zkušenosti se sestrou cizí národnosti kladné, přesto mu její přítomnost není příjemná. Nemá zájem zabývat se otázkou komunikace a ošetrovatelské péče poskytovaná sestrou s určitou odlišností od většinové společnosti. Co se týká ostatních respondentů (P1, 2, 4, 5), popisují pozitivní zkušenosti a postoje k těmto sestřám. Nevadí jim představa zdravotnického personálu, který patří k menšinové společnosti. „*Sestru se zdravotním znevýhodněním jsem nezažil. Nebo možná jo, ale ani o to nevím. To by svědčilo o tom,*

že svoji práci prováděla velmi dobře a odborně. Jinak tedy nemám problém se sestrami patřícími k menšinové společnosti," dodává k této oblasti respondent (P4).

## 4.7 KATEGORIE HLAVNÍ SESTRY

### 4.7.1 Osobní postoj k sestram patřícím k menšinové společnosti

Schéma 11 Osobní postoj k sestram patřícím k menšinové společnosti



Z rozhovoru s hlavní sestrou nemocnice vyplynulo několik rozporuplných výsledků. Vypráví, že sama se setkala s několika sestrami patřícími k menšinové společnosti. „Jsou vzdělané a pro obor přínosem stejně tak, jako ostatní pracovníci," dodává. U většiny sester prý není ani poznat, že se "potýkají" s nějakou odlišností. Říká, že na nich obdivuje také jejich odvahu odhodlanost starat se o druhé i přes to, že ony samy nemají například zdravotní stav zcela v pořádku. Za sestry přicházející z cizí země je také velmi ráda. „Přinášejí do našeho zdravotnictví nové nápady, inovace a transkulturní spolupráce obohatí i celý tým, který se učí komunikovat a spolupracovat s lidmi různých charakteristik." Z rozhovoru je ale také patrné, že hlavní sestra spatřuje určitá úskalí, které sebou nese sestra patřící k menšinové společnosti do ošetrovatelské

praxe. „Občas dochází k neshodám mezi spolupracovníky, někdy také řeším stížnosti či nevůli pacientů k těmto sestram. V České republice na to někteří lidé nejsou zvyklí, že se o ně stará sestra například tmavé barvy kůže.“ Hlavní sestra také přiznává, že se nedá říci, že sestry patřící k menšinové společnosti působí na pracovišti nějaké zásadní problémy vyplývající z jejich odlišnosti. Přiznává ale, že s nimi není každý den v kontaktu a většinu problémů a neshod je vyřešeno aktuálně na pracovišti a ona se o nich ani nedozví. V závěru vše shrnula tak, že každá sestra bez výjimky musí splňovat jasná kritéria pro přijetí do zaměstnání, která jsou pro všechny sestry stejná.

#### 4.7.2 **Problematické skutečnosti plynoucí z odlišnosti sester patřících k menšinové společnosti**

Schéma 12 Problematické skutečnosti plynoucí z odlišnosti sester patřících k menšinové společnosti

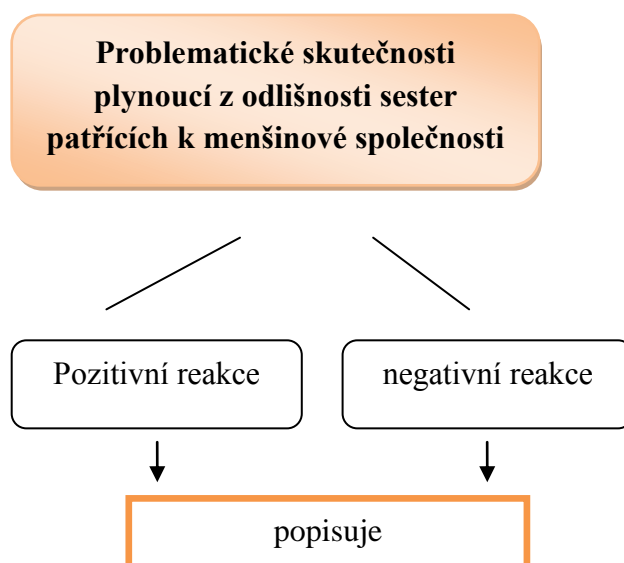


Schéma popisuje, zda hlavní sestra nemocnice spatřuje nějaké problematické oblasti, které plynou z odlišnosti sester patřících k menšinové společnosti. Je patrné, že respondentka popsala některé situace, které negativně působí při realizaci ošetrovatelského procesu. Řeč byla především o sestrách se zdravotním znevýhodnění. „Všechny sestry před nástupem do pracovního procesu u nás musí projít lékařskou

*prohlídkou od našeho závodního lékaře. Ne však každá pravdivě uvede celý svůj zdravotní stav a okolnosti s ním spojené a závodní lékař, jak jsem si vědoma, ne zcela pečlivě zhodnotí stav jako práce schopný. Často by ale některá sestra v praxi možná být neměla."* Dále také udává, že: *..tyto sestry mohou chybovat, tak jako všichni lidé. Nevím, do jaké míry se dá říci, že od nich se dá čekat více chyb, než od ostatních. "* Co se týká sester pocházejících z cizí země, není prý dle slov respondenty v ničem problém. Pokud zde pracují, umí český jazyk. Téma diskriminace, kterou mohou respondenti pilotní studie zažívat, otevřelo diskusi, ve které se hlavní sestra rozpovídala. Tvrdí, že si je vědoma například toho, že sestra romské národnosti určitě nemá lehké podmínky na pracovišti. Kvůli své národnosti zažila a zažívá nepříjemné situace, o které se starají především pacienti, se kterými pracuje. *„Tato sestra pracuje více jak na sto procent. Je si vědoma toho, že někteří se na ní dávají přes prsty a já vím, že ona se velmi snaží. Snaží se více než jiné sestry, je vzdělaná, empatická a velmi charakterní člověk,"* dodává k tématice hlavní sestra nemocnice. Co se týká spolupráce sester s lékaři, nevidí problém odlišnosti sester patřících k menšinové společnosti. *„Mnozí lékaři jsou svérázní. Často se chovají arogantně. Věřím, že umí sestrám připravit nemilé chvíle. Ale není třeba si to brát osobně. Myslím, že nerozlišují sestru z menšinové a většinové společnosti. Kdyby byl realizován výzkum také na téma komunikace sester z většinové společnosti s lékaři, byly si podobné výsledky."* Do schématu byly znázorněny pozitivní i negativní reakce z výše uvedených důvodů, kdy hlavní sestra zdůrazňuje přínos sester patřících k menšinové společnosti v praxi, ale zároveň určité problematické oblasti týkající se zmíněných sester popisuje.



## 4.8 SHRnutí VÝzkumnÉHO ŠETŘENÍ

Výzkumné šetření mělo za úkol zmapovat názory, postoje a zkušenosti lékařů, hlavní sestry a pacientů na sestry patřící k menšinové společnosti. Otázky byly kladeny především na oblast komunikace uvedených respondentů se sestrami patřícími k menšinové společnosti. Z výsledků vyplývá, že pacienti jsou spokojeni z péčí těchto sester a i přes některé počáteční obavy a nejistoty hodnotili jejich práci kladně. Dle jejich odpovědí se s těmito sestrami setkávají i opakovaně a problémy týkající se ošetrovatelské péče a komunikace nepopisují. Hovoří o vlastních pocitech, které byly při prvním kontaktu mnohdy rozpačité až nepříjemné, což bylo později přístupem a profesionalitou sester odbouráno. Co se týká lékařů, odpovědi byly rozporuplné. Někteří lékaři oceňují práci těchto sester, jiní respondenti pochybují o přítomnosti sester na klinickém pracovišti. Popisují konkrétní důvody, proč mají pochybnosti a někteří si přejí, aby se tyto sestry v praxi nevyskytovaly. Respondenti především z řad mladších lékařů s kratší klinickou praxí si těchto sester naopak váží. Oceňují jejich zkušenosti z rodných zemí nebo jejich sílu při překonávání překážek týkajících se jejich vlastního zdravotního stavu. Hlavní sestra také spatřuje určité problematrické oblasti týkající se těchto sester v praxi, na druhou stranu si je ale vědoma jejich píle, vzdělání a zkušeností, které mohou ošetrovatelskou praxi obohatit.

## 5 DISKUSE

Záměrem této diplomové práce bylo zmapovat komunikaci sester patřících k menšinové společnosti ve vztahu k ošetřovaným pacientům a kolegům na pracovišti a zjistit subjektivní pocity z komunikace těchto sester. Dále bylo cílem zjistit, jaké se vyskytují problémy, které vyplývají z jejich odlišnosti, a které se prolínají do ošetřovatelské praxe a komunikace v ošetřovatelství. Získané poznatky by měly přispět ke tvorbě vodítek, na jejichž základě si mohou sestry uvědomit potencionální problémy v komunikaci s pacienty a kolegy na klinickém pracovišti a pracovat na změně. Že je neustále co zlepšovat, a že je nutné komunikaci na pracovišti posilovat zdůraznily i výsledky výzkumu realizovaného v New Yorku letošního roku, který se zabýval mezioborovou spoluprací a komunikací mezi lékaři, sestrami a zdravotnickými asistenty. Zdůrazňuje důvěru a nutnost dobré komunikace při ošetřování nemocných (Lancaster, 2015). Plevová (2012) cituje charakteristiky komunikace, které definoval DeVito (2008), kdy uvádí, že komunikace je nevyhnutelná, dochází k ní každý den vědomě i nevědomě, je nevratná a neopakovatelná, protože jednou vyřčené slovo již nejde vrátit a vše se neustále mění a nejde to už nikdy opakovat s úplnou přesností. Komunikace je tedy velmi důležitou složkou při setkání lidských bytostí a vždy do ní jedinec vkládá svoji osobnost (Venglářová, Mahrová, 2005). Diplomová práce se zabývala mimo jiné také kulturními odlišnostmi a jak tvrdí Kutnohorská (2013), kultura a komunikace jsou spolu úzce spjaté.

Výzkumné šetření probíhalo ve dvou fázích. V první fázi byla realizována pilotní studie, ve které bylo osloveno 16 sester patřících k menšinové společnosti. Ze skupiny národnostních menšin se pilotní studie účastnily čtyři sestry, a to sestra z Ghany, z Vietnamu, respondentka z Ukrajiny a sestra s romskou národností. Do pilotní studie byla dále zahrnuta skupina čtyř sester patřících k náboženské menšině, a to v zastoupení řádové sestry z katolické církve, respondentky hlásící se k Církvi Ježíše Krista svatých posledních dnů, k Buddhismu a respondentky hlásící se ke Svědkům Jehovovým. Čtyři sestry se zdravotním znevýhodněním, konkrétně sestra s výraznou oční vadou, sluchovou vadou, vadou řeči a sestra se zjizvenou tváří, zastupovaly menšinu zdravotně postižených občanů. Poslední čtyři respondenti, dvě ženy a dva

muži, kteří se zúčastnili pilotní studie, byli zástupci homosexuální menšiny.

Pilotní studie probíhala v průběhu měsíce dubna až prosince 2014 mimo nemocniční zařízení kde respondenti pracují, a z důvodů časových a organizačních nemohla tato pracoviště umožnit realizaci sběru dat přímo na odděleních. Zkoumané skutečnosti byly získávány v soukromí respondentů a vedeny a dále zpracovávány pomocí životních příběhů. Zkoumány byly především jako hlavní oblasti komunikace mezi výše uvedenými sestrami a jejich pacienty, dále spolupráce s kolegy, otázky byly kladeny také na postoj, názor a subjektivní pocity z vlastní komunikace a jako poslední zkoumaná oblast byly problematické ošetrovatelské výkony v praxi související s odlišností respondentek od většinové populace. Z vyprávění respondentů vyplynula oblast sebepřijetí, o kterém často hovořili, a které bylo z tohoto důvodu do kategorií zahrnuto. Těchto pět oblastí bylo kategorizováno a zobrazeno ve schématech č. 2-6 na stranách 44-54. Všechny zmíněné skutečnosti vycházejí především ze schopnosti interkulturní komunikace v ošetrovatelství, kterou zdůrazňuje i Ptáček a kol. (2011) jako velmi důležitý prvek při interakci jedinců odlišných kultur, náboženství, hodnot a vyznání, který vyžaduje kulturní senzitivu a kulturní kompetentnost každého aktéra při interkulturní komunikaci. S důležitostí kulturních kompetencí souhlasí i Průcha (2010), který cituje Ivana Nového a Sylvii Schroll-Machl (2005), kteří tvrdí, že na interkulturní kompetence je v dnešní době kladen důraz i při výběru povolání, kdy je vyžadováno na jedincích umět spolupracovat a komunikovat s příslušníky menšinových skupin, kterými se diplomová práce zabývá.

První výzkumná otázka pro pilotní studii se zabývala charakteristikou komunikace vedené sestrou patřící k menšinové společnosti s pacientem v rámci ošetrovatelské péče. Druhá výzkumná otázka hledala možná úskalí, která vidí sestry patřící k menšinové společnosti při komunikaci s pacienty. Ústředním cílem této části diplomové práce bylo zaměřit se na odkrývání jevů v komunikaci vedené mezi sestrou patřící k menšinové společnosti a pacientem v rámci ošetrovatelské péče, s lékaři a ostatními kolegy na pracovišti a dále byl vytvořen praktický cíl za účelem získání poznatků, které mohou přispět ke tvorbě vodítek, pomocí jichž si mohou tyto sestry uvědomit potenciaální problémy v komunikaci s pacienty, které se stále vyskytují, jak

dokládá výzkum Institutu zdravotní politiky a ekonomiky (2005), který zjistil, že nejčastějším problémem a nedostatkem je nejčastěji komunikace mezi pacientem sestrou a lékařem ve zdravotnictví, a s tímto tvrzením souhlasí také Linhartová (2007).

Výsledky pilotní studie se shodují s výše uvedeným výzkumem (2005), kdy sestry patřící k menšinové společnosti spatřují problematické skutečnosti týkající se komunikace v ošetrovatelství. Největší problém popisují ve vztahu k lékařům a ke svým kolegům na pracovišti, kteří jimi často opovrhují a nesnaží se spolupracovat. Tyto popsané skutečnosti mohu potvrdit, jelikož jsem sama při získávání vědomostí a dovedností na klinických pracovištích v rámci praxe při studiu byla svědkem toho, kdy se lékaři nechovali přátelsky k sestře patřící k menšinové společnosti. Z důvodu jejich odlišnosti od většinové společnosti nejsou ochotni přijmout tyto sestry a chovat se přátelsky nebo alespoň profesionálně. Některé respondentky patřící k menšinové společnosti popisují velmi nepříjemné skutečnosti, které zažívají na svých pracovištích, a které se často rovnají mobbingu. Že nejsou agrese, násilí a nepříjemné skutečnosti na pracovišti ničím výjimečným dokazuje i Výzkumný ústav bezpečnosti práce, který v letech 2004-2005 provedl rozsáhlé mapování násilí na pracovišti ve zdravotnických a sociálních službách. Výzkum, který publikuje Svobodová (2008), byl prováděn dotazníkovým šetřením s 1286 osobami a výsledky ukázaly, že 13% respondentů osobně zažilo mobbing, 12% má zkušenosti s fyzickým násilím a 38% zkoumaných osob s opakovaným slovním napadáním. Tyto skutečnosti potvrzují i respondentky v pilotní studii, které spatřují důvod těchto situací v jejich odlišnosti od většinové populace. Dle mého názoru je to naprosto alarmující skutečnost, která se v ošetrovatelství jako v pomáhající profesi vyskytuje. Sestry patřící k menšinové společnosti dále popisovaly tuto problematiku v oblasti kontaktu a interakce s kolegy na pracovišti. Sestra se sluchovou vadou přiznává netoleranci, nezájem a neochotu ze strany svých kolegů. Je velmi často vystavena nadávkám, zákeřným výmyslům svých kolegyně ve snaze ublížit této nedoslýchavé sestře jak na duši tak na pracovní pozici. Samotná skutečnost, že je nedoslýchavá ji samotou stresuje, dvanáctihodinové služby ji vyčerpávají a každý den má strach, že něco neuslyší. To vše je důsledek nepříjemné a nepřátelské atmosféry, kterou záměrně její kolegyně na pracoviště vnášejí. Při

skutečnosti kterou uvádí Bednář a kolektiv (2013), že v pracovním procesu trávíme většinu času našeho produktivního života, je toto smutná a nepříjemná záležitost, které musí být tato sestra denně vystavena. Stejně tak respondentka s oční vadou popsala konkrétní příklady nepříjemné konfrontace s lékařem, se kterým na oddělení spolupracovala. I přes dlouholetou známost respondentky s lékařem v praxi, kdy tento lékař byl opakovaně seznámen s její oční vadou, byl jeho přístup zarážející a pro tuto sestru ponižující a nepříjemný. Oproti tomu ale další kolegyně a kolegové, pacienti i nadřízení jsou velmi chápaví a nedávají respondentce najevo, že se něčím odlišuje. Také respondentka romské národnosti popisuje nepříjemné zážitky týkající se komunikace se svými kolegy na pracovišti, na které nerada vzpomíná a je velmi šťastná, že je nyní nemusí prožívat. Rozhovor s ní byl emotivní a plný barvitě popsaných nepříjemných chvil. Sestra hlásící se ke Svědkům Jehovovým udává spíše pasivitu z její strany při kontaktu s kolegy. Podle jejich slov ona sama spíše čeká na výzvy druhých. Vyvolává to v ní tenzi a stres, což je schopná díky své víře dobře korigovat, ale spolupracovníci jí prý dle jejich slov z těchto důvodů moc v lásce nemají. Konflikty a situace, které pramení z osobnosti sestry popisuje i respondentka hlásící se k Církvi Ježíše Krista Svatých posledních dnů. Vypráví o častých konfrontacích a uvědomuje si, že občas vyvolává konflikty a často se sebeprosazuje. Snaží se s tím pracovat, je si vědoma svých vnitřních konfliktů, které mají mimo jiné za následek její konfliktní chování. Jak potvrzuje Zacharová a kolektiv (2011), sebeprosazování je určitý negativismus, který pramení z vnitřních dysharmonií jedince.

Jak vyplynulo z výsledků pilotní studie, komunikace ve zdravotnictví často selhává. A jak píše Linhartová, v medicíně je komunikace velmi vážená a důležitá. Je potřebná tak jako mnohé nástroje, léčí i poškozuje (Linhartová, 2007). Většina respondentů z pilotní studie má pocit, že komunikují efektivně a se všemi prvky a pravidly komunikace ve zdravotnictví jsou dle jejich slov seznámeni. Pouze jedna respondentka hovoří o svém problému se sebepřijetím, kdy není srovnána se svojí životní situací a odlišností a je uzavřená až depresivní a tyto její pocity jsou promítány na pracoviště v podobně špatné spolupráce s kolegy a neefektivní komunikace s při poskytování ošetrovatelské péče. Sestry s odlišnou

národností popisují oblasti komunikace potíže s českým jazykem a prvky diskriminace od svých kolegů. Mají schopnost se domluvit, většina z nich vystudovala v České republice vysoké školy, ale problémy mají s hovorovým jazykem nebo s nářečím. Myslí, že v tomto případě mohl být problém například v intenzivní medicíně, kde jsou často vypjaté situace vyžadující bleskové reakce a perfektní komunikaci. Pokud by některá sestra nerozuměla pokynům lékaře či jiných kolegů, byl by to velký problém. Žádná z respondentek ale tuto situaci nepopsala jako problémovou. Všechny jsou schopné se svým pracovním týmem zvládat všechny situace, které nastanou. Respondentka s homosexuální orientací upozornila na konkrétní případ, kdy lékař vnášel na pracoviště nepříjemnou atmosféru v kontextu se sexuální orientací sestry. Měl o tuto ženu intimní zájem a poté, co ho odmítla, rozšiřoval nepříjemné skutečnosti, které byly založené pouze na domněnkách a vzteku. Přítomnost sexuální obtěžování na pracovišti zdůraznila i Křížková vydáním své knihy v roce 2006, která dělala analýzu sexuálních vztahů na pracovišti (Křížková, 2006). Dále se objevila skutečnost s obtížným hledáním zaměstnání, kdy byly zjevné předsudky a neochota při spolupráci s těmito sestrami. Mnoho i překvapivých a nepříjemných situací zazněly z úst respondentů z pilotní studie. Popisují své okolí, spolupráci s kolegy ale i sami sebe, co se týká například i již zmíněné a důležité komunikace.

A jaké mají ve skutečnosti sestry subjektivní pocity s osobní komunikací? Sestra s oční vadou udává pocity strachu z posměchu, z vlastních chyb a omylů. Snaží se s tím pracovat, nacházet jakési úniky pokud nastanou pro ni trapné situace. U respondentky s výraznou vadou sluchu je patrný stres, strach, očekávání a časté napětí. Má strach, že neuslyší co jí ostatní říkají a v důsledku toho neporozumí nějakému pojmu či situaci. Tyto nepříjemné pocity v ní prohlubuje fakt, že kolegyně a kolegové na pracovišti dělají všechno proto, aby jí nic neulehčili. Sestra patřící ke Svědkům Jehovovým považuje svoji komunikaci za dostatečnou, ale nerozumí světu jiných, víra jí naplňuje, straní se okolí a efektivní komunikace probíhá především ve své komunitě. Osobně ale postrádám kolektivní spolupráci, která je v ošetrovatelství nepostradatelná. Řádová sestra je dle jejich slov naslouchající typ, vyčkává a přizpůsobí se. Nemá ráda konflikty a hledá řešení v každé situaci, což považují za velké pozitivum pro celý tým. Pokud

bude ale hledat alternativy a možná řešení problému pouze jediný člen celého pracovního týmu, může docházet k neefektivní spolupráci i přes snažení jednotlivce. Je na místě, aby aspirační úroveň pracovníků v ošetrovatelství byla na vysoké úrovni a v týmu vyvážená. Tuto problematiku popisuje diplomová práce napsaná na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně v roce 2010, která se zabývá aspirační úrovní jedinců a vlivem prostředí na jejich motivaci (Hnuliaková, 2010). Na téma komunikace a pocitů s ní spojených vypráví sestra s romskou národností, že cítí časté odmítavé reakce ostatních lidí, trápí jí to, ale snaží se situace nehodnotit, jelikož komunikuje ráda. Co se týká dalšího potenciálního problému souvisejícího s neefektivní komunikací zdravotníků v týmu je skutečnost, kterou uvádí respondentka s homosexuální orientací, která otevřeně popisuje svoji uzavřenost a nevyrovnanost se svojí sexuální orientací. Její depresivní ladění se odráží v komunikaci a ona si je toho vědoma. Snaží se sama se sebou pracovat, ale stále necítí, že by to bylo v pořádku. I její kolegové si toho všímají a na první pohled je patrný problém a narušení spolupráce celého týmu.

Další zkoumaná oblast kontaktu s ošetřovanými pacienty poskytla situace popisované především sestrami se zdravotním znevýhodněním. Sestra s výraznou oční vadou popisuje obavu a nejistotu při kontaktu s pacienty, která plyne z její poruchou zraku. Vypráví, že má problém s počítačovým systémem a ošetrovatelskou dokumentací, na kterou hůře vidí, a která je v dnešní době, dle mého názoru, čím dál více nadhodnocená nad ošetrovatelskou péčí. Myslím, že to souvisí především s rostoucími právy pacientů a z nich plynoucími stížnostmi a udání na zdravotníky. Proto je pak často až nesmyslný útok na zdravotníky ze stran zaměstnavatele, kdy jsou nuceni vyplňovat spousty papírů na úkor času, který by rádi věnovali pacientům. Tímto problémem je znepokojeno spousta zdravotníků, kterým se nelíbí přibývajících dokumentace. Svůj názor vyjádřili například v diskuzi, která byla rozpoutána článkem napsaným zdravotní sestrou, která neblaze reaguje na článek Ministerstva zdravotnictví o tom, že chybí sestry, ty co by se bavily s pacienty (Pražanová, 2014). A ani tato skutečnost přibývajících "*papírů*" práci sestře s výraznou oční vadou neulehčuje. Mimo to má prý také problém například s natahováním inzulínu, kdy se natahuje do malé "*inzulinky*", která má velmi drobnou stupnici čísel, na kterou hůře

vidí. Dále je zde také třeba zmínit skutečnost, kterou prožívá sestra s vadou sluchu. Problematická je pro ni vizita, předání služby, telefonická domluva a komunikace na delší vzdálenost. Jak sama říká, "*halekáni*" na větší vzdálenost je velký problém. Zvuk se rozptyluje a odráží od stěn a informace pro tuto sestru je nečitelná. Je zde pak možnost přeslechnutí různých informací jelikož jak jsem se sama přesvědčila, sestry zapomínají na zpětnou vazbu, kterou zdůrazňuje i Reitmayerová a Broumová v knize Cílená zpětná vazba (Reitmayerová, Broumová, 2012), a která je velmi důležitá a v tom případě by pomohla zkontrolovat, zda tato sestra slyšela pokyn, prosbu či jiné sdělení, které bylo vyřčeno.

Na téma edukace ve zdravotnictví bylo realizováno mnoho výzkumů. Zmínila bych zajímavý výzkum realizovaný v Bratislavě, který byl zaměřen na postoj sester k edukaci a výsledky přinesly mimo jiné i skutečnost, že na edukaci pozitivně nahlíží 50% dotazovaných sester. Z mé zkušenosti si ale myslím, že sestry edukaci nevyužívají a pokud ano, neobsahuje všechno, co by měla. Respondentka s výraznou vadou řeči označuje za problematickou zejména právě edukaci, kdy se v souvislosti s jejím zdravotním znevýhodněním soustředí na sdělovaný obsah a její řečová vada se tím zhoršuje. Edukaci proto často zkracuje a snaží se jí vyhnout úplně, což přináší neblahé důsledky při realizaci ošetrovatelského procesu a v době rekonvalescence mimo zdravotnické zařízení.

Řeč je neustále o komunikaci, kterou narušuje spousta skutečností, na které byla zaměřena diplomová práce. Také respondentka trpící výraznou vadou sluchu udává jako problematickou komunikaci s pacienty cizinci, kterým nerozumí a nemůže odezírat ze rtů. V době transkulturní společnosti se s cizinci setkává prý velmi často, ale tvrdí, že s tímto nemůže nic dělat. I tak jí patří velký obdiv a poděkování za to, že se dokáže starat o druhé lidi i přesto, že sama potřebuje velkou pomoc. Sestra se zjizvenou tváří popisuje a poukazuje pouze na dávné zážitky s dětskými pacienty, kteří nerozuměli jejímu zdravotnímu znevýhodnění a často jim kontakt s touto sestrou byl nepříjemný. Strach a úzkost projevovaly pláčem, odmítavými reakcemi a nechotou spolupracovat. U dětských pacientů je to ale pochopitelné a tato respondentka ví, že v tomto případě si to nebere osobně a nevidí to jako problém.



Reakce na sestry patřící k menšinové společnosti jsou různé. Řádová sestra ukazuje na skutečnost, že lidé si všímají závoje, soustředí se na něj, ale nemyslí si, že je jim přítomnost této sestry nepříjemná. Vypráví, že se lidé dívají se zájmem, nejsou zvyklí na tyto sestry v nemocnici. Její pacienti ji mají rádi a ona jim jejich lásku oplácí laskavou péčí. Romská sestra se ale naopak často setkává s odmítáním ze strany pacientů, s nadávkami a vulgarismy. Zažívá velmi nepříjemné situace, které jí trápí a chtěla by je změnit. Ale existuje mnoho skutečností, které prý změnit nedokáže. Kolegové na nynějším oddělení jí mají rádi, ale cítí, že mají respekt k Romům a příležitost s nimi komunikovat raději odmítají. Ona je právě tak, kterou většinou posílají za pacientem romské národnosti. Respondentka s Ghany se občas také setká s odmítavými reakcemi ze strany pacientů, ale ve stejné míře se objevuje nadšení a přehnaný zájem o tuto sestru ze strany pacientů. Přiznává, že z toho má smíšené pocity, ale reakce pacientů chápe. Uvědomuje si, že je odlišná a to na první pohled velmi patrně. Co se týká problematických ošetrovatelských výkonů, které popisují respondenti s homosexuální orientací, upozornila bych na skutečnost, kterou uvedl jeden z respondentů, který přiznává problémové výkony zejména u pacientů mužského pohlaví. Nepříjemné jsou prý intimní ošetrovatelské výkony, jako je hygiena a odběry biologického materiálu. Stejně tak jako sestra z Vietnamu nerada pracuje s biologickým materiálem, především se stolicí, ještě více se zvrátky. Je si vědoma, že je to součástí jejího povolání, ale osobně je jí to velmi nepříjemné. Snaží se těmto výkonům vyhýbat a tvrdí, že zcela určitě ze zdravotnictví za nějaký čas odejde.

Pilotní studie přinesla výsledky a oblasti, které bylo třeba dále zkoumat a rozšiřovat. Proto byla realizována druhá fáze diplomové práce, kdy bylo uskutečněno výzkumné šetření které probíhalo od ledna do dubna 2015. Byly realizovány polostrukturované rozhovory s lékaři, kteří spolupracují na klinickém pracovišti se sestrami patřícími k menšinové společnosti, dále s pacienty ošetřovanými těmito sestrami a do výzkumného šetření byla zahrnuta i hlavní sestra nemocnice, která výsledky obohatila o svůj názor a postoj z pozice managementu nemocnice, který má za úkol seznámit se s každou nově nastupující sestrou a prověřit její vědomosti

a dovednosti. Respondenty z řad lékařů, kteří spolupracovali na výzkumném šetření, tvořily tři muži a tři ženy ve věku od 32 let do 58 let, s lékařskou praxí nejméně 5 let a nejvíce 31 let. Pacienti tvořili výzkumný soubor obsahující také tři muže a tři ženy. Dva z těchto respondentů mají zkušenosti se sestrou se zdravotním postižením, jeden respondent se sestrou cizí národnosti, pět respondentů bylo ošetřováno sestrou cizí národnosti, jeden respondent byl v kontaktu se sestrou hlásící se k určité církvi a jeden se sestrou s homosexuální orientací. Někteří pacienti byly ve svém životě ošetřovány více sestrami patřícími k menšinové společnosti, což potvrzuje, že setkat se s touto sestrou ve zdravotnictví není výjimkou. Výzkumné šetření mělo za úkol zkoumat zkušenosti pacientů s těmito sestrami a také názory a postoje k sestram patřícím k menšinové společnosti obecně. Lékaři vyprávěli o spolupráci s těmito sestrami a také popisovali problematické oblasti týkající se těchto sester, stejně tak jako hlavní sestra, která vyjádřila svůj názor na problematiku očima managementu nemocnice.

Při porovnání výsledků pilotní studie a výzkumného šetření bylo zjištěno několik skutečností, které se neshodují. Sestry patřící k menšinové společnosti emotivně a barvitě popisovaly spolupráci s lékaři, která nebyla vždy pozitivního charakteru. Oproti tomu tři ze šesti lékařů uvedli, že s těmito sestrami dle jejich problémy nemají a berou je rovnocenně jako každého člen týmu. Z mého pohledu jsem zaregistrovala mírnou neochotu ze strany lékařů a některé odpovědi se mi nezdály pravdivé. Někteří respondenti řad lékařů se mi při komunikaci nedívali do očí, chvátali a neměli zájem určité oblasti rozebírat. Od sester jsem věděla, který lékař s těmito sestrami pracuje nerad, sám mi to nepotvrdil. Výzkumné šetření, které se zabývalo vztahem sestry a lékařem v současném systému zdravotnictví souhlasí s výsledky pilotní studie, které se týkají skutečné neochoty lékařů a konfliktních situací, které vznikají ve vztahu sestry a lékaře. Více než polovina všech dotazovaných sester přiznává přítomnost konfliktních situací na pracovišti ve vztahu sester a lékařů. Výzkumné šetření realizované na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské Univerzity v Českých Budějovicích ze získaných závěrů navrhuje věnovat se již při studiu lékařů a sester interpersonálním vztahům, což ze zkušenosti z mého studia sestry v učebních osnovách mají. Návrhem tohoto výzkumu je také zlepšit spolupráci na úrovni managementu zdravotnických zařízení a realizovat

další výzkumy (Vízková, 2008). S tímto plně souhlasím, jelikož i tato diplomová práce slouží mimo jiné i pro zamyšlení a námět k realizaci dalších výzkumů pro obsáhlost a důležitost dané problematiky.

Dlouhou dobu jsem přemýšlela, kde je vlastně pravda. Proč sestry popisují neochotu a aroganci od lékařů a tito lékaři tvrdí, že se sestrami z menšinové společnosti problém nemají. Ocenila jsem upřímnost od těch respondentů, kteří otevřeně přiznali nesympatie k těmto sestram. V této oblasti ale tedy vidím určitý problém, který vychází z osobnosti každého respondenta, kdy si neumí sám přiznat určité skutečnosti, nebo je nemá zájem prezentovat okolí. Vše jsem ale respektovala. Na druhé straně lékaři popisují mnoho potíží, které tyto sestry do praxe přinášejí, a které jsou popsány ve schématu 8 na stranách 62-63. Nejčastěji poukazují na pomalé tempo sester při práci, které pramení z jejich znevýhodnění, což se týká především sester se zdravotním postižením. Dále byl zmíněn fakt, že sestry z cizí země občas způsobují chaos a narušují tak chod pracovního dne. S tímto ale musím nesouhlasit. Tato skutečnost se dle mého názoru nedá přisuzovat pouze sestram patřícím k menšinové společnosti v praxi. Na stejné problémy upozorňuje i hlavní sestra nemocnice, která si je vědoma určitých potencionálních i aktuálních úskalí v souvislosti s těmito sestrami, na druhou stranu ale tvrdí, že tyto sestry jsou kvalifikované, vzdělané a přínosné pro praxi. Chaos, stres a neschopnost zorganizovat si práci můžeme spatřovat u všech ostatních sester, které nespádají do kategorie sester v této diplomové práci. Naopak pacienti, kteří jsou v přímém kontaktu se sestrami a lékaři popisují klid a pohodu na pracovišti. Nevnímají žádné velké neshody a konflikty mezi pracovníky, charakterizují výbornou spolupráci a obdivují sestry patřící k menšinové společnosti především za to, že umí překonat své překážky, které jim přináší její odlišnost. Co více, umí také vzbudit v pacientovi důvěru a tu později obhájit kvalitní, profesionální a empatickou péčí za každých situací. Na spokojenost pacientů s péčí zdravotních sester poukazuje výzkumné šetření v bakalářské práci, které zkoumalo několik položek týkajících se kvality zdravotní péče. Jendou z nich byla i spokojenost pacientů s přístupem a poskytováním péče od všeobecných sester, kdy výsledky ukázaly, že v této oblasti bylo nejvíce kladných odpovědí, v porovnání například se spokojeností podaných

informací od lékařů či čekacími časy na různá vyšetření (Uttendorfská, 2008). Pouze v jednom případě bylo zaznamenáno, že je pacientovi nepříjemná společnost sestry mužského pohlaví s homosexuální orientací. Výsledky také přinesly jeden názor týkající se sester cizí národnosti, kdy je pacientovi nepříjemné být ošetřován těmito sestrami z důvodu, dle jeho slov, nevysvětlitelného strachu a úzkosti z cizinců.

Výsledky výzkumného šetření nepřinesly tak emotivní výpovědi jako tomu bylo u výsledky pilotní studie. Na co je nutné upozornit jsou neshody, které se objevují v názorech sester a lékařů. Odpovědi se liší a jsou často úplně opačné při porovnání vyprávění sester patřících k menšinové společnosti a lékařů s nimi spolupracujících. Je tedy potřeba tuto problematiku dále zkoumat, jelikož určité rizikové oblasti týkající se menšinových sester v praxi se reálně vyskytují. Co je ovšem potěšující, pacienti si toho nevšímají a hodnotí péči jako kvalitní a s obdivem. Také je patrné, že hlavní sestra nemá šanci osobně proniknout do problematiky, jelikož se nevyskytuje na pracovištích, kde zmínění respondenti.

## 6 ZÁVĚR

V současné době není ničím výjimečným setkat se s profesionály ve zdravotnictví, kteří pocházejí ze zahraničí nebo jsou zdravotně znevýhodnění a nebo patří z jiných důvodů do menšinové populace. Předmětem zkoumání této diplomové práce byla především komunikace vedená mezi sestrou patřící k menšinové společnosti, lékařem a pacientem. Správně vedená komunikace velmi usnadní a zefektivní poskytovanou péči, která je ve zdravotnictví poskytována.

Cílem celé práce, která byla rozdělena na pilotní studii a rozvíjející výzkumné šetření, bylo především zmapovat jevy v komunikaci vedené mezi sestrou patřící k menšinové společnosti a pacientem v rámci ošetrovatelského procesu. Také byl stanoven cíl, kdy bylo za úkol zmapovat problémy v komunikaci výše uvedených sester ve vztahu k pacientům a spolupracujícím lékařům. Mimo jiné byly předmětem zájmu také potencionální a aktuální problematické skutečnosti při realizaci ošetrovatelských výkonů, které se týkají a vyplývají s odlišností jednotlivých respondentek. Výzkumné otázky byly zaměřeny na charakteristiky komunikace mezi sestrou patřící k menšinové společnosti, pacientem a lékařem. Do výzkumného šetření byly zahrnuty i názory a postoje hlavní sestry jako člena managementu nemocnice.

Výsledky celého šetření ukázaly, že sestry patřící k menšinové společnosti nezažívají často na pracovištích jednoduché situace, o které se starají především lékaři a kolegové úzce spolupracující právě s těmito sestrami. Na tento fakt poukázaly oslovené sestry, lékaři to ve většině případů popírali svými odlišnými odpověďmi. Vyskytují se tedy neshody mezi výpovědí lékařů a sester a skutečnost by bylo třeba dále zkoumat například skrytým pozorováním. Problematika týkající se komunikace ve zdravotnictví sestry neznepokojuje, pouze respondentky pocházející z cizích zemí poukázaly na skutečnost občasné neznalosti českého jazyka, především pak hovorových výrazů. Ze strany pacientů bylo zjištěno několik málo začátečních pochybností, které popisovali především při prvním kontaktu s některou ze sester patřící k menšinové společnosti. Sami ale přiznávají, že zmíněné počáteční obavy se rychle rozplynuly především díky laskavé a profesionální péči, kterou tyto sestry po celou dobu pacientům poskytovaly. Co se týká problematických ošetrovatelských výkonů

vyplývající z odlišností sester, jsou spatřovány jak sestrami, tak lékaři i hlavní sestrou. Dle oslovených sester, kterých se konkrétní problémy týkají, jsou tyto skutečnosti zvladatelné a je nutné respektovat je takové, jaké jsou. Do ošetřovatelství to dle jejich slov výrazné negativní důsledky nepřináší. Opak si opět myslí oslovení lékaři, kteří s těmito sestrami pracují a v polovině případů zastávají názor, že tyto sestry by se v praxi spíše neměly vyskytovat. Popisují chaos, zmatek, stres a vysoké riziko potencionálních i aktuálních chyb a problémových oblastí, které sebou tyto sestry přinášejí. Hlavní sestra nemocnice se k této problematice vyjádřila rozporuplnými názory. Je si vědoma, že tyto sestry s určitou odlišností od většinové populace mají často určitá specifika, ale také rozhodně přiznává, že jsou přínosem pro zdravotnictví a celý spolupracující tým na pracovišti. Tyto sestry prý přinášejí do ošetřovatelství nové nápady a inovace, které si nesou například ze své země původu, nebo které jim umožňuje spatřovat jejich víra. Těchto sester si tedy váží. Co se týká problematiky zdravotního znevýhodnění doufá, že všechny takovéto sestry vyskytující se v praxi jsou schopné a jejich postižení jim umožňuje vykonávat profesionální a efektivní ošetřovatelskou činnost a péči o druhé lidi. Výsledky celé práce ukázaly spoustu oblastí, které bylo potřeba odkrýt, a které je ale nutné dále zkoumat. Z důvodu některých alarmujících skutečností je na místě problematikou se dále zabývat, také z důvodu doposud minimálního zájmu výzkumního o tuto problematiku, kdy nejsou dostupné žádné konkrétní publikace a výsledky výzkumných šetření, které by se zabývaly právě touto problematikou. Také by sestram patřícím k menšinové společnosti ulehčila náročné začátky či průběh pracovního procesu tvorba a aplikace ošetřovatelské koncepčního modelu, kterým by se zabývala především nadřízená sestra, vrchní či staniční, která by posoudila a zhodnotila několik mnou navržených oblastí a sestram by tak uměla i ona více porozumět (Příloha 8).

## 7 LITERATURA

1. ANDREWS, M. M. a J. S. BOYLE. *Transcultural concepts in nursing care*. Philadelphia: Lippincott, 1999, 572 s. ISBN 0781710383.
2. ARCHALOUSOVÁ, A. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. Hradec Králové: Nukleus, 2003. 99 s. ISBN 80-86225-33-X.
3. ARNOLD, E. a K. U. BOGGS. *Interpersonal relationships: professional communication skills for nurses*. St. Louis: Saunders, 2003, 629 s. ISBN 0721693881.
4. ATKIN, K. Health, Illness, Disability and Black Minorities: a speculative critique of present day discourse. *Disability, Handicap and Society*. 37-47, Mar. 1991. ISSN 02674645.
5. BARTÁK M. *Velká kniha citátů*. Vyd. 1. Praha: Plot, 2010, 235 s. ISBN 978-80-7428-039-9.
6. BARTOSZ, A. *Vzpomínky na Milenu*. In: Kolektiv autorů. Milena Hübschmannová ve vzpomínkách. Praha: Romena, 2006, 117 s. ISBN 9788023990850.
7. BAUMAN, Z. *Individualizovaná společnost*. Vyd. 1. Praha: Mladá fronta, 2005, 290 s. Myšlenky (Mladá fronta). ISBN 80-204-1195-x.
8. BEDNÁŘ, V. *Sociální vztahy v organizaci a jejich management*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013, 224 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4211-3.
9. BOUCHAL, J. *Lékařská psychologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006, 141 s. ISBN 8024415011.
10. BRZEK, A. a J. PONDĚLÍČKOVÁ-MAŠLOVÁ. *Třetí pohlaví?*. Vyd. 1. Praha: Scientia Medica, 1992, 124 s. ISBN 80-85526-03-4.
11. CASEMORE, R. *Na osobu zaměřená psychoterapie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008, 144 s. ISBN 9788073674540.

12. ČESKO. Vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků studentů mimořádně nadaných. In *Sbírka zákonů v ČR*, ročník 2005, částka 20. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2005-73>. cit.2014-09-01. ISSN 1211-1244.
13. ČESKO. Zákon č. 273/2001 Sb., o právech příslušníků národnostních menšin a o změně některých zákonů. In *Sbírka zákonů ČR*, ročník 2001, částka 104. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2001-273>. cit. 2003-01-01. ISSN 1211-1244.
14. ČESKO, Zákon č. 3/2002 Sb., o svobodě náboženského vyznání a postavení církví a náboženských společností a o změně některých zákonů (zákon o církví a náboženských společnostech). In *Sbírka zákonů v ČR*, ročník 2002, částka 2. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2002-3>. cit. 2014-01-01. ISSN1211-1244.
15. ČOUDKOVÁ, L. a G. SEDLÁKOVÁ *Vyznavač buddhismu na ošetrovací jednotce*. České Budějovice: Kontakt, 2009. ISSN 1804-7122. Dostupné také z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/kontakty>
16. ČSÚ *Český statistický úřad: Obyvatelstvo* [online]. c2015, aktualizováno dne: 16.05.2015 [cit. 11.6. 2015]. Dostupný z : [http://vdb.czso.cz/sldbvo/#!stranka=podletematu&tu=30809&th=&v=&vo=H4sIAAAIAAAAHV0u07DQBBcB4zzKgIFHb9gyR0dXGJbtvw4y74Y4YqDWDHIJMa-JFch0UBBCz0FZX4C8QW0VIemhluQUcBWGIxO6uZ2Zm\\_gVyVsH5Cp1SdsONctWiVebSQleeHx82DpxWomdDMx3Rg0iM2Lm1osKxMq2ycD3ixswuLas\\_qYnZEtXg0-pERBihEXnUG5wB\\_ONLPw5yOhqo9YukwLTde7-7fL662ayDZIE9pPk15CZ1fnj85PUzLy\\_ntVuvm5boGwAthJv\\_zBDgXUSIL7y2jMJB8BoqFdR8TVDBYc7DesyOxNXVEcIwipC\\_ujYigGDvYtYUEC0z2gwR3Q5QITITOR5Zr6F9-cmyEibFMsPohikFb0M3Q-1YoBHX7roMY1G3d8EkQC0sFk16oaRr\\_BEvyccZ9AQAA&vseuzemi=null&void=](http://vdb.czso.cz/sldbvo/#!stranka=podletematu&tu=30809&th=&v=&vo=H4sIAAAIAAAAHV0u07DQBBcB4zzKgIFHb9gyR0dXGJbtvw4y74Y4YqDWDHIJMa-JFch0UBBCz0FZX4C8QW0VIemhluQUcBWGIxO6uZ2Zm_gVyVsH5Cp1SdsONctWiVebSQleeHx82DpxWomdDMx3Rg0iM2Lm1osKxMq2ycD3ixswuLas_qYnZEtXg0-pERBihEXnUG5wB_ONLPw5yOhqo9YukwLTde7-7fL662ayDZIE9pPk15CZ1fnj85PUzLy_ntVuvm5boGwAthJv_zBDgXUSIL7y2jMJB8BoqFdR8TVDBYc7DesyOxNXVEcIwipC_ujYigGDvYtYUEC0z2gwR3Q5QITITOR5Zr6F9-cmyEibFMsPohikFb0M3Q-1YoBHX7roMY1G3d8EkQC0sFk16oaRr_BEvyccZ9AQAA&vseuzemi=null&void=)



17. ČSÚ *Český statistický úřad*: Se zdravotním postižením žije každý desátý občan ČR [online]. c2014, aktualizováno dne: 16.04.2014 [cit. 11.6. 2015]. Dostupný z: [https://www.czso.cz/csu/czso/se\\_zdravotnim\\_postizenim\\_zije\\_kazdy\\_desaty\\_obcan\\_cr\\_20140416](https://www.czso.cz/csu/czso/se_zdravotnim_postizenim_zije_kazdy_desaty_obcan_cr_20140416)
18. DEVITO, J. A. *Základy mezilidské komunikace: 6. vydání*. 1. vyd. [i.e. 2. vyd.]. Praha: Grada, 2008, 502 s. Expert (Grada). ISBN 978-80-247-2018-0.
19. DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2000, 374 s. ISBN 80-246-0139-7.
20. DOLÁK, F. Specifika ošetřování komunity mormonů. *Sestra*. Praha: 2006, roč. 16, č. 6, s. 22. ISSN 1210-0404.
21. DRBOHLAV, D. *Ukrajinská menšina v České republice*. Menšiny a migranti v České republice. Praha: Portál, 2001, s. 89-97. ISBN 80-7178-648-9.
22. DUDOVÁ, R. *Teorie pro všechny: Kvalitativní výzkum životních drah: life stories a biografický výzkum* [online]. 2011 [cit. 2015-06-23]. Dostupné z: <http://www.socioweb.cz/index.php?disp=teorie&shw=480&lst=117>
23. FRY, S. T. a R. M. VEATCH. *Case studies in nursing ethics*. 3rd ed. Sudbury, Jones and Bartlett Publishers, 2006, ISBN 0763730378.
24. GRAINGER, K. Equal access to training for black and minority ethnic nurses. (Cover story). *Nursing Standard*. 41-49 s, June 28, 2006. ISSN 00296570.
25. HANULIAKOVÁ, E. *Vliv prostředí na aspirační úroveň jedince*. Zlín, 2010. Dostupné také z: [http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/13847/hanuliakov%C3%A1\\_2010\\_dp.pdf?sequence=1](http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/13847/hanuliakov%C3%A1_2010_dp.pdf?sequence=1). Diplomová. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Vedoucí práce Mgr. Soňa Vávrová Ph.D.
26. HAVLÍK, R. *Úvod do sociologie*. 5. vyd. Praha: Karolinum, 2007, 128 s. ISBN 978-80-246-1385-7.

27. HERNOVÁ, Š. *Cizinci v České republice a otázky integrace a zdravotní péče*. Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče: respektování jejich transkulturní/multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu. 1. vydání. Ostrava: Ostravská univerzita, 2003, 120 s. ISBN 80-7042-344-7.
28. HICKLING, F. W. Understanding patients in multicultural settings: a personal reflection on ethnicity and culture in clinical practice. *Ethnicity & Health* [online] 2008 [cit. 2015-04-20] DOI: 10.1080/13557858.2012.655266. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13557858.2012.655266>
29. HNILICA, K. *Stereotypy, předsudky, diskriminace: (pojmy, měření, teorie)*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2010, 207 s. Acta Universitatis Carolinae. ISBN 978-80-246-1776-3.
30. HORŇÁKOVÁ, A. *Multikulturní komunikace při ošetřování klienta jiné kultury*. Sestra. Praha: 2008, roč. 18, č. 9, s. 23. ISSN 1210-0404.
31. CHRYSIDES, G. D. *Historical dictionary of Jehovah's Witnesses*. Lanham, Md.: Scarecrow Press, 2008, 169 s. ISBN 0810860740.
32. CHYTILEK R.. *Reprezentace zájmů menšin v EU*. Institut pro Srovnávací Politologický Výzkum Fakulty Sociálních Studií Masarykovy Univerzity v Brně. 1. vyd. Brno: Centrum pro Studium Demokracie a Kultury, 2005. ISBN 9788073250874.
33. IVANOVÁ, K., ŠPIRUDOVÁ L., a J. KUTNOHORSKÁ *Multikulturní ošetřovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 248 s. ISBN 80-247-1212-1.
34. JANDOUREK, J. *Sociologický slovník*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007, 285 s. ISBN 978-80-7367-269-0.
35. KALEJA M, a J. KNEJP. *Mluvme o Romech: Aven vakeras pal o Roma*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2009, 199 s. ISBN 978-80-7368-708-3.
36. *Knihá Mormonova: další svědectví o Ježíši Kristu*. Salt Lake City: Církev Ježíše Krista Svatých posledních dnů, c2004, 563, 202 s, ISBN 1-59297-559-3.

37. KOKAISL, P. *Geografie náboženství*. Vyd. 2. V Praze: Česká zemědělská univerzita, Provozně ekonomická fakulta, 2015, 266 s. ISBN 978-80-213-2551-7.
38. KREBS, V. *Solidarita a ekvivalence v sociálních systémech*. 1. vyd. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2009, 178 s. ISBN 978-80-7416-044-8.
39. KRHUTOVÁ, L. *Občané se zdravotním postižením a veřejná správa*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005, 268 s. ISBN 80-244-1168-7.
40. KRISTOVÁ, J. a Z. TOMAŠKOVÁ. *Komunikácia v ošetrovatelstve*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2002, 164 s. ISBN 80-806-3107-7.
41. KRÍŽKOVÁ, A. *Sexualizovaná realita pracovních vztahů: analýza sexuálního obtěžování v České republice*. Vyd. 1. Praha: Sociologický Ústav Akad. Věd ČR, 2006. ISBN 9788073300906.
42. KUTNOHORSKÁ, J. *Historie ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 206 s. Sestra Grada. ISBN 978-80-247-3224-4.
43. KUTNOHORSKÁ, J. *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče a respektování jejich multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu*. Multioborová, interdisciplinární a mezinárodní kooperace v ošetrovatelství. Mezinárodní konference ošetrovatelství v Olomouci. Praha: Grada, 2002, 229 s. ISBN 80-247-0536-2.
45. LANCASTER, G. et al. Interdisciplinary communication and collaboration Among Physicians Nurses and Unlicensed Assitive Personnel. *Journal of Nursinf Scholarship*. 47, 3,275-285 s., May 2015. ISSN: 15276546.
46. LEININGER, M. a M. R MCFARLAND. *Transcultural nursing: concepts, theories, research and practice*. 3rd ed. New York: McGraw-Hill, Medical Pub. Division, 2002, 621 s. ISBN 00-713-5397-6.

47. LEONTIYEVA, Y. *Menšinová problematika v ČR: komunitní život a reprezentace kolektivních zájmů: (Slováci, Ukrajinci, Vietnamci a Romové)*. 1. vyd. Praha: Sociologický ústav AV ČR, 2006, 95 s. ISBN 80-7330-098-2.
48. LETAVAJOVÁ, S. *Mapujeme fenomén rozmanitosti: Minorita* [online]. 2010 [cit. 2015-05-29]. Dostupné z: <http://www.multikulti.sk/pojmy/minorita.html>
49. LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
50. LUŽNÝ, D. a D. VÁCLAVÍK. *Individualizace náboženství a identita: poznámky k současné sociologii náboženství*. Vyd. 1. Praha: Malvern, 2010, 351 s. ISBN 978-80-86702-69-8.
51. LYNN M. *Florence Nightingale. ; The Crimean War - Collected Works of Florence Nightingale*. Waterloo, Ont: Wilfrid Laurier University Press, 2010. ISBN 9780889204690.
52. MASTILIAKOVÁ, D. a kol. *Implementace multikulturní variability do kulturní identity české společnosti a její odraz ve zdravotnické praxi: podpora multikulturního ošetrovatelského přístupu v celoživotním zdravotnickém vzdělávání u nelékařských oborů*. 1. vyd. Opava : Slezská univerzita v Opavě, 2007. ISBN 978-80-7248-005-0.
53. MOULISOVÁ, M. *Problémová stránka života Romů. Menšiny a migranti v České republice*. Praha: Portál, 2001, s. 155-164. ISBN 80-7178-648-9.
54. MUCHA, I. *Sociologie: základní texty*. Pelhřimov: Vydavatelství 999, 2004, 302 s. ISBN 80-86391-13-2.
55. NAVRÁTIL, P. a kol. *Romové v české společnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178741-8.
56. *Národní rozvojový program mobility pro všechny: základní dokumenty*. 3., aktualiz. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, Sekretariát Vládního výboru pro zdravotně postižené občany, 2008, 51 s. ISBN 978-80-87041-53-6.

57. NOVÝ, I. a S. SCHROLL-MACHL. *Spolupráce přes hranice kultur*. Vyd. 1. Praha: Management Press, 2005, 313 s. ISBN 80-7261-121-6.
58. PAPADOPOULOS, I., TAYLOR G. a M. Tilki. *Transcultural care: a guide for health care professionals*. Nr. Salisbury, Wilts: Quay Books, 1998. ISBN 1856420515.
59. PASTOR, Zlatko. *Sexualita ženy*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 204 s. ISBN 978-80-247-1989-4.
60. PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. ISBN 9788024712116.
61. PAVLÍKOVÁ, E. a K. SLÁDEK. *Sociální situace a religiozita ukrajinských migrantů v ČR: kolektivní monografie*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2009, 120 s. ISBN 978- 808-6818-955.
62. PEPLAU, H. E. *Interpersonal Relations in Nursing a Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*. New York: Springer Pub. 2004, 199 s. ISBN 978-082-6197-86.
63. PLEVOVÁ, Ilona. *Management v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 304 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3871-0.
64. PRAŽANOVÁ, Z. *Jsem zdravotní sestra* [online]. Praha, 2014 [cit. 2015-07-13]. Dostupné z: <http://www.osetrovatelstvi.info/clanky-ctenaru/jsem-zdravotni-sestra/>
65. PRŮCHA, J. *Interkulturní komunikace*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 199 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3069-1.
66. PTÁČEK, R. a P. BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, c2011, 528 s. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.
67. REITMAYEROVÁ, E. a V. BROUMOVÁ. *Cílená zpětná vazba: metody pro vedoucí skupin a učitele*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2012, 173 s. ISBN 978-80-262-0222-6.

68. REMEŠ, P. *Svědkové Jehovovi nebo Bible?: Příručka křesťana pro biblické rozhovory se Svědky Jehovovými*. Praha: Fokus, 1990. ISBN 97-8809-0009-332.
54. *Rovnost a diskriminace*. 1. vyd. Editor Michal Bobek, Pavla Boučková, Zdeněk Kühn. V Praze: C.H. Beck, 2007, 471 s. Beckova edice ABC. ISBN 978-80-7179-584-1.
69. SAGAR, P. L. Transcultural Nursing Scholars' Corner: Leadership in Application and Dissemination of Concepts, Models, and Theories. *Journal of Transcultural Nursing* [online]. 2015-02-19, vol. 26, issue 2, s. 209-210 [cit. 2015-04-20]. DOI: 10.1177/1043659614556354. Dostupné z: <http://tcn.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/1043659614556354>
70. SEDGWICK, M, OOSTERBROEK T. a V. PONOMAR. "It All Depends": How Minority Nursing Students Experience Belonging During Clinical Experiences. *Nursing Education Perspectives* [online]. 2014, vol. 35, issue 2, s. 89-93 [cit. 2015-04-20]. DOI: 10.5480/11-707.1. Dostupné z: <http://nljournals.org/doi/abs/10.5480/11-707.1>
71. SEDLÁKOVÁ, G. a J. SOUKUPOVÁ. *Transkulturní ošetrovatelské hodnocení podle modelu Gingerové a Davidhizarové*. České Budějovice, 2007, č. 9. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/2~2007/436-transkulturni-oseetrovatelske-hodnoceni-podle-modelu-gingerove-a-davidhizarove>
72. SMOLÍK, J. *Subkultury mládeže: uvedení do problematiky*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 281 s. ISBN 978-80-247-2907-7.
73. STRAUSS, A. a J. CORBIN, *Základy kvalitativního výzkumu : postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Anselm Strauss, Juliet Corbinová. Vyd. 1. Boskovice : Albert, 1999, 196 s. ISBN 808583460X.
74. ŠATAVA, L. *Jazyk a identita etnických menšin: možnosti zachování a revitalizace*. Vyd. 2., Ve Slonu 1. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2009, 215 s. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-86429-83-0.

75. ŠIŠKOVÁ T. *Menšiny a migranti v České republice: my a oni v multikulturní společnosti 21. století*. Praha: Portál, 2001, 188 s. [ISBN 80-7178-648-9](#).
76. ŠIŠKOVÁ, T. *Výchova k toleranci a proti rasismu*. Praha: Portál, 2008. s. [ISBN 978-80-7367-182-2](#).
77. ŠPATENKOVÁ N. a J. KRÁLOVÁ. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009, 135 s. [ISBN 978-807-2625-994](#).
78. ŠPIRUDOVÁ, L. *Multikulturní ošetrovatelství 2*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 248 s. [ISBN 80-247-1213-X](#).
79. ŠPIRUDOVÁ, L., TOMANOVÁ, D., KUDLOVÁ, P., HALMO, R., *Multikulturní ošetrovatelství II.*, Praha: GRADA Publishing, 2005. [ISBN 80-247-1213-X](#).
80. ŠVARŤÍČEK, R. a K. ŠEĎOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, 377 s. [ISBN 978-80-7367-313-0](#).
81. SVOBODOVÁ, L. *Nenechte se šikanovat kolegou: mobbing - skrytá hrozba*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 108 s. *Poradce pro praxi*. [ISBN 978-80-247-2474-4](#).
82. TOMÁŠKOVÁ, P. *Menšiny a migranti v České republice: my a oni v multikulturní společnosti 21. století*. Vyd. 1. Editor Tatjana Šišková. Praha: Portál, 2001, 188 s. [ISBN 80-7178-648-9](#).
- 83.UTTENDORFSKÁ, M. *Spokojenost hospitalizovaných pacient jako jeden z ukazatel kvality zdravotní péče B*. Břeclav, 2008. Dostupné také z: [http://is.muni.cz/th/142548/lf\\_b/Bakalarska\\_prace.pdf](http://is.muni.cz/th/142548/lf_b/Bakalarska_prace.pdf). Bakalářská práce. Masarykova Univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství. Vedoucí práce Mgr. Hana Pinkavová.
- 84.URÍČKOVÁ, A. *Josepha Campinha-Bacote – Model rozvoje kulturní způsobilosti* [online]. 2010 [cit. 2015-06-22]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/josepha-campinha-bacote-model-rozvoje-kulturni-zpusobilosti-450935>

85. UZEL, R. *Sexuální výchova*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006, 28 s. ISBN 80-86991-69-5.
86. VENGLÁŘOVÁ, M. Gabriela Mahrová. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2005. ISBN 9788024712628.
87. VÉVODA, J. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013, 159 s. (Grada). ISBN 978-802-4747-323.
88. *Všeobecná encyklopedie v osmi svazcích*. Vyd. 1. Editor Jitka Benešová. Praha: Diderot, 1999, 518 s. Encyklopedie Diderot. ISBN 80902555311.
89. WEISS, P. *Sloupky o sexu*. Praha: Europrint, a.s., 2010, ISBN 978-80-204-2188-3.
90. VIŠŇOVSKÝ, E. *Rozumieme ľudskej komunikácii?*. Bratislava: Veda, 1995. ISBN 80-224-0436-5
91. VÍZKOVÁ, A. *Vztah sestra - lékař v současném systému zdravotnictví*. České Budějovice, 2008. Dostupné také z: <https://theses.cz/id/trn89s>. Diplomová práce. Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Doc. PhDr. Sylva Bártlová, Ph.D.
92. ZACHAROVÁ, E. *Specifika komunikace s etnickými skupinami v ošetrovateľskej péči* [online]. Ostrava: FZS Ostravské univerzity, 2009 [cit. 2010-06-03] Zdravotnické noviny 49/2009. Dostupný z : <http://www.zdn.cz/clanek/zdravotnicke-noviny/specifika-komunikace-setnickymi-skupinami-v-oseetrovateľske-peci-448536>
93. ZACHAROVÁ, E. a J. ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 278 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4062-1.



## 8 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 - Schéma modelu Madeleine Leininger "Model vycházejícího slunce"

Příloha 2 - Schéma modelu Gingerové a Davidhizarové "Model kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče" (Obr. 1, 2)

Příloha 3 - Seznam otázek k rozhovorům s lékaři

Příloha 4 - Seznam otázek k rozhovorům s pacienty

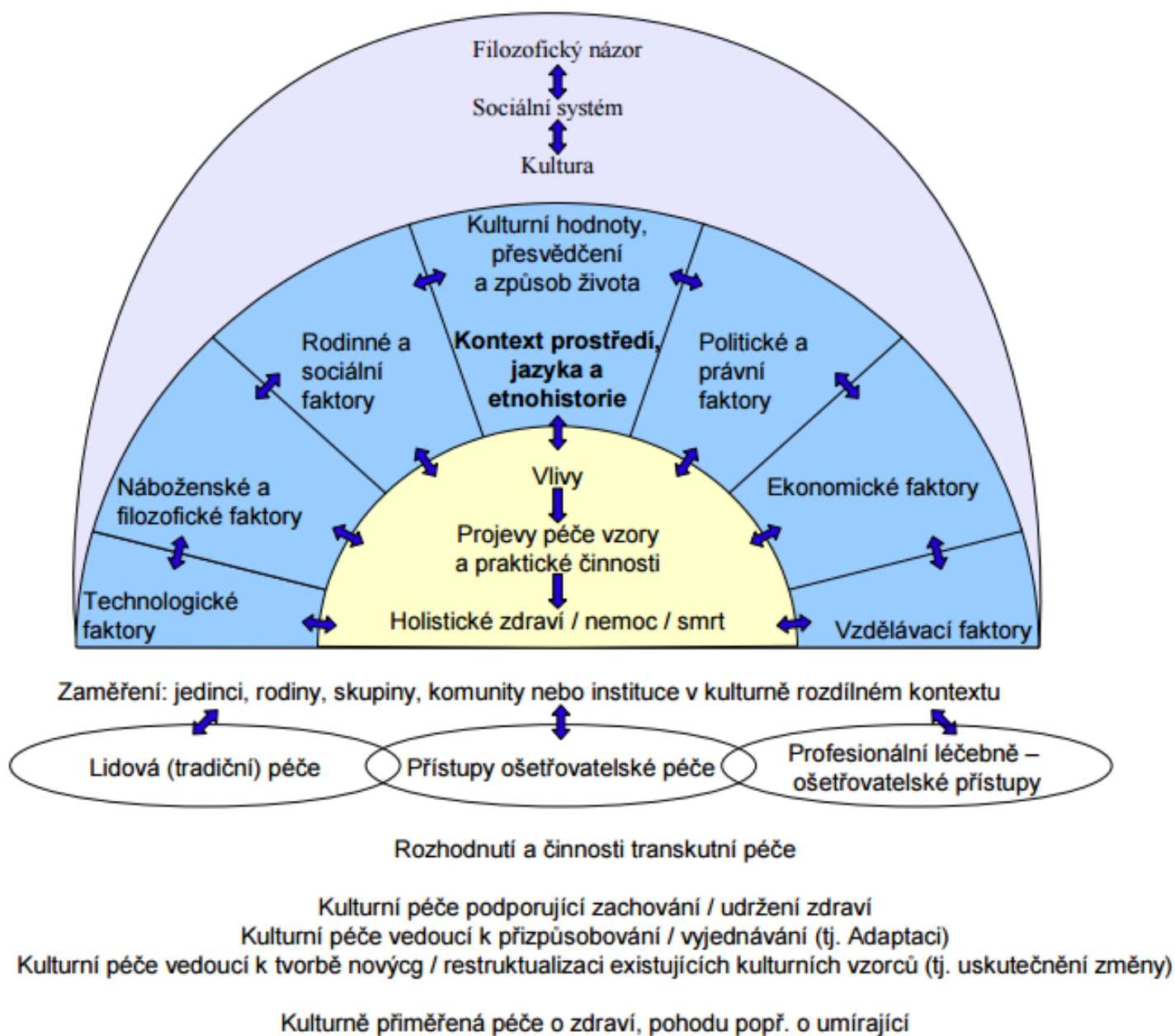
Příloha 5 - Seznam otázek k rozhovorům s hlavní sestrou

Příloha 6 - Vysvětlení pojmu menšina ze Zákona č. 273/2001 Sb., o právech příslušníků národnostních menšin a o změně některých zákonů

Příloha 7 - Část ze Zákona č. 3/2002 Sb., o svobodě náboženského vyznání a postavení církví a náboženských společností a o změně některých zákonů

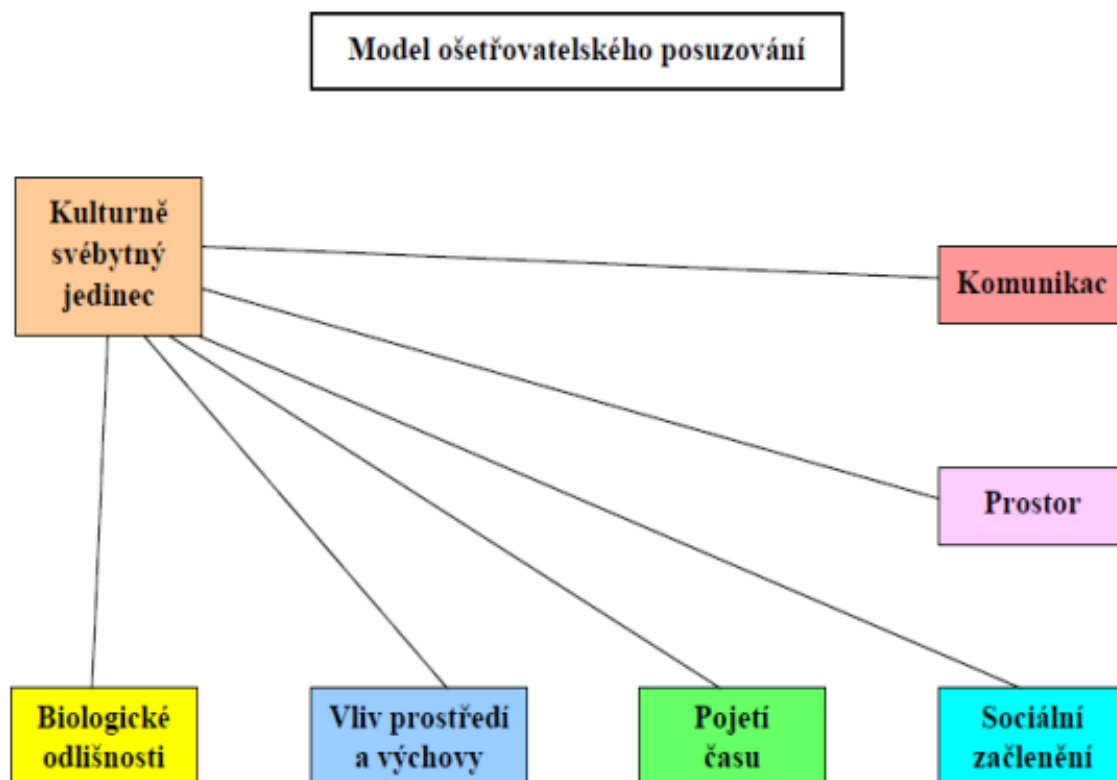
Příloha 8 - Návrh na tvorbu koncepčního modelu aplikovatelný na sestry patřící k menšinové společnosti

Příloha 1 Schéma modelu Madeleine Leininger "Model vycházejícího slunce"



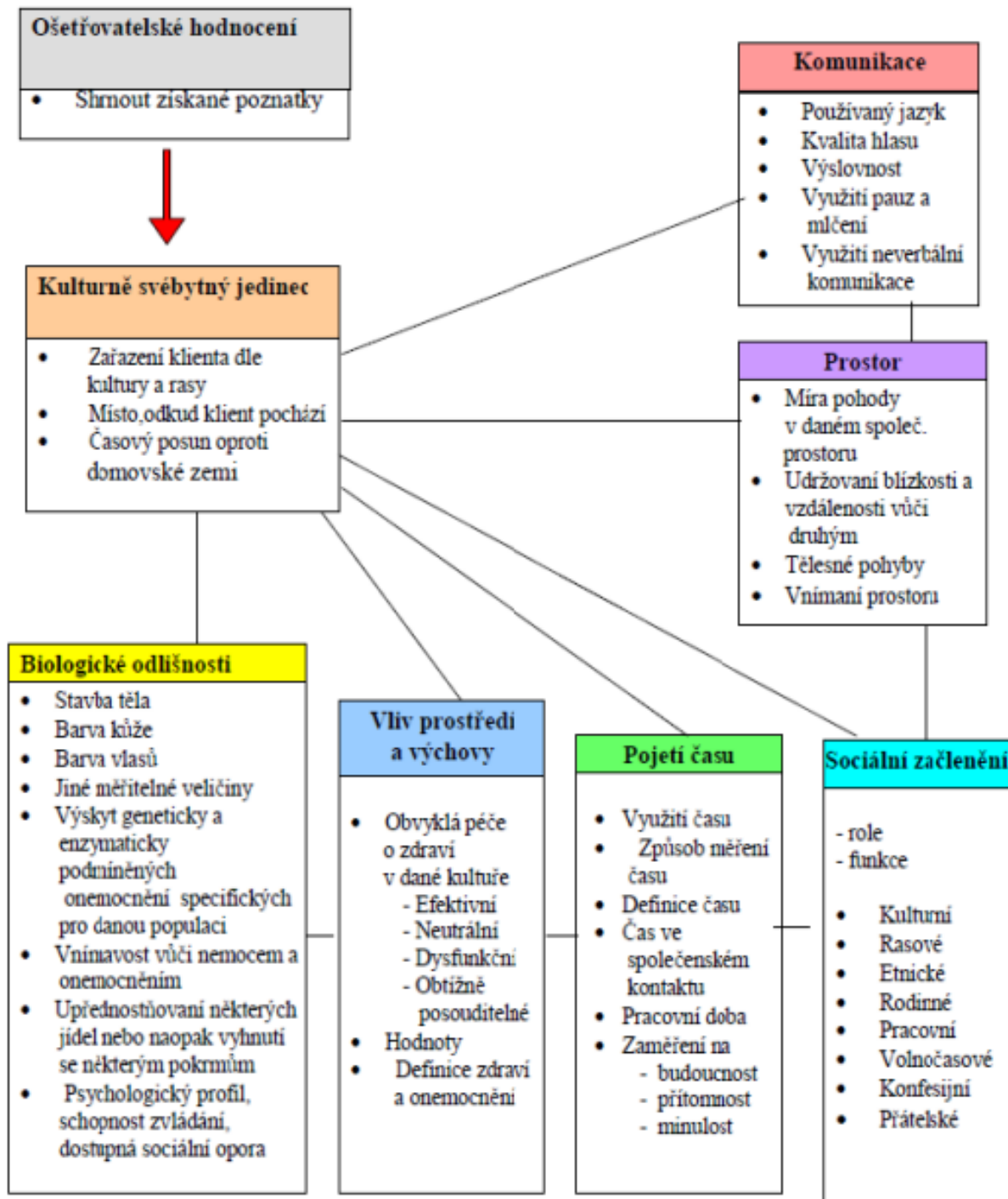
Zdroj: ŠPIRUDOVÁ L., a kol. Multikulturní ošetrovatelství II. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006, 248 s. ISBN 80-247-1213-X.

Příloha 2 - Schéma modelu Gingerové a Davidhizarové "Model kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče" (Obr. 1,2 )



Obrázek 1 Šest jevů kulturní rozmanitosti

Zdroj: ŠPIRUDOVÁ L., a kol. Multikulturní ošetrovatelství II. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006, 248 s. ISBN 80-247-1213-X. s. 54



Obrázek 2 Model pro transkulturní ošetřovatelské hodnocení podle Gigerové a Davidhizarové

ŠPIRUDOVÁ L., a kol. Multikulturní ošetřovatelství II. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006, 248 s. ISBN 80-247-1213-X. s. 55

### Příloha 3 - Seznam otázek k rozhovorům s lékaři

1. Jak byste popsal/a zkušenosti se sestrami cizí národnosti?
2. Jak byste popsal/a Váš názor na zdravotníky cizí národnosti v nemocnicích v České republice?
3. Jak byste popsal/a spolupráci ve vašem zdravotnickém zařízení se sestrami patřícími k menšinové společnosti?
4. Jak byste charakterizoval/a spolupráci se sestrami patřícími k menšinové společnosti?
5. Jaké pozitivní skutečnosti se vyskytují při spolupráci se sestrou patřící k menšinové společnosti?
6. Jaké negativní skutečnosti se vyskytují při spolupráci se sestrou patřící k menšinové společnosti?

Zdroj: vlastní

#### Příloha 4 - Seznam otázek k rozhovorům s pacienty

1. Jak byste popsal/a zkušenosti se sestrami cizí národnosti?
2. Jak byste popsal/a Váš názor na zdravotníky cizí národnosti v nemocnicích v České republice?
3. Jak byste popsal/a spolupráci se sestrou se zdravotním postižením?
4. Jak se stavíte ke skutečnosti, že by Vás ošetřovala sestra homosexuálně orientovaná?
5. Jak se stavíte ke skutečnosti, že by Vás ošetřovala sestra vyznávající určité náboženství?
6. Jak byste popsal/a spolupráci ve vašem zdravotnickém zařízení se sestrami patřícími k menšinové společnosti?
7. Jak byste charakterizoval/a spolupráci se sestrami patřícími k menšinové společnosti?
8. Jaké skutečnosti pozitivní či negativní se vyskytují při spolupráci se sestrou patřící k menšinové společnosti?

Zdroj: vlastní

## Příloha 5 - Seznam otázek k rozhovorům s hlavní sestrou

1. Jaká kritéria musí sestra splnit, aby mohla vykonávat povolání zdravotní sestry v nemocnici?
2. Jaký máte názor na sestry z cizích zemí? Jaké s nimi máte zkušenosti?
3. Jaký máte názor na sestry se zdravotním znevýhodněním? Jaké s nimi máte zkušenosti?
4. Jak nahlížíte na jazykovou bariéru u sester z cizích zemí pracujících v českém zdravotnictví?
5. Čeho si více všímáte při nástupu sestry patřící k minoritní společnosti?
6. Jaké problematické skutečnosti v praxi spatřujete u sester patřících k menšinové společnosti?

Zdroj: vlastní

Příloha 6 - Vysvětlení pojmu menšina ze Zákona č. 273/2001 Sb., o právech příslušníků národnostních menšin a o změně některých zákonů

Zákon č. 273/2001 Sb.

Zákon o právech příslušníků národnostních menšin a o změně některých zákonů

Hlava 1 § 2

### **Vymezení základních pojmů**

**(1)** „*Národnostní menšina je společenství občanů České republiky žijících na území současné České republiky, kteří se odlišují od ostatních občanů zpravidla společným etnickým původem, jazykem, kulturou a tradicemi, tvoří početní menšinu obyvatelstva a zároveň projevují vůli být považováni za národnostní menšinu za účelem společného úsilí o zachování a rozvoj vlastní svébytnosti, jazyka a kultury a zároveň za účelem vyjádření a ochrany zájmů jejich společenství, které se historicky utvořilo.*

**(2)** *Příslušníkem národnostní menšiny je občan České republiky, který se hlásí k jiné než české národnosti a projevuje přání být považován za příslušníka národnostní menšiny spolu s dalšími, kteří se hlásí ke stejné národnosti.*”

Zdroj: Česko. Zákon č. 273/2001 Sb., o právech příslušníků národnostních menšin a o změně některých zákonů. In *Sbírka zákonů ČR*, ročník 2001, částka 104. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2001-273>. cit. 2003-01-01. ISSN 1211-1244.



Příloha 7 - Část ze Zákona č. 3/2002 Sb., o svobodě náboženského vyznání a postavení církví a náboženských společností a o změně některých zákonů

Zákon č. 3/2002 Sb., o svobodě náboženského vyznání a postavení církví a náboženských společností a o změně některých zákonů

ČÁST PRVNÍ Svoboda náboženského vyznání a postavení církví a náboženských společností

HLAVA I § 1 „*Tento zákon upravuje*

*a) postavení církví a náboženských společností,*

*b) vedení veřejně přístupných seznamů registrovaných církví a náboženských společností, svazů církví a náboženských společností a právnických osob založených registrovanou církví a náboženskou společností a evidovaných podle tohoto zákona (dále jen "evidovaná právnická osoba"),*

*c) působnost Ministerstva kultury (dále jen "ministerstvo") ve věcech církví a náboženských společností.*

§ 2 Svoboda náboženského vyznání

*(1) Svoboda myšlení, svědomí a náboženského vyznání je zaručena. Každý má právo svobodně projevovat své náboženství nebo víru buď sám nebo společně s jinými, soukromě nebo veřejně, bohoslužbou, vyučováním, náboženskými úkony nebo zachováváním obřadu. Každý má právo změnit své náboženství nebo víru anebo být bez náboženského vyznání.*

*(2) Právo nezletilých dětí na svobodu náboženského vyznání nebo být bez vyznání je zaručeno.<sup>1)</sup> Zákonní zástupci nezletilých dětí mohou výkon tohoto práva usměrňovat způsobem odpovídajícím rozvíjejícím se schopnostem nezletilých dětí.*

*(3) Nikdo nesmí být nucen ke vstupu do církve a náboženské společnosti ani k vystoupení z ní, k účasti nebo neúčasti na náboženských úkonech či úkonech církve a náboženské společnosti."*

Zdroj: ČESKO, Zákon č. 3/2002 Sb., o svobodě náboženského vyznání a postavení církví a náboženských společností a o změně některých zákonů (zákon o církví a náboženských společnostech). In *Sbírka zákonů v ČR*, ročník 2002, částka 2. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2002-3>. cit. 2014-01-01. ISSN1211-1244.

## Příloha 8 - Návrh na tvorbu koncepčního modelu aplikovatelný na sestry patřící k menšinové společnosti

Oblasti, které je nutné zohlednit:

**Individuální jedinec  
patřící k menšinové  
společnosti**



### VSTUPNÍ ZHODNOCENÍ

- vliv primárního prostředí (kde se narodil, kde žil)
- vliv prostředí nyní
- jazyk
- kultura

### PROFESNÍ ZHODNOCENÍ

- kulturní kompetence
- vědomosti a dovednosti

### ADAPTACE NA ZMĚNY

- povahové rysy
- předešlé zkušenosti se zdravotnickým zařízením (v roli zaměstnance)

### PŘÍCHOD NA NOVÉ PRACOVÍŠTĚ

- zohlednit předešlé kategorie
- prostor pro přání a představy jedince
- možné problematické oblasti

Zdroj: vlastní