

# **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2011**

**Darina Šafránková**

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Darina Šafránková

**Postoje a zkušenosti českých sester s ošetřováním pacientů  
jiných kultur a etnik v nemocnicích ČR**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Kateřina Ivanová Ph.D.

Olomouc 2011

## **ANOTACE**

### **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Název práce:** Postoje a zkušenosti českých sester s ošetřováním pacientů jiných kultur a etnik v nemocnicích ČR

**Název práce v AJ:** Czech nurses' attitudes and experience in nursing patients of different cultures and ethnic groups in Czech hospitals

**Datum zadání:** 2010-12-09

**Datum odevzdání:** 2011-04-29

**Vysoká škola:** Univerzita Palackého v Olomouci  
Fakulta zdravotnických věd  
Ústav ošetrovatelství

**Autor práce:** Darina Šafránková

**Vedoucí práce:** Doc. PhDr. Kateřina Ivanová Ph.D

**Abstrakt:** Bakalářská práce se zabývá problematikou ošetřování pacientů vyžadujících kulturně specifickou péči odpovídající jejich civilizační orientaci. Počet imigrantů legálních i nelegálních se prudce zvyšuje a tak jsou sestry stále častěji konfrontovány s jejich kulturní a etnickou odlišností. Cílem práce bylo zjistit, s jakými problémy se sestry při poskytování zdravotní péče setkávají nejčastěji, jak tyto problémy zvládají a jak překonávají případnou jazykovou bariéru. Práce se věnuje problematice tří skupin. Romové představují nejpočetnější menšinu, která zde žije již několik generací. Vietnamci jsou nejpočetnější skupinou migrantů odlišné kultury a muslimové jsou malou skupinou, ale kulturní, zvyková a nábožensky motivovaná odlišnost je nejvýraznější. Tato práce je přehledová, k jejímu vytvoření bylo použito rešerší odborných článků v databázích a pomocí vyhledávače.

**Abstrakt v AJ:** This bachelor's thesis deals with nursing patients requiring culturally specific care appropriate to their civilizational orientation. The number of legal and illegal immigrants is rapidly increasing and nurses are increasingly confronted with their cultural and ethnic differences. The aim of this thesis is to find out what problems the nurses providing health care encounter most often, how they cope with these problems and how they overcome possible language barriers. The thesis describes issues of the following three groups. The Roma are the largest minority living in this country for several generations. The Vietnamese are the largest group of migrants of a different culture and the Muslims are a small group, but their cultural, customary and religious differences are the most significant. This thesis is a survey using research articles in databases and search engines.

**Klíčová slova:** multikulturní ošetrovatelství, komunikace, cizinci, Romové, Vietnamci, muslimové, kulturní odlišnost, migrace

**Klíčová slova v AJ:** multicultural nursing, communication, foreigners, the Roma, the Vietnamese, the Muslims, cultural difference, migration

**Rozsah:** 59 s.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 29. dubna 2011

-----  
podpis

Děkuji doc. PhDr. Kateřině Ivanové, Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce, za vstřícnost, chápavý postoj a čas, který mi věnovala. Také děkuji doc. PhDr. Janu Klímovi za cenné rady, laskavost a morální podporu po celou dobu přípravy a vlastní realizace práce.

## **OBSAH**

Úvod.....	8
1. Cizinci v České republice.....	10
1.1 Základní pojmy multikulturní ošetrovatelské péče.....	10
1.2 Počet a struktura cizinců v ČR.....	13
1.3 Zdravotní péče o cizince – vývoj situace a současnost.....	17
2. Potenciální problémy ošetrovatelské péče o pacienty vybraných skupin.....	22
2.1 Romové.....	22
2.2 Vietnamci.....	27
2.3 Muslimové.....	31
3. Multikulturní komunikace v ošetrovatelském procesu.....	37
3.1 Verbální komunikace.....	38
3.2 Neverbální komunikace.....	39
3.3 Kulturní šok.....	41
3.4 Specifika komunikace s romským pacientem.....	43
3.5 Specifika komunikace s vietnamským pacientem.....	44
3.6 Specifika komunikace s muslimským pacientem.....	45
4. Postoje a zkušenosti českých sester.....	46
4.1 Postoje středního zdravotnického personálu k romskému etniku.....	47
4.2 Postoje českých sester k pacientům vybraných minorit na území ČR...	48
Diskuse a závěr.....	52
Literatura a prameny.....	5

## ÚVOD

*„Nikoli pohoršovat se, nikoli divit se, ale chápat!“*

*Baruch Spinoza*

Technický pokrok zásadně zkrátil vzdálenosti mezi kontinenty a jejich obyvateli. Moderní doba řadou politických opatření, jako je odbourávání hranic, ale také svými konflikty, jako je ekologická devastace, války, vyčerpání surovin atd., povzbudila migrační proudy. Cestování za prací, obchodem nebo za poznáním se stává součástí života stále většího množství lidí.

Česká republika se po mnoha letech politické uzavřenosti a izolace stala postupně zemí tranzitní a později i cílovou pro tisíce cizinců přicházejících zejména z Asie a východní Evropy. Se vzrůstajícím počtem cizinců se tak musí vyrovnávat všechny sektory společnosti včetně zdravotnictví. Zdravotní sestry se stále častěji setkávají při své práci s pacienty, kteří vyžadují kulturně specifickou péči odpovídající jejich odlišné civilizační orientaci. Aby tato péče byla efektivní, je potřeba překonávat vzájemnou jazykovou a kulturní bariéru. Sestry se musí vyrovnávat s tím, že na ně jsou kladeny stále větší nároky jak po stránce odborné přípravy a jazykové vybavenosti, tak i po stránce vědomostí o specifických odlišných kultur. Proto bylo započato vyhledávání studií na toto téma. Ale nalezené studie se nejčastěji zabývaly integrací menšin do naší společnosti z jejich pohledu (Tóthová 2006, 2007, 2009, Davidová 2008, Nesvadbová 2003, 2009). Některé zkoumaly i postoje vysokoškolských studentů, mládeže nebo policistů k menšinám (Ryšavý 2003, Sak 1999, Buriánek 2004), ale postojů a zkušeností českých sester s ošetřováním pacientů jiných kultur a etnik se zdá být naléhavá a proto, že se zatím žádná práce nevěnovala přehledu výzkumů, projektů a prací na toto téma, vzala si za cíl vytvoření stručného přehledu tato bakalářská práce.

**Cílem práce bylo zjistit, s jakými problémy se sestry při poskytování ošetrovatelské péče setkávají nejčastěji, jak tyto problémy zvládají a jak překonávají případnou jazykovou a civilizační bariéru.** Byly vybrány tři nejdůležitější etnicko-kulturní skupiny odlišné od české zvykové a civilizační normy. **Romové** představují nejpočetnější menšinu, která zde žije již několik generací.



**Vietnamci** jsou nejpočetnější skupinou migrantů odlišné kultury a mentality. **Muslimové** jsou sice jen nepočetnou skupinou, ale kulturní, zvyková a nábožensky motivovaná odlišnost je nejvýraznější. Práce byla rozdělena na tři určující části.

V první části jsou popsány nejčastější potenciální problémy ošetrovatelské péče, se kterými se může sestra u těchto vybraných skupin setkat. Část druhá se zabývá základy komunikace a specifiky komunikační etikety, které jsou nezbytné pro poskytování efektivní multikulturní ošetrovatelské péče. Ve třetí části jsou porovnávány výstupy z nalezených studií, které se zabývaly postoji sester k těmto třem výše zmiňovaným etnickým a kulturně odlišným skupinám. Pro porovnání jsou zde zmíněny i výstupy studií, které se zabývaly stejným problémem u studentů a policistů.

Před specifikací zkoumaného problému přehledové bakalářské práce byla prostudována vstupní literatura, jejímž základem byly tyto monografie: IVANOVÁ, K., ŠPIRUDOVÁ, L., KUTNOHORSKÁ, J. *Multikulturní ošetrovatelství I*, ŠPIRUDOVÁ, L. a kol. *Multikulturní ošetrovatelství II* a ŠPIRUDOVÁ, L. a kol. *Překonávání kulturních a komunikačních bariér při péči o pacienty odlišných etnik a kultur*. Na základě studia těchto materiálů byly stanoveny cíle práce a klíčová slova pro rešeršní práci a období, po které měly být zdroje vyhledávány. Rešerše na zadání vypracovala Moravská zemská knihovna Brno, dále byly vyhledávány v databázích Bibliographia Medica Čechoslovaca a Google scholar za období 2000 – 2011. Při vyhledávání potřebných informací byla použita klíčová slova: multikulturní ošetrovatelství, komunikace, cizinci, Romové, Vietnamci, muslimové, kulturní odlišnost, migrace. Rešerše z knihovny obsahovala 95 odkazů, obě zmiňované databáze poskytly celkem 8 591 odkazů na vybranou problematiku. Nebyl zvolen jiný jazyk než český. Z dohledané literatury bylo vybráno 65 zdrojů, k vypracování nakonec použito 44 zdrojů. Ostatní zdroje nebyly použity, protože se nevztahovaly přesně k cílům práce. Použité literární zdroje byly utříděny a strukturovány podle vytyčených cílů tak, aby tato práce poskytla ucelený přehled problematiky ošetrování pacientů tří výše zmíněných vybraných skupin.

# 1. CIZINCI V ČESKÉ REPUBLICE

## 1.1 Základní pojmy multikulturní ošetrovatelské péče

**Kultura** – tento pojem má etymologický původ v antickém starověku. Vznikl z latinského „colere“ a původně byl spojován s obděláváním (kultivací) půdy. Novou dimenzi tohoto pojmu stanovil Marcus Tullius Cicero, kdy ve svých *Tuskulských hovorech* nazval filozofii kulturou ducha. Tím položil základ pojetí kultury jako charakteristiky lidské vzdělanosti. Během staletí se význam tohoto pojmu měnil v závislosti na filozofii dané společnosti. První definici pojmu kultura vymežil anglický antropolog Edward Burnett Tylor: „Kultura nebo civilizace.... je komplexní celek, který zahrnuje poznání, víru, umění, právo, morálku, zvyky a všechny ostatní schopnosti a obyčeje, jež si člověk osvojil jako člen společnosti“. Kultura vystupuje jako specificky lidský atribut a zahrnuje všechny nebiologické prostředky a mechanismy, jejichž prostřednictvím se člověk jako člen společnosti adaptuje na vnější prostředí. Kultura je způsob života typický pro určitou společnost (Soukup, 2000, s. 13-15). Murphy dodává, že tato společnost pak předává prostřednictvím socializace svůj způsob života dalším generacím (Murphy, 1998 in Průcha, 2001, s. 32).

**Kulturní pluralita – kulturní relativismus** – teoretický princip, podle něhož se uznává, že všechna společenství (národy, etnika, kmeny, rasy, náboženské skupiny) mají své kultury a ty jsou rovnocenné. Proto je třeba tolerovat jejich způsob života a respektovat existenci odlišných hodnot a norem (Průcha, 2001, s. 32).

**Multikulturní – transkulturní** – oba termíny se zaměřují, ale mají své specifické rozdíly. Multikulturalismus podporuje uchování intaktní kulturní identity migrantů. Nevede však ve svých důsledcích k rovnoprávnému soužití, ale spíše prohlubuje izolovanost cizinců. Transkulturalismus naopak staví do centra pozornosti nikoliv kulturu, ale obousměrnou interakci mezi majoritní společností a cizími minoritními skupinami (Kutnohorská in Ivanová, 2005, s. 15-16).

**Kulturní vzorce** – jsou naučená a závazná schémata pro jednání ve standardních situacích, navenek vystupující v podobě obyčejů, mravů, zákonů a tabu, která jsou předávána z generace na generaci již od nejmladšího dětského věku.

**Akulturace** – proces, ve kterém dochází k dlouhodobému kontaktu nebo střetu dvou i více kultur současně. Dochází k trvalým změnám přebíráním jedněch prvků z jiné kultury, jejich vylučováním nebo přetvářením.

**Asimilace** – postupné včleňování jednoho etnika a jeho kultury do kultury druhé tak, že znaky původní kultury se ztrácí a jsou nahrazovány znaky přijímané kultury. Může tak docházet i k vzájemnému obohacování jednotlivých společností (Průcha, 2001, s. 33-34).

**Socializace** – proces učení se běžnému fungování v sociálních rolích dané společnosti či země (Špirudová, 2006, s. 36).

**Integrace** – je způsob adaptace, kdy imigranti uznávají, že kontakt s kulturou hostitelské země je pro ně důležitý, ale současně si udržují kulturu vlastní (Berry, 1980 in Průcha, 2001, s. 155).

**Kulturní šok** – proces, kterým procházejí lidé, při denní konfrontaci s něčím novým, s jinou kulturou, ale i s jinou oblastí stejné kultury. Jde o celkovou úzkost doprovázející pocit ztráty domácího sociálního prostředí, všech do té doby známých podnětů, verbální i neverbální komunikace, zvyků, norem a způsobů reakcí na ně (Oberg, 1960 in Alföldy, 2006, s. 2).

**Etnikum – etnická skupina** – skupina lidí se společným rasovým původem, většinou i společným jazykem, sdílející společnou kulturu. Vyznačují se svou vlastní etnicitou.

**Etnicita** – systém kulturních, rasových, jazykových a teritoriálních faktorů, historických osudů a představ o společném původu, vzájemně působících a formujících etnické vědomí člověka a jeho etnickou identitu.

**Národ** – osobité a vědomé kulturní a politické společnosti, na jehož utváření mají největší vliv společné dějiny a společné území. Dalšími kritérii jsou spisovný jazyk, společné náboženství a sdílení společného vědomí jednotlivce o své příslušnosti k určitému národu.

**Národnost** – je obvykle chápána jako příslušnost k určitému národu nebo etniku. V současnosti je chápána ve dvojitým smyslu. *Etnickém*, jako soubor osob se společným jazykem, historií, tradicemi, zvyky, územím a národním hospodářstvím. *Politickém*, jako soubor občanů určitého státu, tedy osob se státní příslušností tohoto státu (Průcha, 2001, s. 18, 21, 23).

**Národnostní menšina** – je podle zákona skupina občanů ČR, která se odlišuje od většiny počtem, jazykem, kulturou a tradicemi, spojuje ji úsilí o zachování a rozvoj svébytnosti a má historickou souvislost s ČR (Sbírka zákonů ČR, 2001, s. 6461). Obecně pod tento termín zařazujeme všechny typy a kategorie etnických společenství s výjimkou státních národů na svém teritoriu. Jde o „malá etnika“ bez vlastního národnostního státu, části velkých státních národů na území jiného státu a specifické případy na rozhraní etnografické či sociální skupiny. Některé národnosti se mohou vymezovat také na základě náboženského či rasového kritéria (Průcha, 2001, s. 25).

**Rasa** – pojem biologický a antropologický, který upřesňuje, že lidský rod není jednotný, ale odlišuje se určitými anatomickými znaky, jako je barva kůže, vlasů a očí, tvar lebky a obličeje, tělesná výška a proporce. Byly vyčleněny tři základní rasy: bílá – *europoidní*, žlutá – *mongoloidní* a černá – *negroidní* (Průcha, 2001, s. 27). Protože dochází ke stále intenzivnějšímu mísení ras, někteří antropologové tvrdí, že tzv. čisté rasy již vůbec neexistují.

**Rasismus** – je ideologie, která tvrdí, že některá rasa je na základě psychologických kvalit přirozeně lepší - *nadřazená* a jiná horší – *podřadná*. Rasismus byl vždy teoretickou základnou k násilnému ovládnutí jedněch národů a států druhými, v podstatě šlo o učení nenávisti vůči lidem jiné rasy na základě nevědecké teorie o rasové méněcennosti (Ivanová, 2005, s. 35-37). Dnes se vlivem médií používá tento výraz nadbytečně a nepřesně jako označení pro jakékoliv negativní postoje vůči určité etnické skupině, ačkoliv se rasy doslova vůbec netýká (Průcha, 2001, s. 27).

**Rasová diskriminace** – je situace, kdy příslušníci určité rasy, nejčastěji menšiny, jsou znevýhodňováni ve srovnání s příslušníky většinové skupiny populace. Bez kontroly společnosti může postupně přerůst až v extrémně agresivní činy, jako je *rasové násilí* - fyzické násilí s rasovým motivem či *genocida* - snaha určitou skupinu úplně vyhubit (Průcha, 2001, s. 29,38, Ivanová, 2005, s. 36).

**Etnocentrismus** – je opakem kulturního relativismu. Je to tendence hodnotit okolní svět jen z pohledu kultury vlastního společenství. Všichni lidé jsou většinou přesvědčeni o tom, že jejich hodnoty a způsob života je správný. Vyhraněný etnocentrismus může být důsledkem předsudků, rasismu či jiných faktorů (Průcha, 2001, s. 32, Špirudová, 2006, s. 33).

**Předsudek** – iracionální, většinou přebírané a negativně zaměřené postoje vůči někomu nebo něčemu, nejčastěji proti celým sociálním, pracovním a etnickým

skupinám a zejména „rasám“. Obsahuje afektivní složku vůči předmětu předsudku a vzdoruje rozumovým argumentům (Nakonečný, 1970 in Václavíková, 2006, s. 52).

## 1.2 Počet a struktura cizinců v ČR

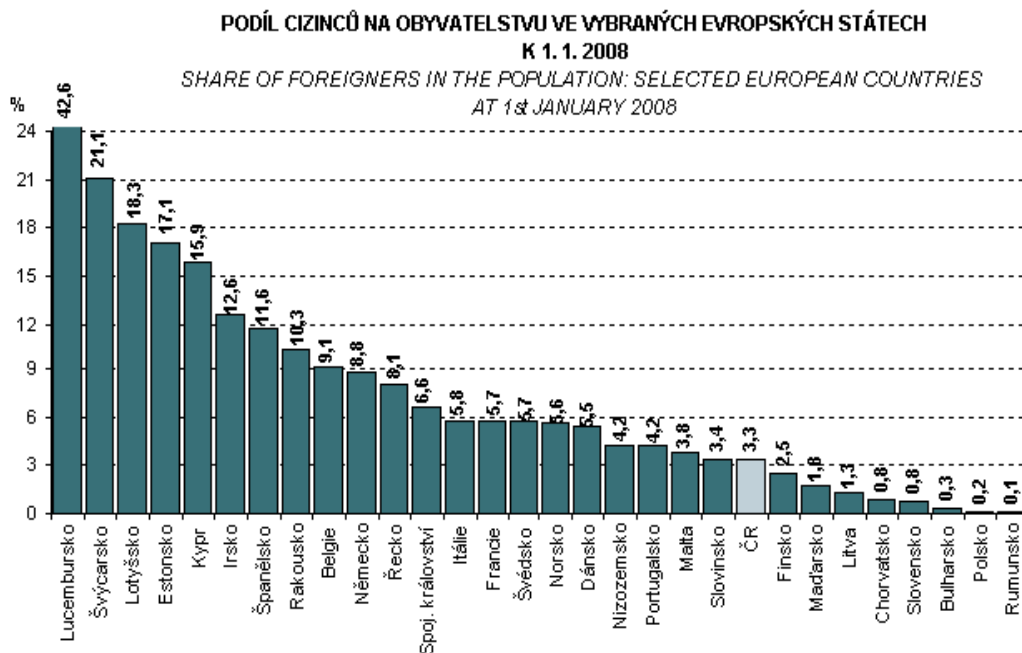
Migrace existuje odedávna jako fenomén s příčinami ekonomickými, bezpečnostními, ekologickými, sociálními, politickými a dalšími. Migrační pohyby a demografické změny postihovaly také České země ve všech minulých dobách. Imigrace se projevila zejména v kolonizačních procesech ve 13. století a v dosídlování pohraničních teritorií po třicetileté válce. S rozvojem komunikací zesílily migrace v 19. století a migrační procesy trvale sílily po celé 20. století. Na počátku 21. století umožňuje otevřený globalizovaný svět migrovat téměř neomezeně, a protože nezanikly tak silné motivy, jako jsou války, politické převraty a ekonomické či sociální rozdíly mezi zeměmi a regiony, musí se se vzrůstajícím počtem migrantů vyrovnávat všechny sektory společnosti včetně zdravotnictví.

V současné době může žít mimo svou mateřskou vlast více jak 140 milionů lidí. Rozmístění těchto migrantů je velmi nerovnoměrné. Asi jednu polovinu lze nalézt v rozvinutých zemích, druhou v rozvojových. Třetina světové populace migrantů je soustředěna do sedmi nejbohatších zemí světa (Německo, Francie, Velká Británie, Itálie, Japonsko, Kanada a USA). V zemích západní Evropy se jich koncem devadesátých let nacházelo přes 20 milionů. Dynamika růstu komunity migrantů je veliká, ročně jich přibývá 2 až 4 miliony. Přes všechna tato čísla je zřejmé, že migranti představují pouze minimum celkové světové populace, pouhá 2% (Drbohlav, 2001, s. 1-2).

V současnosti se Evropa potýká s problémem demografického stárnutí. Z tohoto pohledu je kontinentem nejstarším, na druhé straně stojí jako kontinent nejmladší Afrika, s věkovým mediánem 15-16 let. V řadě evropských zemí přesáhl věkový medián hranici 40 let, v České republice jsme se této hodnotě již také přiblížili (v roce 2007 to bylo 39 let). Na počátku 21. století se hodnota celkového přírůstku evropské populace přiblížila nulové hodnotě. V celosvětovém srovnání představuje Evropa jediný kontinent s úbytkem obyvatelstva. Na počátku 20. století žila v Evropě celá čtvrtina světové populace, v roce 1950 se toto zastoupení snížilo na pětinu a na počátku 21. století kleslo zastoupení na světovém obyvatelstvu na 11%. Těžiště

světové populace se tak přesouvá do východní a jižní Asie, střední a jižní Ameriky a do Afriky. Evropa si jako celek udržuje růst počtu obyvatelstva především díky přílivu migrantů z těchto rozvojových zemí (Kalibová, 2009, s. 211-212).

Na počátku moderní doby zasáhly České země spíše emigrační než imigrační procesy. V dobách, kdy České země patřily do Rakouska nebo rakousko-uherské monarchie, obyvatelé emigrovali především do Ameriky, do Vídně, na Balkán či do Ruska. V roce 1918 vznikla Československá republika jako mnohonárodnostní stát s převahou dvou slovanských národů, ale se silnými menšinami, zejména německou, německo-židovskou, maďarskou, rusínskou, polskou a velkým počtem obyvatelstva romského (Žáček, 1999 in Ivanová, 2005, s. 165). Takové složení favorizovalo přinejmenším přeshraniční migrační procesy. Totalitní režimy, ať už v době nacistické okupace, nebo později stalinistický komunismus, vyháněly lidi z vlasti hlavně z důvodů politických. Zásadní demografické změny přinesla už druhá světová válka, během níž při holocaustu téměř zmizeli Židé a Romové a po níž byla ze země odsunuta většina Němců (2,1 mil.). Další demografickou změnu vyvolalo v roce 1993 rozdělení federativního státu a vznik dvou samostatných republik České a Slovenské. Téměř půl milionu Slováků zůstalo v České republice buď jako občané ČR, nebo s občanstvím Slovenské republiky (Ivanová, 2005, s. 84, 171).



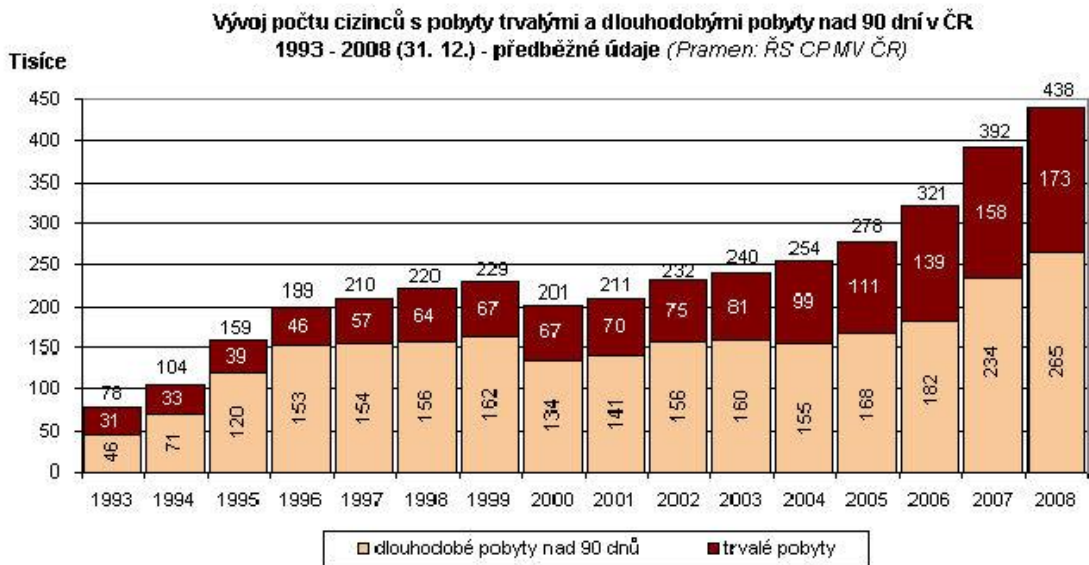
Zveřejněno dne: 26.1. 2010  
Data jsou platná ke dni zveřejnění publikace.  
© Český statistický úřad, 2011

Přestože je na našem území řada národnostních menšin (Slováci, Romové, Poláci, Němci, Rusové, Ukrajinci, Vietnamci a další), nepřesahuje jejich počet 3% populace u každé jednotlivě, což znamená, že Česká republika je státem národnostně silně homogenním na rozdíl od jiných evropských států, kde je počet cizinců značně vyšší, jako například Lucembursko (42,6%), Lotyšsko (18,3%), Irsko (12,6%), Německo (8,8%), Spojené království (6,6%), Francie (5,7%) nebo Nizozemsko (4,2%). Za našimi 3,3% cizinců je z vyspělých evropských států pouze Finsko (2,5%). Pak následují jen země bývalého socialistického bloku jako Maďarsko (1,8%), Slovensko (0,8%) nebo Polsko (0,2%) (ČSÚ, 2011).

*Národnostní menšina* je definována podle zákona č.273/2001 Sb. o právech příslušníků národnostních menšin, jako skupina občanů ČR, která se odlišuje od většiny počtem, jazykem, kulturou a tradicemi, spojuje ji úsilí o zachování a rozvoj svébytnosti a má historickou souvislost s ČR (Sbírka zákonů ČR, 2001, s.6461).

*Cizinec* je podle zákona č. 326/1999 Sb. o pobytu cizinců na území ČR, osoba s jiným než českým státním občanstvím, osoba bez státního občanství a rovněž osoba s více občanstvími, z nichž žádné není občanstvím ČR (Sbírka zákonů ČR, 1999, s. 7406). Z těchto vymezení je zřejmé, že ne každá skupina jiného etnického, kulturního či rasového původu by měla být považována za cizince. Mnozí jsou občany českých zemí po mnoho generací nebo se jejich občanská příslušnost mění se změnou politických rozhodnutí o státním území, což se týká Poláků, Němců nebo Slováků (Ivanová, 2005, s. 171).

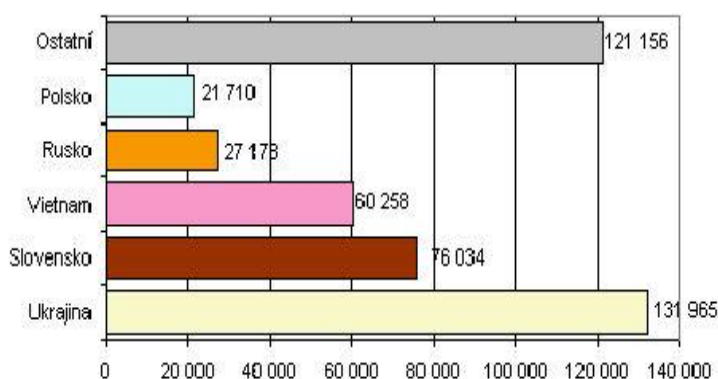
Od vstupu ČR do EU 1.5.2004 a po otevření Schengenského prostoru 21.12.2007 se příliv migrantů stále zvyšuje. Česká republika se také častěji stává zemí cílovou, nikoli jen tranzitní. V roce 2000 evidovalo Ředitelství služby cizinecké policie MV ČR 201 000 cizinců s trvalým či dlouhodobým pobytem nad 90 dnů, v roce 2005 to bylo již 279 000 a k 31.5.2010 se počet zvýšil na 426 479 cizinců. I počty cizinců s trvalým pobytem se zvyšují. Proti roku 2000, kdy jich bylo 67 000, se tento počet prudce zvedl a k 31.5.2010 bylo cizinců s trvalým pobytem 184 724 (ČSÚ, 2011).



Počty nelegálních imigrantů na území ČR lze však odhadnout jen velmi těžce. Věková struktura cizinců je ve srovnání s věkovou strukturou majoritní společnosti odlišná. Vysvětlení najdeme v důvodech migrace, převážně jde totiž o migraci za výdělkem. Silně jsou zastoupeny především věkové kategorie produktivního věku (20-65 let), v tomto věkovém rozmezí se koncem roku 2008 nacházelo 87% všech legálně pobývajících cizinců. Naopak velmi malé podíly vzhledem k majoritní populaci zaujímají jak děti (10%), tak starší osoby v poproduktivním věku (3%) (Hnilicová, 2009, s.3). V současné době přicházejí do České republiky cizinci prostřednictvím několika migračních systémů, z nichž ty největší byly vytvořeny mezi Českou republikou a Slovenskem, státy bývalého Sovětského svazu a Vietnamem (Uherek, 2008, s. 85) Pořadí nejpočetnějších skupin cizinců podle státního občanství se poslední dobou nemění. K 31.5.2010 dominují stále Ukrajinci (128 636), následují Slováci (71 392), Vietnamci (60 931), Rusové (31 037) a Poláci (18 572).



**5 nejčetnějších státních občanství cizinců v ČR - k 31. 12. 2008**  
předběžné údaje (Pramen: ŘS ČPMV ČR)



Podle územního rozmístění je regionem s nejvyšší koncentrací cizinců Praha a Středočeský kraj. Občané sousedních zemí se většinou soustřeďují v blízkosti hranic ČR s tím kterým státem. Ukrajinci jsou významněji zastoupeni v Praze, Středočeském a Jihomoravském kraji, Vietnamci v Praze a u hranic s Německem, atraktivními regiony pro Rusy jsou Praha, Středočeský kraj a Karlovarsko (ČSÚ, 2009).

### 1.3 Zdravotní péče o cizince – vývoj situace a současnost

Informace o zdraví migrantů v ČR, které jsou k dispozici, neposkytují úplný obraz o zdraví narůstajícího počtu migrantů a o faktorech, které jejich zdravotní stav ovlivňují. Výsledné informace nejsou komplexní a netýkají se rovnoměrně všech skupin cizinců. Lze využít také údaje z rutinních statistik, ale ty se týkají jen určité části migrantů, což značně snižuje jejich využitelnost pro popis zdraví migrantů jako celku (Dobiášová, 2009, s. 7). Údaje o čerpání zdravotní péče cizinci udávají pouze nemocnice. Jde o cizince, kteří hradí péči ze smluvního zdravotního pojištění, pojištění uzavřeného v zahraničí, hotově nebo je péče hrazena státními orgány (např. žadatelé o azyl) jako jsou ministerstva a krajské úřady (ČSÚ, 2009). Cizinci s nárokem na veřejné zdravotní pojištění jsou zahrnuti do všeobecných statistik zdravotního pojištění spolu s občany ČR a přitom cizinci – zaměstnanci tvoří více než tři čtvrtiny všech ekonomicky aktivních cizinců v ČR. Údaje z oficiálních statistik tak plně nevypovídají o jejich skutečných zdravotních potřebách (Hnilicová, 2009, s. 8).

Informace z dostupných analýz o potřebě a spotřebě zdravotní péče migranty není možné generalizovat, protože zdravotní stav a přístup migrantů ke zdravotní péči je závislý na řadě dalších determinant jako je věk, pohlaví, země původu nebo délka a typ pobytu. Na celkový zdravotní stav migrantů má vliv pět základních faktorů: genetické a kulturní odlišnosti, socioekonomické postavení, krátkodobá migrační historie a etnická příslušnost. Společně s těmito faktory zdravotní stav ovlivňuje také životní styl, tělesné a sociální podmínky, psychosociální stres a využívání zdravotní péče. Je také nutno zmínit fenomén, v literatuře nazývaný jako „efekt zdravého migranta“. Je vysvětlován jako samovýběrový proces, kdy se pro migraci častěji rozhodují mladší, zdravější a odolnější jedinci než většinová populace v zemi původu, ale i většinová populace v hostitelské zemi. Migranti tak ve srovnání s většinovou populací vykazují v průměru lepší zdravotní stav a nižší míru využívání zdravotnických služeb. Tato relativní výhoda se však nemusí týkat všech skupin migrantů a s délkou pobytu v cizí zemi se může díky psychologickému a sociálnímu stresu, který je s migrací spojen, postupně ztrácet (Dobiášová, 2009, s. 4-5).

Migrace je jedním z nejzávažnějších světových problémů. Migranti a především jejich zdravotní stav, s sebou přinášejí i různá zdravotní rizika spojená se zvýšením počtu chorob, které se zatím v rámci republiky vyskytují v menším počtu, například TBC, HIV/AIDS, hepatitis či pohlavní choroby. Zdravotní péče o migranty znamená i zvýšení nákladů na zdravotní péči a zvýšení nároků na zdravotníky, kteří se tak stále častěji setkávají s pacienty pocházejícími z naprosto odlišných kultur (Schwarz, 2007 in Saadouni, 2008, s. 16-18). V současnosti se ve vztahu ke zdravotnímu stavu migrantů často hovoří o všeobecném právu na zdraví, jako o jednom ze základních lidských práv, kterého může užívat každý, aniž by byl diskriminován z důvodu rasy, náboženství, politického přesvědčení, ekonomických a sociálních podmínek. Problematice zdraví a migrace se věnuje významná pozornost na úrovni Evropské unie již od podepsání Amsterodamské smlouvy v roce 1997, která poprvé stanovila odpovědnost Společenství za imigrační a azylovou politiku. V roce 2000 byla oficiálně odvolána tzv. „nulová imigrační politika“ z posledních dvaceti let a od té doby byla přijata řada opatření týkajících se oblasti zdraví, migrace a migrantů, a to zejména v souvislosti se zaměřením na boj s chudobou a sociálním vyloučením (Dobiášová, 2009, s. 2, 12).

Cizinci, kteří v ČR pobývají dlouhodobě, mají povinnost zajistit si zdravotní pojištění na celou dobu pobytu a to už před vstupem do země. Pokud se cizinec nemůže tímto dokladem prokázat, může mu být vstup do země odepřen (Hnilicová, 2009, s. 13). V ČR je zdravotní péče poskytována na základě *veřejného zdravotního pojištění*. Toto pojištění vzniká ze zákona všem, kdo mají trvalý pobyt na území ČR, těm, kteří zde trvalý pobyt nemají, ale jsou zaměstnanci zaměstnavatele, který má na území ČR sídlo a těm, kteří žádají o azyl (Ivanová, 2005, s. 131). U ostatních cizinců s dlouhodobým pobytem je rozdíl mezi občany EU a občany z tzv. „třetích zemí“. Občané ze zemí EU mají stejný přístup k veřejnému zdravotnímu pojištění jako čeští občané, včetně jejich rodinných příslušníků.

Občané ze „třetích zemí“ (u nás se jedná nejčastěji o Ukrajince, Vietnamce a Rusy) jsou účastníky veřejného zdravotního pojištění jenom tehdy, pokud je sídlo jejich zaměstnavatele na území ČR (Dobiášová, 2009, s. 7). Ostatní mohou uzavřít *komerční zdravotní pojištění*, které je však finančně nákladnější (platby jsou vyžadovány na celé pojistné období dopředu, nejčastěji na rok), pokrývá užší rozsah zdravotní péče a nezajišťuje dostatečnou péči v případě závažného onemocnění a chronických nemocí vůbec (například na inzulínu závislý diabetes, hemodialýza, infekční nemoci včetně AIDS, léčba závislostí, vrozené vady a úrazy při rizikových sportech). Existuje také riziko, zda bude cizinec z těchto důvodů vůbec pojištěn. Také síť poskytovatelů je velmi omezená (Hnilicová, 2009, s. 15). Tyto faktory ovlivňují rozhodnutí cizinců, kteří do ČR přicházejí za prací nejčastěji z východní Evropy, se vůbec nepojistit. Platby za případné léčení při závažném onemocnění nebo úrazu často přebírá zaměstnavatel, aby nebyl důvod pátrat, proč cizinec není pojištěn. Že o své peníze nepřijde, a že migrant je rád, že vůbec přežil, je nasnadě. Stomatologická péče není ve standardním pojištění zahrnuta vůbec, je možné se však připojistit. Akutní stomatologická péče – „...za účelem odstranění náhle vzniklé bolesti...“ je od 1.1.2011 podle Manuálu Pojišťovny VZP do standardního pojištění již zahrnuta (Pojišťovna VZP, 2011, s. 1). Na tento typ pojištění je odkázáno 100-130 000 migrantů, což představuje asi jednu čtvrtinu z celkového počtu migrantů (Dobiášová, 2009, s. 8).

Problémy v dostupnosti zdravotní péče pro cizince lze rozdělit do dvou kategorií. Na již výše zmíněné *limity a omezení komerčního zdravotního pojištění* a na *nedostatek informací o zdravotnictví v ČR a komunikační bariéry*. Tento problém byl částečně řešen prostřednictvím publikací určených cizincům distribuovaných přímo v

cizineckých komunitách a prostřednictvím webových stránek, věnovaných migraci a migrantům ([www.cizinci.cz](http://www.cizinci.cz), [www.domavCR.cz](http://www.domavCR.cz)). Byly vytvořeny dvě publikace „Průvodce systémem zdravotní péče České republiky“ (IZPE 2003) a „Průvodce zdravotní péčí o děti v ČR“ (IZPE 2005), které byly publikovány ukrajinsky, vietnamsky, rusky, česky a anglicky. Publikace jsou dnes již zastaralé a neodrážejí aktuální změny. Ministerstvo zdravotnictví IZPE (Institut zdravotní politiky a ekonomiky) v roce 2006 zrušilo a v současné době nevyvíjí žádnou iniciativu a ani nevypisuje žádné projekty na řešení této situace.

Velká část cizinců tak informace získává od svých přátel a známých, kteří zde již pobývají delší dobu. Nejméně cizinců čerpá informace na úředních místech jako je cizinecká policie, zdravotní pojišťovny nebo ordinace lékařů. V těchto situacích hraje však velmi podstatnou roli právě komunikační bariéra (Hnilicová, 2009, s. 15). Podle Dobiášové také ukazují závěry dostupných výzkumů, že největší překážkou efektivní diagnostiky a léčby je jazyková bariéra. Ta je příčinou neznalosti práv a prostředků obrany proti jejich porušování v oblasti zdravotnictví, dále brání dostatečnému vyjádření a zároveň i pochopení zdravotních potřeb. Komunikaci ztěžuje i neexistence ekvivalentních jazykových výrazů pro některé lékařské termíny a podmínky, což může vést až ke špatné interpretaci (Dobiášová, 2009, s. 6). Brabcová pak ve své studii uvádí, že cizinci vnímají nejvíce překážek v čerpání zdravotní péče v oblasti finanční a sociokulturní dostupnosti, u dětí pak v limitech komerčního zdravotního pojištění (Brabcová, 2009, s. 366).

V ČR byla v roce 2009 poskytnuta zdravotní péče 78 665 cizincům. Z toho bylo 37 951 cizinců ze zemí EU. Počty cizinců ošetřených v nemocnicích se každoročně mírně zvyšují, podíl osob ze zemí EU se pohybuje kolem 50%. Náklady na zdravotní péči u cizinců v roce 2009 činily 575 060 tis. Kč. Nejčastějším způsobem platby za zdravotní péči zůstává i nadále úhrada v hotovosti 34,6%. Z celkových nákladů na zdravotní péči bylo uhrazeno 86,3%. V roce 2009 bylo evidováno 2 255 tis. hospitalizací. Nejčastějším důvodem bylo těhotenství, porod a šestinedělí - 5 970, dále následovaly faktory ovlivňující zdravotní stav a kontakt se zdravotními službami (prohlídky a vyšetření, které vyžadují hospitalizaci, pozorování po úrazu atd.) - 4 040 a na třetím místě co do počtu byly poranění, otravy a některé jiné následky vnějších příčin - 3 456 (ČSÚ, 2009). Zde je potřeba zmínit problematiku zdraví a bezpečnosti při práci. Na základě řady výzkumů se prokázalo, že u zahraničních pracovních migrantů se

v souvislosti s nepřiměřeným pracovním nasazením nebo nevyhovujícími životními podmínkami, vyskytují častěji než u majoritní populace pracovní úrazy, deprese, chronické bolesti hlavy a u žen těhotenské poruchy včetně samovolných potratů (Dobiášová, 2009, s. 2). Výzkum z roku 2004 například ukázal, že Ukrajinci jsou ve srovnání s Čechy ohroženi pracovními úrazy třikrát častěji (Hnilicová, 2009, s. 7).

U cizinců je sledován výskyt TBC, HIV/AIDS a pohlavních nemocí, u cizinek potraty. V minulých letech se podíl cizinců s onemocněním TBC postupně zvyšoval (v roce 2000 činil 9,9%, v roce 2008 již 21,2%). Za rok 2009 byl zaznamenán mírný pokles na 19,2%. Na tomto počtu se nejvýznamněji podílejí občané Ukrajiny, Vietnamu a Slovenska. Přestože roste počet cizinců mezi nemocnými TBC, neznamená to, že by se riziko infekce TBC pro českou populaci v současné době všeobecně zvyšovalo. Celkový počet nově hlášených onemocnění v ČR stále mírně klesá. V roce 2000 bylo celkem nových onemocnění evidováno 1 442, v roce 2005 již jen 1 007 a za rok 2008 to bylo již jen 879 (ČSÚ, 2009). Cizinci také představují 20% všech osob, u kterých byla diagnostikována HIV pozitivita. Syfilis je u cizinců diagnostikováno také relativně často. V roce 2006 to bylo ve 32% případů z celkového počtu nově zjištěných onemocnění. Národnostní složení je opět identické. Podle údajů ÚZIS ČR se na vysokém počtu cizinců s tímto onemocněním podílejí významně obyvatelé azylových zařízení (Hnilicová, 2009, s. 7). Počet potratů, který stále mírně stoupá, je ovlivňován již výše zmíněnými faktory nepřiměřeného pracovního nasazení nebo nevyhovujícími životními podmínkami. V roce 2000 bylo u cizinek evidováno 2 476 potratů celkem, z toho samovolných 328 a UPT 2 093. V roce 2008 to bylo již 3 252 potratů, z toho samovolných 654 a UPT 2 526. Jedno drobné pozitivum lze nalézt, postupně klesá počet UPT vzhledem k celkovému počtu potratů. V roce 2000 tvořily UPT 84,5% z celkového počtu, v roce 2008 již jen 77,7%. Celkově lze shrnout, že v roce 2009 došlo u sledovaných údajů, které se týkají čerpání zdravotní péče cizinci, k celkovému poklesu počtu cizinců (ČSÚ, 2009).

## 2. POTENCIÁLNÍ PROBLÉMY OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTY VYBRANÝCH SKUPIN

### 2.1 Romové

Podle odhadů žije v naší republice asi 300 000 Romů, ale k romské národnosti se jich při posledním sčítání lidu v roce 2001 přihlásilo jen 12 000. Ať už se tedy cítí být spíše Čechy nebo Slováky či Maďary, jejich odlišnost v mnoha aspektech života je i přes staletí, která zde žijí, natolik výrazná, že je k poskytování kvalitní kulturně uzpůsobené péče nutné znát jejich zvyky, mentalitu a životní hodnoty.

Do Evropy přišli ve 13. století z Indie. Zde pravděpodobně patřili ke spodnější kasty a to mohlo být důvodem jejich postupného odchodu, jehož počátek se datuje do 8. století. Už tehdy kočovali a živili se kovářstvím, hudbou, tancem a v době nouze i žebrotou (Kalužiková, 2007, s. 7). V evropském prostředí se ocitli ve zcela zvláštní situaci, protože jejich neformální skupinové normy nebyly vždy v souladu s normami a hodnotami majoritního obyvatelstva a to většinou vedlo k tomu, že ve většině zemí žili a žijí na okraji společnosti (Zábojníková, 2008, s. 13, Maryšková, 2010, s. 26). V Evropě žije odhadem na 12 milionů Romů. Jsou největší a nejrychleji rostoucí evropskou menšinou. Tak jako u nás se hlásí k různým skupinám a národnostem, proto přesný počet není znám. Nejvíce jich žije v Rumunsku a Bulharsku asi 800 000, ve Španělsku a Maďarsku asi 600 000, v Turecku asi 500 000, a na Slovensku, v Černé Hoře, Srbsku a Rusku asi 400 000 (Kalužiková, 2007, s. 14). Většina současné romské populace k nám přišla po druhé světové válce ze Slovenska. Po rozdělení republiky a mírně rozdílnému postoji Slováků k Romům, jejich stěhování k nám pokračuje.

**Rodina.** Příslušnost k rodině je největší hodnotou každého Roma. Osobní potřeby podléhají potřebám rodiny. Romská rodina je většinou patriarchální a má jedno příjmení. Tradiční romská rodina má ve srovnání se současnou českou rodinou odlišnou strukturu a velikost. Je vícegenerační, sociálně značně závislá na příbuzenstvu. Děti a často ani dospělí nerozlišují stupeň příbuznosti. Žena zabezpečuje chod domácnosti, vychovává děti a poslouchá svého muže. Ten do výchovy synů vstupuje až později. Je hlavou rodiny, rozhoduje a nese za rodinu odpovědnost. **Děti** jsou největším bohatstvím. Malé jsou déle obsluhovány, neučí se samostatnosti. Jsou u nich také zřídka pozorovány neurotické rysy, protože nejsou pod takovým tlakem jako děti ostatního obyvatelstva. Jsou také zdrojem obživy – sociální dávky jsou dnes

jedním z důvodů vysoké porodnosti. Nabízí se otázka, zda nové změny ve vyplácení porodného a sociálních dávek budou mít vliv na porodnost nebo převáží staré zvyky a hodnoty. Mužská nevěra je tolerována, ženská ne. Ženina váženost stoupá s počtem porozených dětí. Neplodná žena nemá hodnotu žádnou a manžel jí může opustit. Největší úctě se těší **staří lidé**, což je nejčastějším důvodem, proč neumírají opuštění a odloučení od rodiny, ale doma (Ivanová, 2005, s. 180-181, Kalužíková, 2007, s. 19, Maryšková, 2010, s. 26). Holubová tvrdí, že podle jejího výzkumu by mladší generace své staré blízké raději uložila na oddělení následné péče nebo do domova důchodců (Holubová, 2008, s. 32). V současné době síla velkorodiny slábne. Ještě po válce romské rodiny na svých dětech velmi lpěly a bránily se jejich umístění do dětských domovů. Dnes se romské matky vzdávají svých dětí snadněji než ženy z majority. Romských dětí je v dětských domovech více jak 50%. Také je možné v rodinách zaznamenat násilí na dětech v důsledku alkoholismu či jiných závislostí (Mlýnková, 2010, s. 60-61).

**Vzdělání** nepřipisují velkou důležitost. Školu chápou spíše jako represivní instituci. Je to dáno nejen jejich hodnotovým žebříčkem a zaměřením na současnost a momentální prospěšnost, ale částečně také obavou, že vzdělané dítě se může rodině odcizit. V poslední době se však objevuje posun v hodnocení vzdělání v romské populaci. **Víra** je symbiózou mezi římskokatolickým náboženstvím, ke kterému se většinou hlásí, a jejich vlastními pověrami, které si přinesli z Indie. Boha většinou oslovují formou proseb a chvalozpěvů. Věří, že mrtví navštěvují své blízké na tomto světě ve snech nebo formou nevysvětlitelných zvuků. Věří na magii a zlé duchy (Kalužíková, 2007, s. 21).

**Stravování.** Příprava jídla je rituálem podléhajícím řadě specifických pravidel, odlišných i v jednotlivých rodinách. Proto se například od dívek nevyžadovalo, aby uměly vařit. Tohoto úkolu se zhostila až tchyně, která pak dívku učila vařit v souladu se zvyklostmi své rodiny. Základním pravidlem při přípravě pokrmů je dodržování čistoty v rituálním smyslu. Nádoby, ve kterých se pokrmy připravují, nesmí být použity k jiným účelům. Zbytky jídel se vyhazují, jídlo se neohřívá. Tento zvyk zřejmě pochází ještě ze staré vlasti, kde se jídlo velmi rychle kazilo. Tyto zásady napomohly Romům často žijícím ve špatných hygienických podmínkách, snižovat pravděpodobnost výskytu infekčních střevních onemocnění. Nejedí koňské maso (Ivanová, 2005, s. 181-183).

**Zdraví** stojí na třetí příčce v hodnotovém žebříčku. Při svém zaměření na současnost a momentální prospěšnost však nechápou důležitost prevence. Způsob jejich života vede ke ztrátě odpovědnosti jednotlivce za svůj život a zdraví. Problémům se nesnaží předcházet, při jejich vzniku je odkládají a začnou je řešit, až když už bývá pozdě. Proto se zdravotní stav romské populace liší od majoritní společnosti. Kojenecká úmrtnost je dvakrát vyšší než celonárodní průměr, zdravotní stav dětí je celkově horší než u majoritní populace, střední délka života je asi o 10 let nižší, byl zaznamenán větší výskyt infekčních onemocnění (zejména hepatitid typu B a C), nehod a úrazů, děti nejsou dostatečně očkovány, nevhodné stravovací a vyživovací návyky ovlivňují kvalitu chrupu, romských invalidních důchodců je šestkrát více než by odpovídalo jejich zastoupení v populaci. Příčiny jsou nejčastěji ve špatné životosprávě, nedostatečné hygieně, nevyhovujícím bydlení, neochotě pečovat o své zdraví, nedostatečné péči o kojence (včetně krátké doby kojení) a v nadměrném kouření a užívání alkoholu (včetně matek v těhotenství). Podle Nesvadbové kouří až 75% respondentů jejího výzkumu, alkohol požívá vícekrát týdně 11,1% mužů a 0,9% žen. Zkušenosti s drogami udávalo jen 2,5% respondentů. Tělesné a smyslové poruchy romských dětí bývají dědičné i z důvodu endogamie (svazku mezi blízkými příbuznými). Nižší či naopak vyšší věk rodičky oproti majoritní populaci a také větší počet těhotenství ovlivňují zdraví jejich i jejich dětí (Kalužiková, 2007, s. 23, Maryšková, 2010, s. 27, Nesvadbová, 2003, s. 215). Těhotná žena je „požehnaná“, musí se řídit pravidly na ochranu plodu (nesmí se např. dívat na zesnulé, postižené lidi, na hady....protože věří, že by se jim dítě mohlo podobat, či se narodit mrtvé), ale pracuje do poslední chvíle. Dříve býval zvykem porod doma, dnes pod tlakem majoritní společnosti rodí ženy v porodnicích, ale velmi jim chybí podpora a přítomnost celé rodiny (Ivanová, 2005, s. 181). Proto není výjimkou, že dobu porodu tráví rodina v okolí porodnice a mezi porodním sálem a komunitou venku probíhá pravidelné spojení a cílý ruch. K porodu většinou ženu doprovází další žena z rodiny, přítomnost otce dítěte bývá spíše výjimkou. Většina romských dětí je křtěna, v období do křtu je dítě nejvíce ohroženo zlými duchy (Kalužiková, 2007, s. 22).

Velkou důležitost přikládají umírání a pohřbu. Ze smrti mají strach, ale o umírající pečují a preferují dobrý vztah s umírajícím. Důvodem je hlavně velká úcta k rodičům a ke stáří vůbec. Vyšší věk znamená vyšší postavení v rodině a v romské společnosti vůbec. Postarat se o své rodiče je pro Romy naprosto přirozené a romští rodiče zase



nemají problémy s přijetím této péče a netrpí pocitem, že jsou na obtíž. Proto se v domovech důchodců Romové téměř nevyskytují (Ivanová, 2005, s. 182). Pohřeb je velkou a okázalou událostí, při které se schází celá široká rodina. V období mezi smrtí a pohřbem se u mrtvého vartuje. V tomto období se hrají karty, vyprávějí historky ze života zesnulého, nesmí se přitukávat skleničkami, zpívat a tančit. Často se sundávají nebo zakrývají zrcadla. Oči se mrtvému zatlačují mincemi, aby s sebou nemohl vzít nikoho jiného. Do rakve se vkládají osobní věci zesnulého, v některých rodinách je zvykem osobní věci pálit (Kalužíková, 2007, s. 20).

Ošetřování romského pacienta je velmi náročné. V době nemoci, když jsou odtrženi od své rodiny, jsou nesamostatní, mají strach a tyto komplexy méněcennosti se mohou projevit zvýšenou agresivitou a neochotou spolupracovat. Mají slabší vůli, vytrvalost a trpělivost. Velkým problémem je nedůvěřivost k zdravotnickému personálu. Je potřeba zjistit, komu poskytovat informace a kdo bude za rodinu se zdravotníky jednat. Nejčastěji to bývá muž jako hlava rodiny nebo muž rodině velmi blízký. Ale může to být i žena, matka rodiny. Romové mají úctu k autoritě, proto nejčastěji vyžadují informace od primáře či lékaře oddělení. Pokud možno každý den, což bývá někdy velmi náročné. Mají strach z bolesti a ze smrti, i když jejich stav není vážný. Rady ze strany zdravotnického personálu mohou pociťovat jako nespravedlnost a cítit se dotčeně (Ivanová, 2005, s. 183-184). V akutním stavu dodržují léčebný režim, často a velmi naříkají a vyžadují neustálou pozornost. Také se stále ujišťují, zda se v léčbě postupuje opravdu správně. Při zlepšení zdravotního stavu přestávají dodržovat léčebný režim, dietní omezení, užívání léků, zákaz kouření a často i opouštějí oddělení (Košínková, 2007, s. 19). Propuštění domů znamená pro Roma naprosté uzdravení a tím konec dietních omezení, užívání léků či následných kontrol u lékaře. Proto je nutné před propuštěním vhodně, opakovaně a nedirektivně edukovat o dalším postupu jako je péče o operační ránu, zvýšená hygiena, dietní omezení nebo prevence (Kalužíková, 2007, s. 24).

Romské matky po porodu také často odcházejí domů postarat se o rodinu a dítě nechávají v porodnici. Není výjimkou, že denně telefonují a ujišťují se, zda je o dítě dobře postaráno. Výchova k rodičovství včetně antikoncepce a péče o děti je velká oblast problémů k řešení. Romky začínají sexuální život dříve než ženy z majoritní populace a také dříve a častěji rodí. Vzhledem k víře a finančnímu zázemí je pro ně antikoncepce ne zrovna přijatelná, ale jistě je více možností, jak vnést do praxe zásady

plánovaného rodičovství. Také je potřeba klást větší důraz na dodržování termínů prohlídek u těhotných. Tak by se daly jistě častěji a včas objevit a řešit zdravotní problémy jak matky, tak dítěte. Dodnes ale přetrvává názor, že návštěva lékaře je nepříjemná, bolestivá, spojená s odhalováním těla a soukromí a v současnosti je pro sociálně slabé vrstvy populace i finančně náročná (Dingová, 2005, s. 280). I správná péče o novorozence a děti vůbec je velké téma k edukaci. Vzhledem právě ke svému stylu života, nezabýváním se tím co bude, je tato péče nedostatečná. Těhotné běžně kouří, pijí alkohol, doma děti pobývají v zakouřeném prostředí. O nějakém řádu, pravidlech zdravé výživy či základních hygienických návycích mají občas jen velmi malé povědomí. To všechno se pak promítá do zdraví dětí i matek, zatěžuje společnost a zvyšuje náklady na čerpání zdravotní péče.

Tímto problémem se zabývá také Dingová ve své práci. Shodně dochází k závěru, že romská populace má nízký socioekonomický status, což ovlivňuje život člověka ve všech sférách omezením možnosti výběru a celkové spotřeby (nedostupná zdravotní péče, nízká kvalita bydlení, stravování, hygieny...). Vzniká tak bludný kruh, kde chudoba – nízká životní úroveň - ovlivňuje vznik somatických či psychosomatických onemocnění a sociálně patologických jevů jako je kriminalita či abúzus psychoaktivních látek, které ničí další šanci získat zaměstnání. Úroveň vzdělání ovlivňuje názory na zdraví a schopnost vyhledávat informace o dostupných službách, prevenci a léčbě. Nezaměstnanost vede k insolventnosti, která v současném systému zdravotní péče, kde vedle pojištění jsou nutné i přímé platby (návštěva u lékaře, výdej receptu, některé odběry biologického materiálu), dělá i z péče dostupné péči relativně nedostupnou. Z hlediska ekonomických souvislostí je zdraví ovlivněné nižším příjmem, rostoucí příjmovou nerovností a redukovanými zdroji v systému zdravotní péče.

Ke každému romskému pacientovi je potřeba přistupovat individuálně. Je důležité získat si jeho důvěru. Romové používají více neverbálních prvků komunikace a také je více vnímají. Dokáží odhadnout podtext každé věty. Romové jsou velmi citliví na devalvující přístup zdravotníků a tak z pohledu zdravotníků často reagují neadekvátně, jsou agresivní, zvláště slovně. Ve většině případů je důvodem takové situace nevědomost, neporozumění souvislostem a z toho pramenící pocit ohrožení a ztráty jistoty (Dingová, 2005, s. 277-282). Jako nejdůležitější se tedy jeví získání jejich důvěry. Dobrý vztah mezi Romy a Neromy se buduje velmi dlouho, ale časem se

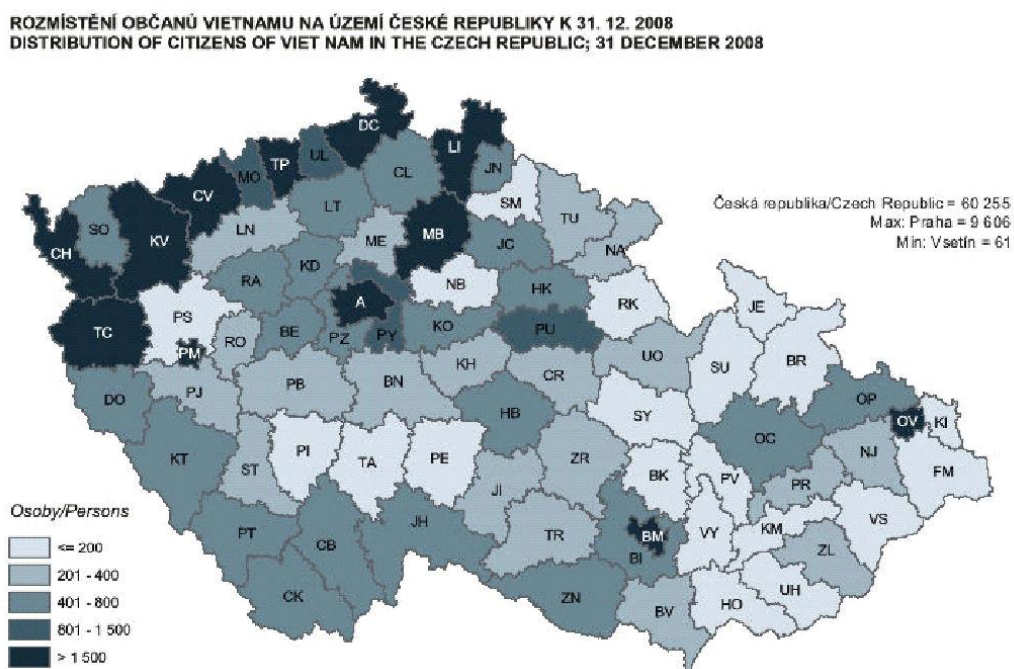
situace může zlomit a výsledky se dostaví. Péče o zdraví etnických minorit není jen problémem naší republiky, ale je to problém celoevropský a je nutno jej řešit především politicky za aktivní spolupráce jak státu tak samotných reprezentantů jednotlivých minorit. Je to součást integrace menšin a obsahem procesu integrace nemůže být zda, ale jak mají být menšiny do společnosti integrovány a jaké postupy jsou nejvhodnější (Nesvadbová, 2003, s. 222).

## 2.2 Vietnamci

Socialistická republika Vietnam je hornatá země v Jihovýchodní Asii, hlavní město je Hanoj. Se svými 86 000 000 obyvatel se řadí mezi patnáct nejlidnatějších států světa. Vietnamci tvoří zhruba 80% obyvatel, ostatní tvoří menšiny, se kterými není zacházeno příliš rovnoprávně, což mělo vliv i na průběh válek v této zemi (Kučera, přednáška 24.2.2011). Úředním jazykem je vietnamština s dialekty Bac, Nam a Hue. Rozšířená je čínština, lze se také domluvit francouzsky a anglicky. Hlavním náboženským směrem je buddhismus. Rozšířený je také konfucianismus a taoismus. Vzhledem k pobytu misionářů již někdy od 15. století se asi 4% obyvatel hlásí ke křesťanství (Ivanová, 2005, s. 194). Historie země je spojena s mnoha válkami. V září 1945 Vietnam vyhlásil nezávislost a přes boje s koloniální Francií a válku s USA, se proboujel v roce 1976 k vyhlášení Socialistické republiky Vietnam. Válka pro Vietnam však skončila až v roce 2005, kdy se vzdala poslední skupina Hmongů, jejichž předci bojovali pod vedením generála Vang Pao na straně USA proti Ho Či Minovi (Kučera, přednáška 24.2.2011). Vietnamský národ je velmi hrdý na svoji statečnost a tradice. Většina obyvatel žije v údolích řek a živí se převážně zemědělstvím. Hlavním zemědělským produktem je rýže a káva.

První vlna Vietnamců do ČR přišla po roce 1950, kdy se Vietnam stal členem RVHP (Rada vzájemné hospodářské pomoci) a ostatní členské státy se rozhodly řešit nezaměstnanost ve Vietnamu formou hospodářské a vědeckotechnické pomoci. V padesátých letech se u nás vzdělávali vietnamští občané ve strojírenství a lehkém průmyslu, po nich v letech šedesátých následovali i vysokoškolští studenti ekonomického a technického směru. Tato forma pomoci trvala do roku 1985, kdy u nás žilo asi 27 000 Vietnamců. Poté se jejich počet začal snižovat, ale přišli k nám němečtí Vietnamci, kteří se nechtěli vrátit do vlasti (Mlýnková, 2010, s. 55). Nyní na našem

území žije oficiálně asi 61 000 Vietnamců, skutečný počet lze jen odhadovat (ČSÚ, 2011). Uzavřenost jejich komunity je dána především velkou rozdílností kultury ze které přicházejí, důrazem na rodinu a soukromí a zásadou dobrého vychování, kdy se nesluší obtěžovat ostatní svými záležitostmi a starostmi. Jedním z názorů také je, že nestojí o integraci do naší společnosti (Kořínková, 2007, s. 20-22).



**Rodina** je na prvním místě, převažuje patriarchální struktura, respektuje se prvorozenectví. V rodině rozhoduje muž nebo nejstarší syn, manželka je jim podřízena. Náboženství a víra mají v životě vietnamské rodiny velký význam. Ovlivňují způsob života, postoje a vztah k nemoci a smrti (Sedláková, 2006, s. 50). Rodiče své děti příliš nechválí, zachovávají si kontrolu nad jejich výchovou. Kladou důraz na úspěšnost a nezávislost, vzdělání přikládají velkou důležitost, přejí si pro děti lepší budoucnost. Od dětí se očekává poslušnost, úcta k starším lidem a rodičům, poctivost, slušnost a nenápadnost (Ivanová, 2005, s. 194-195). Mládež je také přísně vedena k cudnosti a zdrženlivosti. Milenecké páry na veřejnosti neprojevují navenek své city ani erotické a sexuální touhy (Sedláková, 2006, s. 50). Podle Micháلكové se vzhledem k tradiční úctě

ke starším o své rodiče většina Vietnamců stará a nenechala by je umírat v nemocnici, ale zajistila by jim péči doma. To je také povinností ženy, pečovat o nemocné či umírající členy rodiny bez ohledu na pohlaví. Spornou otázkou je péče o dítě s těžkou vývojovou vadou. Pro velkou část příslušníků vietnamské komunity je mentální postižení značně stigmatizující a proto by téměř čtvrtina respondentů výzkumného šetření takové dítě raději umístila do ústavní péče (Michálková, 2009, s. 26-27).

**Stravování.** Potravinám je přiřazována podle filozofie rovnováhy jing a jang síla chladu nebo tepla. Teplé pokrmy – jang – jsou např. vejce, drůbeží maso, rýže a chladné pokrmy - jin – např. karotka a fazolové klíčky. Tak jako v životě, i při stravování a skladbě potravin je třeba rovnováhy. Jídlo se podává třikrát denně, oběd a večeře jsou hlavní jídla. Základní potravinou je rýže, připravovaná mnoha způsoby, podávaná jako příloha i jako jídlo samostatné. Buddhismus hlásá skromnost, což se projevuje jako vegetariánství, maso není zakázané, ale na rozdíl od ryb a mořských tvorů, není v popředí. Na rozdíl od hinduismu připouští i konzumaci masa hovězího (Pavelová, 2005, s. 30). Spíše však preferují ryby a drůbeží maso, listovou zeleninu a ovoce. Pijí převážně teplý neochucený čaj nebo vodu pokojové teploty, odmítají výrazně studené nápoje i jídlo. Mléčné výrobky požívají málo, mají obavy ze střevních potíží, nemusí tolerovat laktózu (Ivanová, 2005, s. 197). Podle výzkumů Tóthové však mléčné výrobky konzumuje 59,4% respondentů vietnamské minority (Tóthová, 2007, s. 225). Když jsou nemocní, jedí nejraději rýžovou kaši, zeleninu a ovoce. Preferují také teplé a měkké jídlo jako je čistý vývar se zeleninou a rýží, málo solí. Velký důraz je kladen na dodržování tradic při přípravě jídla, u kterého se schází celá rodina a řeší nejdůležitější otázky domácnosti, obchodu či vzdělávání dětí (Ivanová, 2005, s. 197). Na rozdíl od nás jedí polévku na závěr jídla, doplní se tím tekutiny a soli. Jsou také zvyklí nechávat na talíři zbytek jídla jako projev toho, že jim chutnalo. Se stolováním souvisí také mlaskání. Je to opět projev úcty k hostiteli a uznání lahodnosti pokrmu. Jí se pomalu, současně se hovoří a relaxuje. To vyplývá z toho, že ve Vietnamu je většinu roku velmi vysoká vlhkost vzduchu a teploty kolem 30° ve stínu. Klimatizace není všude samozřejmostí a rychle snědené jídlo se rovná fyzicky náročnému výkonu, při kterém se ztrácí velké množství energie a potu. Odtud tedy plyne snaha jíst pomalu (Mlýnková, 2010, s. 58). Vietnamci dodržují zásady správné výživy, nepřejídají se. Ohledně kouření jsou informace rozporuplné. Sedláková udává, že nekouří, podle výzkumů Tóthové kouří 75,4% respondentů (Sedláková, 2006, s. 50-51, Tóthová,

2007, s. 228).

**Zdraví a nemoc** jsou vnímány jako rovnováha mezi silami jin a jang, chladem a teplem, vlhkem a suchem. Nerovnováha způsobuje nemoc. Proto je dodnes zvykem vyhledávat léčitele a tradiční lidové praktiky. Při prvních známkách onemocnění se uchylují k bylinám a tradiční medicíně, teprve potom vyhledávají lékaře. Mají úctu k lékařským autoritám, na společenskou akci přijdou pozdě, ale dodrží přesný čas při návštěvě lékaře (Ivanová, 2005, s. 195). Podle Micháلكové chodí na preventivní prohlídky přes 60% dotázaných respondentů. Pravidelnou návštěvu v dětské poradně v zájmu zdraví dítěte považuje za důležitou až 84% Vietnamců. Z provedených výzkumů vyplývá, že Vietnamci o své zdraví pečují, jsou se zdravotní péčí v ČR spokojeni, lékaře však vyhledávají, až když je problém výraznější (Micháلكová, 2009, s. 26). Při ošetřování vietnamského etnika je důležité vysvětlovat všechny úkony a postupy přesně a jednoduše. Je také vhodná zpětná vazba, protože Vietnamec, i když nerozumí, tak se usmívá, což my můžeme považovat za pochopení a souhlas. U starší generace je problém jazyková bariéra, tady může fungovat jako překladatel jiný člen rodiny. Je však nutné posoudit z hlediska intimity otázek, zda je dotyčný vhodný, zda by nebyl lepší neutrální tlumočník. Pokud pacient požádá o přítomnost člena rodiny, je důležité ho přizvat. Pokud onemocní dítě, je potřeba ošetření konzultovat nejprve s otcem. Také není vhodné oznamovat pacientovi závažnost jeho zdravotního stavu bez konzultace s hlavou rodiny, protože si rodina často nepřeje nemocného zatěžovat těmito starostmi. Pro Vietnamce je důležité zachování intimity a soukromí, jsou velmi stydliví, hlavně ženy. Raději se sprchují, pokud mohou, provádějí hygienu sami nebo s pomocí člena rodiny stejného pohlaví. Před podložní mísou nebo močovou lahví dávají přednost použití WC (Ivanová, 2005, s. 195-196). Smrkání do kapesníku považují za směšné a neslušné. Zde dochází k střetu našich kultur, protože jejich smrkání jen tak bez kapesníku, je neslušné zase pro nás (Tržilová, 2008, s. 38). Dobré vychování jim velí neobtěžovat ostatní se svými problémy. Proto neoznámí, že je něco bolí, že se jim chce zvracet, že mají zácpu či nemohou spát. Je potřeba se jich často ptát, zda něco potřebují, jak se cítí, nabízet léky např. na bolest. Hodně pozornosti věnují těhotným ženám. Dbají na správnou životosprávu a odpočinek. Namáhavá činnost, hlavně ve třetím trimestru je téměř nemyslitelná. Při porodu žena „trpí tiše“, je proto zase vhodné nabízet pomoc a uklidňovat (Ivanová, 2005, s. 195-196). Podle Micháلكové jsou patrné některé podobnosti s majoritní společností ohledně porodu.

Porod v nemocnici uznává 72,4%. S možností porodu v domácím prostředí souhlasí pouze velmi malá část respondentů. Přítomnost otce u porodu si přeje 53%. Většina dotazovaných si také přeje, aby dítě po porodu bylo s matkou na jednom pokoji. Plánované rodičovství uznává 81% respondentů, nechtěné těhotenství by ukončilo interrupcí pouze 37,5% dotázaných. Z tohoto průzkumného šetření vyplývá, že se vietnamští spoluobčané v českém prostředí asimilovali, nevyžadují výrazně jiné zacházení a mají podobné nároky na zdravotní péči jako čeští občané. Ale přitom toto zjištění nepopírá přirozené kulturní odlišnosti, které je potřeba vnímat, aby bylo možné poskytovat této skupině pacientů kvalitní kulturně uzpůsobenou péči (Michálková, 2009, s. 27).

### **2.3 Muslimové**

Muslim, zastarale mohamedán, machometán či musulman je vyznavač islámu. Islám je arabské slovo a znamená „oddat se“ a muslim je „ten, kdo se podřizuje vůli Alláha“. Je to absolutní způsob života a pokrývá jak jeho světskou, tak i duchovní oblast. Islám je nejmladší monoteistické náboženství, přitom je dnes, co do počtu věřících, druhým největším po křesťanství. V dnešním světě je nejrychleji vzrůstajícím náboženstvím a získává si tak v celosvětovém měřítku stále větší vliv. Mnoho států třetího světa, které se vynořily v minulém století, bylo muslimských. Některé pak mají primární význam pro světovou ekonomiku, protože ovládají hlavní zásoby ropy, zemního plynu a nerostů. Nejpočetnější zastoupení má islám na Předním a Středním východě, Africe, Indii a Střední Asii. Nejpočetnější muslimská komunita žije v Indonésii, kde 186 milionů muslimů tvoří přes devadesát procent obyvatel. Velké muslimské komunity najdeme také ve východní Evropě (Albánie, Makedonie, jižní státy bývalého Sovětského svazu), ale i v západní (Itálie, Německo, Nizozemsko, Francie). Existuje také domněnka, že islám se brzy stane druhým největším náboženstvím v USA. Šedesát procent amerických muslimů tvoří přistěhovalci z Předního a Středního východu a čtyřicet procent konvertité – většinou Afroameričané. Muslimové mají dnes převahu ve třiceti zemích světa, v mnoha dalších oblastech (Nigérie, Indie, Filipíny, severozápadní Čína) tvoří podstatnou část obyvatelstva. Islám se šíří po celém světě a je ve světových záležitostech stále mocnější (Keene, 2002, s. 120, 144-145).

Počátek můžeme hledat v městě Mekka (Saudská Arábie), kde se kolem roku 570 narodil prorok Muhammad. Když mu bylo 40let, povolal ho archanděl Gabriel na horu Hira, aby mu zjevil slovo Alláhovo (Alláh znamená v arabštině Bůh). Alláh tak učinil již několikrát (Abrahám, Mojžíš, Ježíš), ale jejich poselství byla do značné míry ignorována. Muhammadovo učení se zpočátku mnoho nelišilo od křesťanství a judaismu, v Koránu lze nalézt pasáže ze Starého i Nového zákona. Svaté knihy nikdy nečetl, byl negramotný, proto je tato analogie připisována jeho prorockým schopnostem. Zpočátku nemělo toto nové učení mnoho příznivců, naráželo na nepochopení a nepřátelství. Proto Muhammad odešel roku 622 do Mediny. Tento útěk změnil i jeho základní myšlenky a vyhlásil tak islám za samostatné náboženství (Mlýnková, 2010, s. 64). V Medině tak vznikla nová komunita, známá jako *umma*. Uznávala principy rovnosti a svobody a poskytovala stejné postavení Arabům, Židům i jiným národům. Stala se ideální společností založenou na muslimských zásadách. Od tohoto útěku zvaného *hidžra* je datován počátek islámu. Po návratu do Mekky v březnu 627 Muhammad očistil svatyni *Ka'bu* od model a zasvětil ji výlučnému uctívání Alláha. *Ka'ba* je dodnes srdcem islámu a při své pouti sem míří muslimové z celého světa.

Po Muhammadově smrti v roce 632 zatoužili jeho následovníci zachytit písemně jeho myšlenky i osobní příklad a tak jednotlivá zjevení seřadily do kapitol *súr* a tak vznikla svatá kniha *Korán*, slovo boží – věčné, absolutní a nesrovnatelné. Obsahuje předpisy náboženské, rituální, občanské, státoprávní i trestní. *Súr* je 114 a muslimové se pasáže z této knihy často učí nazpaměť (Keene, 2002, s. 124). Korán také poskytl lepší postavení ženám. Říká, že obě pohlaví jsou si rovna, mají stejný díl odpovědnosti a stejný podíl lidskosti. Žena je rovnoprávná s mužem v přístupu ke vzdělání a vědění, má právo na svobodu názoru, právo uzavírat smlouvy, podnikat, vydělávat a mít oddělené vlastnictví. Také snížil počet manželek na čtyři, ale jen pokud je manžel dokáže stejně zaopatřit. Dnes je však v očích Evropana muslimka utlačovaná (omezený přístup ke vzdělání, povinnost mít zahalený obličej, nesmí hovořit s žádným cizím mužem, kruté tresty za přestupky, poprava za cizoložství), což není vinou Koránu, ale přetrvávajících patriarchálních předislámských tradic mnoha arabských společností a v Koránu se jen snaží najít odůvodnění, aby se těmto patriarchálním tradicím mohl dát islámský háv.



Islám je způsob života, směs víry, myšlenek a jednání, což se odráží i v pěti pilířích víry, na kterých je toto učení postaveno. Jen naprostou podřízeností vůli Boží a zachováním Božích zákonů může člověk dosáhnout opravdového míru. Podřízenost vůli Boží a naprostá poslušnost však neznamená ztrátu individuální svobody. Často užívané slovo *džihád* znamená „usilování o to, co se líbí Bohu“. Nejtěžší *džihád* je boj se sebou samým, proti svým chtíčům, hříchu a zlu. Zahnuje i píli v práci, učení, péči o rodinu a až jako poslední význam je mu přisuzována sebeobrana při napadení (Mlýnková, 2010, s. 65). *Šaháda* je víra v jedinečnost Alláha a jeho proroka Muhammada. Mimo Alláhovu vůli se neděje nic, a proto není dovoleno zpochybňovat boží skutky a je třeba je plně přijímat. *Salát* je rituální modlitba, pronášená většinou v mešitě a jedině v arabštině. Muslim se modlí pětkrát denně, za svítání, v poledne, uprostřed odpoledne, večer a v noci, ale nemusí to být vždy v mešitě. *Zakát* je obdarovávání chudých almužnou. Každý muslim musí ročně darovat dvě a půl procenta ze svého bohatství, protože vše patří Bohu a lidem je majetek pouze svěřený. V muslimských zemích ho vybírá vláda. *Sawm* je povinnost dodržovat půst od úsvitu do soumraku po celý postní měsíc *ramadán*. Je zakázáno jíst, pít, mít pohlavní styk, kouřit a používat zubní pastu. Od půstu jsou osvobozeny děti, které se ho učí postupně, nemocní, starší osoby, těhotné a kojící ženy a lidé na cestách. Je možné pak půst podstoupit později. *Hadždž* je pouť do Mekky ke svatyni *Ka'bě*, kterou je každý zdravý muslim povinen vykonat aspoň jednou za život, pokud je schopen v době své nepřítomnosti plně zabezpečit rodinu (Keene, 2002, s. 132-138).

V současnosti je pro většinu nemuslimů pojem islám a muslim spojen hlavně vinou médií s terorismem, *džihádem* či nelidským zacházením se ženami. Přitom muslimové dali světu mnoho. Arabští vědci přinášeli po staletí mnoho nových objevů v matematice, astronomii, chemii, technice i medicíně. Zřizovali zdravotní střediska a kolem roku 800 vznikla dokonce v Bagdádu první nemocnice se samostatnými odděleními – infekční, chirurgické, oční a všeobecné, vedly se také pečlivé záznamy o pacientech. Založili první farmaceutickou školu v době, kdy v Evropě bylo něco takového naprosto neznámé (Velkoborská, 2009, s. 22).

**Rodina** má výrazně patriarchální charakter, je vícegenerační a široká. Má pro muslima velký význam, zajišťuje všem příbuzným zaopatření, ochranu a jistotu. V muslimských komunitách se výběru partnera pro manželství věnuje celá rodina. Když se dohodne všechno potřebné, zaplatí ženich nebo jeho otec věno, které je

pojistkou pro nevěstu, u níž není pravděpodobné, že si bude sama vydělávat (Keene, 2002, s. 141). Muž komunikuje se zevním světem, reprezentuje rodinu a má povinnost ji finančně zajistit a chránit. Žena poslouchá, mimo dům smí jen zahalená a v doprovodu muže z rodiny. Ke každému vyšetření či kontaktu s lékařem musí dát manžel svolení. Žena je povinná přispívat k úspěchu a blaženosti manželství, nesmí manžela zraňovat ani urážet, má být čestná a důvěryhodná. V oblasti intimního života se má snažit být žádoucí, přitažlivá, chápavá a ochotná. Nesmí svého manžela odmítat a tím se úmyslně vyhýbat početí. Manžel má povinnost se k manželce chovat spravedlivě, laskavě a pozorně a respektovat její city. Nemá ženu vystavovat pocitu nedůvěry a nejistoty (Kořínková, 2007, s. 28). **Děti** jsou největším bohatstvím, domov opouštějí až s dohodnutým sňatkem. Po narození se dítě nejdříve vykoupe a teprve poté podá matce. Otec mu do pravého ucha pošeptá *šahádu*, aby zajistil, že Alláhovo jméno, bude to první, co uslyší. Obřízka se nejčastěji provádí týden po narození, i když je možné ji odsunout na později. Čtvrtý rok, čtvrtý měsíc a čtvrtý den po narození začíná dítě s náboženskou výchovou (Keene, 2002, s. 140). Výchova chlapců a dívek je rozdílná. Chlapci jsou vychováni k zodpovědnosti, připravují se na roli hlavy rodiny. Dívky pomáhají matce a jsou vedeny k úctě a pokoře k mužům (Kořínková, 2007, s. 28).

**Stravování.** Jídlo je považováno za velmi důležité. U jídla se setkává celá rodina, je to společenská událost. Islámský svět je znám svojí pohostinností. Každému hostovi je nabídnuta v kteroukoliv denní či noční hodinu domácí strava, kterou lze jen velmi těžce odmítnout, protože by to byla urážka hostitele. Korán zakazuje jíst vepřové maso a všechny výrobky z něho, i jídla připravená na sádle (Ivanová, 2005, s. 220-221). Zvířata, jejichž maso je dovoleno jíst, musí být zabita rituálním způsobem. Také je zakázáno požívat alkohol a pokrmy na něm připravené. Je dovoleno jíst ryby, které mají šupiny a některé měkkýše jako humry a garnáty. Během hospitalizace je vhodné nabízet drůbeží nebo hovězí maso, vyhýbáme se masu mletému. Je také možné nabídnout vyváženou vegetariánskou stravu. Rodina má tendenci hospitalizovanému členu rodiny nosit či přímo v nemocnici vařit své jídlo, má obavu, aby nemocný nesnědl nějaký zakázaný pokrm. Pokud je součástí léčby dieta, je vhodné informovat rodinu, poučit ji o důležitosti této změny, o případných následcích jejího nedodržování a pokusit se najít vyhovující stravu pro obě strany. Velkým problémem je půst v období ramadánu, nemocný je od něj sice osvobozen, ale mnoho ortodoxních

muslimů si ho přeje dodržovat, přestože pro diabetika či těhotnou ženu to může mít vážné následky. Je vhodnější, aby stravu muslimské pacientce podávala žena, pokud by tak učinil například ošetřovatel, mohla by ji odmítnout.

**Oblékání** také podléhá přísným pravidlům. U žen je oblast od krku až po kolena tabu, ortodoxní muslimka musí mít zahalenou i tvář. Oděv nesmí zdůrazňovat tělesné křivky, nesmí být světlý ani průsvitný. Míra zahalování vychází z tradic té či oné země. U muže je tabu oblast od pupku po kolena. Má také zakázáno nosit oděv z hedvábí (Mlýnková, 2010, s. 66, Stanislavová, 2008, s. 25, Velkoborská, 2009, s. 22-23).

**Zdraví a nemoc**, život a smrt jsou vůle boží. Ale jednou z povinností muslima také je provádět opatření k prevenci onemocnění a jeho léčení a věřit v každý lék. Mezi preventivní opatření patří *čistota*. Je důležité se denně před modlitbou rituálně omýt (obličej, ruce, nohy, ústa a uši). Nejméně jednou týdně se osprchovat (vždy po pohlavním styku, ženy po menstruaci a šestinedělí) a pravidelně odstraňovat chlupy v podpaží a v oblasti genitálu. Po použití toalety dávají přednost omytí vodou před použitím toaletního papíru, ten považují za nehygienický (Zábojníková, 2008, s. 22). Dalším opatřením je *čištění zubů*. Zuby se mají čistit více jak jedenkrát denně, dokonce i před každou modlitbou. Dodnes si miliony muslimů čistí zuby kořeny rostliny miswak a muslimská stomatologie potvrzuje, že je tento způsob zdravější. Důležitá je také *strídmost*. Muslim má jíst, když má hlad a dojít, když ještě není sytý. Je také zakázáno jíst a pít vše, co negativně ovlivňuje zdraví, jako jsou drogy, alkohol či jiné toxické látky. Normální hygienická péče nemůže nahradit rituální očistu. K té je potřeba tekoucí voda, zachování určitého pořadí mytí, a jak muslimové uvádějí, i záměr rituálního mytí. Muslim je „nečistý“ pokud krvácí, probíhá u něj zánětlivý proces, byl na toaletě, spal, byl v bezvědomí, měl pohlavní styk nebo gynekologické vyšetření. V případě nutnosti stačí symbolické omývání. Pacient se dotkne rukou zdi a naznačí mytí. Z islámských pravidel vyplývá, že místo vody nebo písku, může být použit i kámen. Každý muslim se modlí čelem k Mekce (Ivanová, 2005, s. 220). Projít před modlitbami se člověkem může být bráno jako urážka. Je proto vhodné raději procházet za jeho zády a nechat ho rituál dokončit (Saadouni, 2008, s. 16). Pro muslimského pacienta jsou krev, exkrementy či tělní tekutiny nečisté a je potřeba omytí pod tekoucí vodou. U ležícího věřícího pacienta je potřeba mít k dispozici dostatek převařené vody, protože má vedle tekoucí vody také očistný účinek (Velkoborská, 2009, s. 22-23). Korán a modlitební koberec jsou pro muslima velmi

důležité, proto by na ně zdravotníci ani spolupacienti neměli nic pokládat. Také se jich nesmí dotýkat žádná osoba, která má ruce znečištěny krví nebo močí a je tedy nečistá. Také levá ruka je považována za nečistou. Amulet s citáty z Koránu, který někteří muslimové nosí, by jim, pokud to není nezbytně nutné, neměl být odebírán (Ivanová, 2005, s. 220). Při vyšetření by měla být nahota omezena na minimum. Někteří muslimové dokonce vyžadují vyšetření ženy přes oděv. Pacient by měl být vyšetřován a ošetřován zdravotníkem stejného pohlaví (Kořínková, 2007, s. 30). Měli bychom předcházet tomu, aby muslimská pacientka nikdy nebyla při jakýchkoli léčebných opatřeních v jedné místnosti sama s cizím mužem (lékař může být považován za neutrálního, protože léčení je dar od Boha). Také není vhodné posílat pacientku na vyšetření v doprovodu mužského zdravotnického personálu (Velkoborská, 2009, s. 23).

Korán dovoluje lékařům používat všechny prostředky k záchraně či prodloužení života. Povoleny jsou transfuze krve a to i od dárců nemuslimů, transplantace z živého dárce a biopsie. Ale neexistuje povinnost bezúčelně prodlužovat pacientův život. Islám připouští kontrolu porodnosti pokud metoda nenaruší zdraví manželů. Interrupce je povolena v případě ohrožení zdraví či života matky a také pokud došlo k otěhotnění při znásilnění. Plod nesmí být starší 120 dnů (Kořínková, 2007, s. 30). I při běžné hospitalizaci často pacienta navštěvuje široká rodina, pečuje o něj a modlí se za jeho uzdravení. Je vhodné vysvětlit, že existují jistá omezení vzhledem k provozu zdravotnického zařízení a stanovit jednu osobu, která bude se zdravotníky za rodinu komunikovat. V islámských zemích je zvykem sdělovat nejprve diagnózu rodině, aby pacient nebyl rozrušován a neztrácel naději. U nás je to možné jen tehdy, pokud pacient dá k podávání informací souhlas.

Umírá-li muslimský pacient, rodina o něj velmi intenzivně pečuje. Měl by sedět nebo ležet s tváří obrácenou k Mekce, pokud je to možné, snažíme se postel tímto směrem otočit, na jihovýchod (Ivanová, 2005, s. 220-222). Bývá zvykem, že příbuzný nebo jiný významný muslim, šeptá umírajícímu do ucha výzvy k modlitbě. S mrtvým by měly manipulovat pouze osoby stejného pohlaví jako zemřelý. Tělo se omyje a zahalí do prostěradla nebo si ho rodina oblékne do rubáše (Kořínková, 2007, s. 30). Islám zakazuje kremaci. Pohřeb by měl být uskutečněn co nejdříve, protože duše zemřelého najde klid až v hrobě. Příbuzní na smrt svého blízkého reagují velmi emocionálně, trhají si vlasy a nechťejí se s touto situací smířit. Eutanázie je zakázána, a to jak vyžádaná pacientem, tak asistovaná sebevraždou. Podle Koránu má každý jedinec

určenu délku života a tak je sebevražda naprosto nepřijatelná. Výjimku tvoří pouze extremističtí muslimové, kteří uskutečňují sebevraždu za ideu *džihádu*. Jsou považováni za mučedníky a přísluší jim mimořádné posmrtné obřady. Pitva je tradičně zakázána, muslimové věří na znovuzkříšení, proto by tělo mělo zůstat neporušené. Výjimkou je pitva za účelem stanovení příčiny smrti (Ivanová, 2005, s. 224, 230).

### **3. MULTIKULTURNÍ KOMUNIKACE V OŠETŘOVATELSKÉM PROCESU**

Komunikace je sociální proces předávání informací, slov, významů, ale i pocitů, myšlenek a vztahů, což lidem napomáhá k vzájemnému poznávání a obohacování. Pokud účastníci pochopí navzájem význam předávané informace, můžeme ji hodnotit jako efektivní (Hornáková, 2008, s. 23). Multikulturní komunikace je komunikace mezi příslušníky různých kultur. Je nutné nejen znát kulturní rozdíly, ale také je respektovat. Bariéry, které mohou tuto komunikaci narušovat, nenacházíme jen v neznalosti jazyka, ale také zvyků, morálky, zákonů i odlišnosti vzhledu. Jejich překonávání není jednoduché. Máme spíše tendenci vnímat vše odlišné od naší kultury negativně, posuzujeme spíše podle našich norem (Mikuláščík, 2003, s. 35). S kulturou národa, komunity i menšiny, komunikace úzce souvisí. Pokud budeme dělat chyby v komunikaci, ošetrovatelský proces nebude efektivní, i kdybychom perfektně znali pacientovy biologické a kulturní odlišnosti. Zdravotníci, kteří se při své práci setkávají s lidmi z odlišných kulturních prostředí, by měli být vybaveni patřičnými znalostmi nejen z oblasti transkulturní péče, ale i transkulturní komunikace. V základě rozdělujeme komunikaci na verbální a neverbální. Verbální je nejmladší a nejdřívejší komunikační kanál, má prioritní postavení a neverbální ji doplňuje, ale je známo, že při mluvené řeči naslouchající vnímá pouze 7% informací prostřednictvím slov, 38% prostřednictvím tónu hlasu a celých 55% prostřednictvím řeči těla (Kutnohorská, 2006, s. 96).

### 3.1 Verbální komunikace

Pro každý jazyk je primárním sdělovacím prostředkem řeč mluvená. Řeč psaná je sekundární formou, mnoho jazyků ji ani nemá. Pokud je příslušník jiného etnika, který neovládá jazyk země, kde se nachází, nucen vyhledat zdravotnickou pomoc, nedokáže správně popsat svoje těžkosti a problémy a nerozumí instrukcím. Dochází tak k neuspokojování potřeby komunikace a tato jazyková bariéra a s ní související nedostatek informací, může vyvolat strach, úzkost, frustraci, hněv, smutek i mnoho dalších nepříznivých emočních stavů. Dochází tak k neuspokojení základních lidských potřeb jako jsou jistota a bezpečí (Trachtová, 1999 in Špirudová, 2006, s. 66). Když se člověk dostane do cizího prostředí, bývá mnohem vnímavější k radě, pro něj jindy nepodstatných, podnětů. Je důležité si toto uvědomit při kontaktu s pacientem jiné kultury. Pro zdravotníka to znamená udělat si na něho čas, nespěchat, počítat s jazykovými i kulturními bariérami. Pokud se zdravotník setkává častěji s jednou určitou skupinou cizinců, je dobré naučit se pár základních slov v jejich jazyce. Dává tak najevo zájem, ochotu naslouchat a vysvětlovat. Rozumný kompromis je lepší než vyhrocování neshod, zesměšňování či otevřený konflikt s vážnými důsledky pro všechny zúčastněné (Saadouni, 2008, s. 18). K cizincům vždy přistupujeme jako k někomu, kdo přišel do našeho prostředí s jinými kulturními hodnotami a je zvyklý na jiný způsob komunikace. Cizí jazyk je vždy náročný, zejména pro někoho, kdo je v cizí zemi nedobrovolně. Zásady verbální komunikace: hovořit pomalu a zřetelně, pečlivě vyslovovat, vyhýbat se složitým obrátům, používat krátké a obsahově jednoduché věty, klíčová slova a věty opakovat, používat pomlku (tím poskytnout čas na rozmyšlenou a uspořádání myšlenek), používat ověřovací otázky a krátké průběžné shrnutí (Mlýnková, 2010, s. 53). Pokud zdravotník hovoří pouze česky, i když se předpokládá, že se postupně bude jazyková vybavenost zlepšovat, nemá smysl mluvit s cizincem podle těchto zásad, problém není v jeho nedoslýchavosti či mentální retardaci, ale v neznalosti jazyka. Pak je vhodné zajistit služby tlumočnicka, ať už z řad rodiny či přátel, kteří česky hovoří nebo profesionála (Špirudová, 2006, s. 77). Při komunikaci s cizincem přes tlumočnicka necháme klientovi i tlumočnickovi počáteční čas na vzájemné seznámení, mluvíme pomalu, v krátkých větách, otázky adresujeme na klienta a ne na tlumočnicka. Ujistíme se, zda tlumočnick zná nejen jazyk, ale také kulturní podmíněnost. Trváme na tom, aby překlad byl přesný a tlumočnick si ho

nemodifikoval. Nezapomeneme tlumočnickovi za překlad poděkovat (Kutnohorská in Ivanová, 2005, s. 80). Není-li tlumočnick hned k dispozici, je na místě pokus o komunikaci pomocí gestikulace, mimiky, obrázků, komunikačních karet nebo demonstrací – čím více je těchto metod zkombinováno, tím větší je šance vzájemného dorozumění. Velký význam pro pacienta i jeho doprovod mají informace, které získává z neverbální komunikace a ze způsobu chování zdravotníka k němu (Špirudová, 2006, s. 77).

### 3.2 Neverbální komunikace

Je dorozumíváním nejen pomocí slov, ale celé řady různých gest, mimiky, doteků, pohybů, oblečení i dodržování vzájemné vzdálenosti. Nehovoříme jen slovy a gesty, ale i tón hlasu a signály řeči těla jsou velmi důležité. Pokud je výraz tváře nebo tón hlasu v rozporu se slovy, posluchač obvykle vnímá a přijímá to, co je vyjadřováno neverbálně. Význam neverbálních znaků je ovlivňován kulturou, dobu, sociální skupinou a prostředím. Podle druhu smyslového orgánu, kterým je komunikace přijímána rozlišujeme tyto komunikační kanály – *optické* (gesta, pohledy, dotyky), *akustické* (paralingvistické projevy), *taktilní* (dotyky), *čichové* (vůně, pachy) a *chuťové* (sladký, ostrý, hořký). Druhy neverbální komunikace se liší podle prostředků, kterými jsou vyjadřovány. Můžeme je rozdělit na mimiku, proxemiku, kineziku, pohledy, úpravu zevnějšku, haptiku, posturologii, gestiku a paralingvistiku. (Kutnohorská in Ivanová, 2005, s. 66, 78).

**Mimika.** Slovní základ pochází z řeckého slova *mimos* – citlivě napodobující, imitující. Lidská tvář dokáže vyjádřit pestrou škálu pocitů – štěstí i neštěstí, překvapení i očekávání, strach, bázeň i jistotu, radost i smutek, klid i rozčilení, spokojenost i opak až po znechucení a zájem i nezám. Každý člověk disponuje třemi mimickými zónami. Čelo a obočí, kterými vyjadřujeme hlavně překvapení. Oči a víčka, která nejlépe vyjádří radost, strach a smutek a dolní část obličeje pak dohrává ostatní hnutí mysli. Rozčilení se zračí v celém obličeji. Nejdůležitější je v každém kontaktu úsměv, navozuje pocit uvolnění. U Asiatů ale s trvalým úsměvem opatrně, mohou ho, vzhledem ke své kultuře, považovat za výraz nejistoty, omluvy, rozpaků nebo zmatku (Kutnohorská, 2006, s. 27).

**Proxemika.** I vzdálenost při komunikaci hraje velkou roli. Nevhodně zvolený odstup může vyvolat obavy, pocit nepřátelství nebo nezájmu. Rozeznáváme čtyři základní proxemické zóny. *Intimní zóna.* Její dolní hranice splývá s tělesným dotekem a končí ve vzdálenosti 15-30 cm. Je to zóna pro vzájemně velmi blízké osoby. Zde silně vnímáme čichové a dotykové vjemy. *Osobní zóna.* Dolní hranici tvoří vzdálenost těl 45-75 cm. Horní končí ve 120 cm. Jedná se o vzdálenost, kterou dodržujeme při kontaktu s neznámým člověkem. Dobře vnímáme mimiku, pohledy a pohyby. Velikost této zóny je kulturně podmíněná. *Sociální zóna.* Dolní hranice je 1,2 m, horní 3,6 m. Je vhodná při služebním nebo obchodním styku. Vnímáme celou postavu partnera. *Veřejná zóna.* Začíná na 3,6 m a končí maximálně u 7,6 m. Používá se při veřejných vystoupeních (řečník, herec, učitel). Lze využít k zaujmutí posluchačů pomocí gest a pohybem v prostoru.

**Kinezika.** Je to vlastně řeč pohybů. Jak celého těla, tak jednotlivých částí. Až 65% neverbálních informací o sobě podáváme formou pohybů.

**Pohledy.** Otevírají komunikační kanál a jsou nejhlubší formou sociálního kontaktu.

**Úprava zevnějšku.** Zahrnuje vše, co lze zjistit ze způsobu oblečení, účesu, preference barev, kosmetiky, bydlení nebo značky auta. Kultura výrazně ovlivňuje styl oblečení, i když je dnes odívání velmi ovlivňované módním diktátem. Kultura má také vliv na to, které části těla mají být zahalené (Kutnohorská in Ivanová, 2005, s. 68-71).

**Haptika.** Původ slova pochází z řečtiny, slovo *haptein* znamená dotýkat. Význam dotekové komunikace se mění podle toho, koho, jak a v jaké situaci se dotýkáme. Je to mnohovýznamová forma komunikace obecně většinou srozumitelná, patří k nejzákladnějším formám dorozumívání (Kutnohorská, 2006, s. 97).

**Posturologie.** Řeč těla - komunikace pomocí postoje, polohou a držení těla.

**Gestika.** Řeč rukou - pomocí gest komunikujeme ve spojitosti s řečí mluvenou, ale i bez ní. Jde o pohyby kterékoliv části těla, nejen rukou. Jsou ovlivňována vědomím (vědomá gesta, nevědomá, automatická), kulturou (výrazná gestikulace Italů, rezervovaná gesta Angličanů), sociálními vlivy i dědičností.

**Paralingvistika.** Soubor vokálních a hlasových projevů, pohybujících se na hranici mezi neverbální a verbální řečí. Nejdůležitější projevy jsou barva, výška, melodie a síla hlasu a vsouvání i načasování pomlček (Kutnohorská in Ivanová, 2005, s. 69-71). Nežádoucím jevem může být tzv. embolofrázie – prokládání verbálního projevu nejrůznějšími slovními vmetky, které mají většinou ráz neutrálních slov, ale v určitých



situacích mohou působit nevhodně (Štecová, 2010, s. 32).

Neverbální projevy můžeme také dělit na *emické* – vlastní jen určité kultuře a *etogramy* – normy chování srozumitelné napříč kulturami, kterých není málo. I děti od narození slepé nebo hluché se smějí a pláčou, přestože tyto projevy nemohou z okolí odpozorovat. Ve všech kulturách lidé projevují stejně překvapení, líbají se, objímají, projevují žal a zármutek. V rozpacích si zakryjí obličej, když se zlobí zamračí se a mají-li radost, doširoka rozevřou oči, zvedne se jim obočí a usmívají se. Syndrom strachu, zlosti, pláče, úsměvu nebo smíchu má tedy platnost ve všech kulturách (Kutnohorská, 2006, s. 97).

### 3.3 Kulturní šok

Poprvé tento termín použil antropolog Oberg v roce 1960 při popisu procesu přizpůsobení, který zažívají lidé při denní konfrontaci s něčím novým, s jinou kulturou, ale i s jinou oblastí stejné kultury, zde můžeme použít také termín „transition shock“ (Bennet, 1998 in Mikulášková, 2010, s. 4). Oberg kulturní šok definuje jako celkovou úzkost doprovázející pocit ztráty domácího sociálního prostředí, všech do té doby známých podnětů, verbální i neverbální komunikace, zvyků, norem a způsobů reakcí na ně (Oberg, 1960 in Alföldy, 2006, s. 2). Tímto procesem se zabývalo více autorů (Oberg, Chapel, Taft, Belliniová), ale v podstatě docházejí ke shodnému závěru, jen s rozdílnými pojmenováními jednotlivých čtyř fází. Proto je zde použito rozdělení Obergovo, jako první a základní. 1.fáze: *fascinace novými lidmi a novou kulturou* – člověk přichází do cizí země a je okouzlen a fascinován vším novým a neznámým, 2.fáze: *krize* - je to období, kdy člověk začíná mít problémy, musí řešit reálné situace spojené s potížemi s jazykem, nakupováním, jednáním s úřady, neznalostí kultury. Toto období bývá spojené s pocity frustrace, úzkosti, hněvu apod. (Špirudová in Ivanová, 2005, s. 158, Alföldy, 2006, s. 2), 3.fáze: *poznání* – jedinec se učí postupně zvládat běžné denní situace, nakoupit, domluvit si schůzku, jíst ve společnosti, řešit problémy na úřadech, specifika společenských rolí mužů, žen a dětí, pravidla pro náboženské obřady, rituály spojené s jídlem, řešení zdravotních problémů (Lustig a Koster, 1996 in Ivanová, 2005, s. 158). Podle Belliniové může ale v této fázi dojít až k izolaci jedince. Zklamání z předchozího období může vést k přehnané kritičnosti hostitelské kultury a idealizaci kultury vlastní. Toto období bývá provázeno pocity smutku, lítosti a zlosti,

stýskání po domově, podrážděnosti či plačtivosti. Tyto pocity se mohou odrážet ve fyzických obtížích jako jsou nespavost, bolesti hlavy, kompulzivní přejídání se nebo nadměrné požívání alkoholu (Belliniová, 2005 in Mikulášková, 2010, s. 5-6), 4.fáze: *přizpůsobení se* – období, kdy se člověk již přizpůsobil, váží si nové kultury i lidí kolem (Špirudová in Ivanová, 2005, s. 159). Tento proces může trvat různě dlouhou dobu, od několika měsíců až po několik let. Někdo se nedokáže cítit integrovaný v jiné kultuře ani po mnoha letech pobytu. Délku adaptace také ovlivňují faktory zda byla migrace plánovaná, zda jedinec odchází s celou rodinou do země, kde má zajištěnu práci a určité sociální jistoty či odchází nuceně do prostředí neznámého bez jakýchkoliv jistot. Je důležité si uvědomit, že kvalita komunikace s cizincem může být ovlivněna tím, v jaké fázi kulturního šoku se nachází (Alföldy, 2006, s. 3).

Při komunikaci s cizinci je vhodné si uvědomit a dodržovat řadu obecně platných doporučení:

- Zjistit v jakém jazyce je možné komunikovat, případně zajistit tlumočnicka
- Každého člověka vnímat jako jedinečnou individualitu
- Udělat si na rozhovor čas, mluvit pomalu, zřetelně artikulovat, používat jednoduché věty, vyvarovat se slangových či odborných termínů
- Informace opakovat i vícekrát, požádat o zopakování jeho vlastními slovy
- Používat prvky neverbální komunikace, všimnout si u něho projevů verbální i neverbální komunikace
- Poskytnout dostatek času na vyjádření jeho potřeb, názorů na situaci, další postup léčby či ošetření
- Hledat kompromisní řešení, brát ohled na etiku, kulturní a biologické zvláštnosti, být trpělivý a tolerantní ke všem typům jeho projevů
- Podporovat, povzbuzovat a pomáhat ve vyjadřování pocitů, myšlenek, názorů a potřeb
- Doplnovat komunikaci i pomocí slovníků, obrázků, schémat, nákresů nebo komunikačních karet

Při změně naší monokulturní společnosti na multikulturní je velmi důležité pochopení verbálních i neverbálních projevů. Je potřeba nejen lepší jazyková vybavenost zdravotnického personálu, ale i schopnost dešifrovat multikulturní neverbální projevy jiných kultur a znát a dodržovat **komunikační etiketu** (rituály a konvence specifické pro komunikaci určité kultury). Pokud ji nerespektujeme, mohou

vznikat větší problémy, než při neznalosti jazyka, protože má u některých kultur velký význam (Hornáková, 2008, s. 24, Kutnohorská, 2006, s. 96)

### **3.4 Specifika komunikace s romským pacientem**

Komunikační styl Romů je v mnohém odlišný od stylu majority v celé střední Evropě. Je zde obsažen vysoký podíl emocí, chlad navenek v jednání neznají. Emoce jsou viditelné na dálku. Pokud mají problém, jdou pouze za jeho řešením a nejsou schopni náhledu, racionálního rozboru a systémového přístupu. Proto je vhodné brát některé informace relativně a umět je správně vyhodnotit. Stejně emocionálně prožívají radost a nejen vlastní. Mají úžasné vyvinutý smysl pro poznání člověka „na první pohled“. Při komunikaci zpracovávají až 95% mimoslovních informací. Více vnímají podtext než obsah sdělovaného. Mají mnohem více vyvinutou schopnost empatie v jednání s druhými než majorita (Šišková, 2001 in Ivanová, 2005, s. 182-183). Důležité je umět Romovi vyjádřit úctu. Dokáže přijímat oprávněnou kritiku, pokud je pronášena taktně a upřímně. Veřejné zostuzení není vhodné. Podat správně kritiku je velkým uměním ve všech kulturách, Romové dokáží kritizovat problém, ne člověka. Pokud žena jedná s romským mužem je vhodnější nedívat se mu zpřímá do očí, může to být považováno za sexuální výzvu. Romský muž, když podává ruku a nedívá se do očí, není nezdvořilý, naopak tím vyjadřuje úctu. Mladá bezdětná žena by neměla v kontaktu s romskou matkou klást direktivní podmínky a poučovat ji o tom, co je či není vhodné pro její děti nebo jí vyhrožovat odebráním dětí. Pro efektivní komunikaci je nutné vzbuzení důvěry, respektování romských pravidel a zvyků, vnímání Roma jako rovnocenného partnera. Dalším důležitým prvkem je asertivita, neměli bychom ustupovat od nutných požadavků (Maryšková, 2010, s. 27). Romština nemá adekvátní výrazy pro některá námi běžně používaná slova. Proto je vhodné časté opakování informací a předvádění situace. Zdravotník by také neměl používat medicínskou terminologii (Zábojníková, 2008, s. 14). Obecná pravidla pro komunikaci s Romy: nespěchat, nečekat okamžité výsledky, vnímat neverbální komunikaci a také ji používat, nekritizovat před svědky, ale projevit nespokojenost v soukromí, nebát se blízkosti, dotyku, emocí, mluvit jasně, stručně, konkrétně, používat zpětnou vazbu, vyjádřit úctu a respektovat hodnotový systém Romů (Mlýnková, 2010, s. 64).

### 3.5 Specifika komunikace s vietnamským pacientem

Komunikace s vietnamským pacientem by měla v první řadě probíhat klidně. Jakákoli prudká a rychlá gesta nebo zvýšený hlas jsou považovány za nevhodné. V souvislosti s tradicí se nejprve zdraví muž a pak žena. I při oslovování skupiny lidí začínáme slovy „Vážení pánové, vážené dámy...“. Při seznamování nepodávají jen pravou ruku, toto gesto doprovází i lehký stisk ruky levé. Za uctivé je také považováno podávání věcí oběma rukama. Při rozhovoru může být zavedena řeč na rodinu. Zájem o ni vyjadřuje úctu. Je nezdvořilé odbýt tazatele jednou stručnou větou. Také je považováno za neslušné, když se muž dotkne cizí ženy. Vietnamci se často smějí i v situacích, které Evropanům směšné nepřipadají. Úsměvem vyjadřují i nejistotu, rozpaky, nepochopení situace. Pokud si neuvědomíme, že jednáme s člověkem jiné kultury a považujeme to za výsměch a reagujeme křikem, ztrácíme před ním tvář. Také veřejná kritika odporuje vietnamským tradicím. Je vhodné prodiskutovat problém v soukromí a pokusit se objasnit všechna stanoviska. Před svědky by mohl Vietnamec ztratit tvář. Veřejná kritika od zaměstnavatele je považována za nejkrutější trest (Mlýnková, 2010, s. 57). Gesto k přivolání druhé osoby vypadá spíše jako její odhánění – ruka je otočena dlaní dolů a prsty se pohybují směrem k přivolávajícímu. Dlaň otočená směrem nahoru symbolizuje nadřazenost. Ruce v bok signalizují negativní postoj, ruce zkřížené na prsou vyjadřují nesouhlas s obsahem rozhovoru. Přímý pohled do očí při rozhovoru může být považován za projev nadřazenosti a povýšenosti, zde nemusí platit tak přísně pravidlo očního kontaktu s pacientem (Kořínková, 2007, s. 20-21). Hlazení po vlasech či jakékoliv jiné dotyky na hlavě jsou považovány za velký projev neúcty. Dotyky na veřejnosti jsou mezi milenci nepřipustné (Sedláková, 2007, s. 237). Podle výzkumů Michálkové zaznamenává většina vietnamských pacientů při komunikaci se zdravotnickým personálem problémy. Tlumočnicka vyžaduje 76,8%. V 85,1% bývají při komunikaci nápomocni členové rodiny či známí, zde je ale nutné vzhledem k intimním dotazům zvážit vhodnost zvolené osoby. V 75% jsou při komunikaci zdravotníci nápomocni, ale přesto by 78,8% respondentů uvítalo, kdyby lékaři a sestry ovládali základní pojmy v jejich rodném jazyce (Michálková, 2009, s. 26).

### 3.6 Specifika komunikace s muslimským pacientem

Komunikace s cizincem bývá obecně ztížena neznalostí jazyka, a i když zde pobývá dlouhodobě, nemusí znát zdravotnickou terminologii. U muslimských pacientů je kvalita kontaktu zhoršena ještě určitou nedůvěrou ke zdravotnickému personálu a křesťanské kultuře vůbec. Většina dotazovaných muslimů uvedla, že u nás většinou nejsou respektována žádná specifika odlišné kultury. Nejčastější problém vidí v nedodržování intimity, která je pro ně z hlediska náboženství velmi důležitá. Jako další problém vidí špatné chování zdravotnického personálu k pacientům, nerespektování stravovacích zvyklostí a obecně malou znalost kulturních a náboženských zvyklostí. Někteří dokonce uvádějí, že byli svědky nevhodného chování sester k pacientům muslimského vyznání. Všichni si shodně přáli, aby zdravotnický personál respektoval specifika jejich náboženství (Tóthová, 2009, s. 285, 290).

Jsou hrdí a nepřiznají, že mnohým slovům nerozumějí, proto je zde na místě zpětná vazba. Při komunikaci s nezúčastněným je tabu hovořit o některých tématech, proto je vhodnější, aby anamnézu odebírala jedna osoba stejného pohlaví. Neradi hovoří o rodinných a intimních problémech s někým, kdo není stejné víry, velmi vyhýbavě se staví k otázkám fyziologických funkcí (močení, stolice, výtok, zvracení). Žena s cizím mužem nemluví o těhotenství. Také dotazy na rodinný stav, počet dětí u svobodné ženy nebo vdané bezdětné ženy ( i když to nevíme) jsou přijímány s nevolí. Tato témata se při ošetrovatelské péči nedají obejít, proto je potřeba trpělivosti a citlivosti při jejich projednávání a počítat i s odmítavými reakcemi. Intenzivní vizuální kontakt či dotyky mezi opačnými pohlavími jsou nepřijatelné. Muslimové nejsou zvyklí si při pozdravu podávat ruce. Místo pozdravu si kladou ruku na srdce. Pokud muslim odmítá podání ruky, má většinou ruce založené za zády (Ivanová, 2005, s. 222-223).

Pochopení verbální komunikace i neverbálních projevů je v dnešním multikulturním světě velmi důležité. Pacient, který nechápe co se děje nebo nerozumí podaným informacím, se cítí nepochopený či méněcenný. Také sestra se může cítit rozčarovane až bezmocně, když vidí, že její sdělení není pochopeno nebo pacientovi nerozumí. Komunikace je podstatou dobrého terapeutického vztahu mezi sestrou a klientem (Kutnohorská in Ivanová, 2005, s. 80).

## 4. POSTOJE A ZKUŠENOSTI ČESKÝCH SESTER

Ošetrovatelská péče o pacienty holisticky orientovaná na plnění biologických, psychologických, sociálních a spirituálních potřeb vyžaduje otevřený, tolerantní, podporující a vstřícný přístup ze strany sester jak k pacientům samotným, tak i k jejich rodině a blízkým osobám. Sestra musí také rozumět potřebám a specifikům komunity, ve které pacient a jeho rodina žije. Od konce devadesátých let se postupně v České republice mění struktura pacientů. Stále častěji se v péči zdravotníků ocitají pacienti odlišných národností, etnik a kultur, pacienti se otevřeněji hlásí k některým osobnějším identifikátorům, které by pro ně dříve byly sociálně ohrožující (např. odlišná sexuální orientace), zvyšuje se věk pacientů, rostou požadavky na péči, potřeba informovanosti, intenzita spolurozhodování (Špirudová, 2009, s. 79). Na sestry jsou tak kladeny stále větší nároky. Jak po stránce vědomostní, jazykové vybavenosti, komunikačních dovedností, tak i ve změně přístupu k pacientovi. Sestry, které studovaly již podle nových osnov a jejich chování bylo utvářeno kodexy sester, etickým kodexem zdravotnického pracovníka a právy pacientů, a setkaly se s předměty jako multikulturní ošetrovatelství, vstupují do světa současného zdravotnictví lépe vybaveny. Sestry, které studovaly před revolučním rokem 1989, mohou tyto nové trendy přijímat i uplatňovat v praxi s většími či menšími obtížemi.

Proto se tato práce snažila zjistit, jak se sestry vyrovnávají s požadavky na ně kladenými a jaké tím zaujímají postoje vůči pacientům odlišných etnik, kultur a národností, kteří tuto specifickou kulturně uzpůsobenou péči mají právo vyžadovat. Podle Špirudové se výzkumem tohoto tématu zabývá jen velmi málo studií. Na národní úrovni lze najít studie dotýkající se postojů k minoritám či problémům soužití na území ČR, které publikovala Šišková a Gabal (1999), Sak (1999) nebo Ryšavý (2003). Na mezinárodní úrovni sémantické studie zaměřené na postoje sester k národnostním a etnickým komunitám pacientů také nebyly nalezeny. Zachycené studie z oboru transkulturního ošetrovatelství se zpravidla zabývají etnickými, národnostními a kulturními specifiky pacientů a komunit ve vztahu k jejich ošetrovatelským potřebám, ve vztahu k migraci, ke zdravému životnímu stylu, k efektivitě zdravotnické edukace nebo k hledání nových modelů zdravotnické a ošetrovatelské péče o menšiny (Špirudová, 2009, s. 93-94). Proto jsou zde uváděny výstupy pouze dvou studií, které se věnují výzkumu postojů českých sester

k pacientům vybraných minorit na území ČR. Pro zajímavost srovnání mohou být použity výstupy i výše zmiňovaných (Sak 1999, Ryšavý 2003).

#### 4.1. Postoje středního zdravotnického personálu k romskému etniku

Touto problematikou se ve své studii zabývají autorky Václavíková a Cichá. Protože základním pojmem, se kterým se pracuje, je „postoj“, je nutné tento pojem i ostatní s ním související, přesně vymežit. **Postoj** je vnitřní dispozice jedince emocionálně a kognitivně reagovat na určité objekty. **Motiv** lze definovat jako příčinu chování. **Chování** je soubor psychických projevů, které mohou vnímat i ostatní lidé, jako určitou reakci na podnět. Ovlivňuje ho mnoho činitelů, jak vrozených, tak získaných, momentální psychický stav a odolnost k zátěži. **Rys** je znakem individuální povahy a **zvyk** je stereotypně se objevující rys. Postoje jsou značně ovlivněny motivy jedince, podléhají vlivu zkušeností. Vývoj postojů odráží vztahy jedince k vnějšmu světu, které si formuje sám na základě nových zkušeností a prožitků. Postoje se utvářejí ve vztazích, jsou ovlivněny sociálními normami a utváří je sociální skupina, ke které jedinec patří. V širším významu má každý lidský postoj tři složky. *Afektivní* – emotivní, citovou, *racionální* – kognitivní, rozumovou a *behaviorální* – týkající se chování. V užším významu lze lidské postoje chápat jako to, co si myslíme a co cítíme. Mezi postoji člověka a jeho chováním bývá často rozdíl. Postoje se nedají přesně zjistit nebo změřit. Společnost neustále hodnotí chování a pokud jedinec nevyhovuje normám, je sankcionován. Rozdíl mezi postoji a chováním je tím větší, čím více je jedinec vystaven hrozbě negativních sankcí. Psychologové tento rozdíl nazývají *postojově diskrepantní chování*. Zvláštním druhem postojů jsou **předsudky**. Jsou to iracionální, většinou přebírané a negativně zaměřené postoje vůči někomu nebo něčemu. Předsudek vzdoruje rozumovým argumentům (Nakonečný, 1970 in Václavíková, 2006, s. 52).

Cílem výzkumu bylo zjistit, jaké postoje zaujímá střední zdravotnický personál k romskému etniku a zda se u něho objevují xenofobní nebo přímo rasistické postoje ve vztahu k Romům. Dílčím cílem bylo také zjistit, zda se postoje liší u zdravotních sester a u studentů střední zdravotnické školy. K získání potřebných dat byla vybrána metoda dotazníku. Při jeho sestavování byla použita škála společenské vzdálenosti podle Bogarduse, která byla modifikována dle potřeb výzkumu. Z výsledků vyplynulo,

že pozitivní postoje ve vztahu k Romům mírně převažují nad negativními (47%/40%), ale je to jen velmi malý rozdíl. I výsledek, že 13% respondentů nedokázalo nebo nechtělo svůj vztah definovat, je dost významný. Z výsledků dílčího cíle vyplynulo, že více negativních postojů mají zdravotní sestry. Právě u těchto respondentů se objevovaly i velmi radikální názory jako např. „Nesnáším Romy“, „Cikán zůstane Cikánem“, „Znají pouze svoje práva, ale povinnosti ne“, „Nechci s nimi nic sdílet“ apod. Většina negativních odpovědí vznikla na základě předchozích zkušeností nebo byla reakcí na setkání s příslušníkem romského etnika ve zdravotnickém zařízení. Také více než polovina respondentů měla pocit, že jejich dosavadní multikulturní příprava na výkon jejich povolání nebyla dostatečná, současně projevila zájem o romskou tematiku, ale o absolvování přednášek a seminářů velký zájem nejevila. S lidmi odlišných etnik a kultur se bude střední zdravotnický personál setkávat stále častěji, proto je multikulturní výchova jako součást vzdělávání budoucích zdravotnických pracovníků naprosto nezbytná. Pacient očekává, že bude respektována nejen jeho kultura, ale budou mu také vytvořeny přijatelné podmínky pro uspokojování jeho specifických kulturních potřeb a proto nelze akceptovat zdravotnického pracovníka, který zaujímá silně xenofobní až rasistické postoje (Václavíková, 2006, s. 52-55).

## **4.2 Postoje českých sester k pacientům vybraných minorit na území ČR**

Tato práce autorek Špirudové, Králové a Nemčkové se zabývá postoji českých sester k pacientům muslimským, německým, romským, slovenským, ukrajinským a vietnamským a jejich eventuálními rozdíly. Český pacient zde funguje jako kategorie referenční. Celá pilotní studie měla široký záběr, ale pro téma této bakalářské práce byla vybrána jen část o postojích sester k pacientům vybraných minorit. Postoje byly zjišťovány pomocí sémantického diferenciálu (Ferjenčík, 2000). Předpoklad byl, že konotativní významy slov ukazují na postoje, které pak ovlivňují interpersonální komunikaci a terapeutický vztah mezi sestrou a pacientem. Cíle práce byly zmapovat rozdíly v konotativních významech pojmů český, muslimský, německý, romský, slovenský, ukrajinský a vietnamský pacient u zdravotních sester v ČR, zjistit, zda a v čem se konotativní významy pojmů liší u sester s přímou zkušeností a bez zkušeností s péčí o tyto pacienty a zmapovat, jak jsou v sémantickém prostoru českých sester



rozmístěny tyto vybrané skupiny pacientů. Pacientské kategorie byly zvoleny na základě početního zastoupení národnostních a kulturních menšin na území ČR a vybraných socio-kulturních a etnických identifikátorů jedince, které podstatným způsobem ovlivňují ošetrovatelskou péči.

Evropa má kořeny křesťanské a proto pacienti sousedních zemí jsou pro české ošetrovatelství specifičtí spíše jazykem než kulturou. Hodnotový systém bývá shodný. Z mimoevropských nekřesťanských a nemuslimských společenství jsou v ČR nejznámější a nejpočetnější Vietnamci. Naprosto specifické jsou pro nás kultury s islámskými kořeny. V naší republice není nijak významné zastoupení např. Turků jako v Německu nebo Afričanů ve Francii či Španělsku a proto je při ošetrování takovýchto pacientů pro českou sestru důležitější identifikační charakteristika z pohledu příslušnosti k víře než k národnosti. Pro běžnou ošetrovatelskou praxi je pojem Afghánec, Jemenec či Súdánec natolik specifický a vzdálený, že sestřám nemusí vytvářet potřebnou představu vzorců kulturně vhodné a uzpůsobené ošetrovatelské péče. Naproti tomu islám jasně stanovuje denní režim pacienta, jeho požadavky na zdravotnickou a ošetrovatelskou péči, způsob oblékání, stravování, hodnotový systém a v našich podmínkách je téměř vždy spojen i s potřebou cizojazyčné komunikace. Proto byla zvolena kategorie „muslimský pacient“. Pro zajímavost lze uvést profil průměrného respondenta tohoto výzkumu. Je jím zdravotní sestra, žena, ve věku 32,9 let, se středoškolským vzděláním a se specializací, s délkou praxe přibližně 14 let, pracující v běžném provozu nemocnice na jednom ze základních oddělení.

Výsledky prvního cíle ukázaly, že mezi konotativními významy pojmů český, muslimský, německý, romský, slovenský, ukrajinský a vietnamský pacient jsou zachyceny rozdíly u všech skupin pacientů. Nejvýraznější a nejčetnější se objevily v hodnocení romských pacientů ve srovnání s českými pacienty. U žádné další sledované pacientské skupiny nebyly zaznamenány tak výrazné a četné rozdíly. Další skupina, která je vnímána poměrně odlišně, jsou vietnamští pacienti. Výsledky druhého cíle ukázaly rozdílné hodnocení daných pojmů u sester s přímou zkušeností a sester bez zkušeností s péčí o tyto pacienty. Rozdílné byly nejvíce názory na skupiny pacientů ukrajinských, muslimských a zejména pak vietnamských. V některých aspektech sestry bez přímé zkušenosti hodnotily tyto pacienty přísněji než sestry s přímou zkušeností, což se nejvýrazněji projevilo u vietnamských pacientů. Naopak sestry bez přímé zkušenosti hodnotily na rozdíl od svých kolegů s přímou zkušeností

lépe pacienty romské. Výsledky třetího cíle ukázaly, že v umístění studovaných pojmů u zdravotních sester v dimenzích sémantického prostoru, rozdílly jsou. Vytvořily se tak tři skupiny blízkých pojmů. První skupina byla tvořena pojmy slovenský a německý pacient, druhá ukrajinský, muslimský, český a vietnamský pacient a třetí zahrnovala pouze pojem romský pacient. Nebylo však možno jednoznačně konstatovat, které proměnné jsou nejvýznamnější a ovlivňují tak rozmístění daných pojmů. Přímá zkušenost je jen jednou z možných proměnných, ale zřejmě ne nejvýznamnější.

Jak již bylo výše zmíněno, porovnat výsledky této studie s jinými, zabývajícími se stejnými otázkami nebylo možné, protože na národní ani mezinárodní úrovni nebyly žádné takové nalezeny. Proto byly porovnávány s výstupy české studie u jiné profese od J. Buriánka a P. Kuchaře z roku 2004 „*Výzkum zaměřený na vztah Policie ČR a národnostních a etnických menšin v české společnosti*“. I když byly v jejich studii zjišťovány postoje policistů k menšinám, tak struktura hodnocených menšin a metoda výzkumu byly odlišné. Jediná kategorie, která byla shodná, bylo romské etnikum. Z porovnání vyplývá, že postoje sester i policistů k této minoritní skupině jsou srovnatelné. Postoje sester i policistů jsou k Romům tolerantnější tím více, čím méně přímých zkušeností s nimi mají (Špirudová, 2009, s. 79-94).

A pokud nahlédneme do již výše zmiňovaných studií Saka či Ryšavého, které se zabývají podobnými výzkumy, docházíme k zajímavým a ne výrazně odlišným závěrům. Ryšavý zkoumal postoje vysokoškolských studentů k Romům. Často se předpokládá, že čím vyšší je vzdělání, tím vyšší je míra tolerance. Z jím zmiňovaných výzkumů vyplývá potvrzení tohoto předpokladu. Nejtolerantnější skupinou v hodnocení soužití s Romy byli vysokoškolsky vzdělání respondenti. Naopak nejvíce negativních názorů bylo v řadách respondentů se základním vzděláním. Hypotézou tohoto výzkumu bylo, že se studenti jednotlivých oborů liší v postojích a toleranci vůči Romům. Výsledek odhalil významné rozdíly v sociální distanci vůči Romům u studentů jednotlivých fakult a to teologickou a filozofickou na straně jedné a lékařskou na straně opačné. Zde byla míra tolerance nejnižší. Proto Ryšavý navrhuje další zkoumání faktu, že by se mohli v budoucnu lišit postoje učitele a lékaře k Romům (Ryšavý, 2003, s. 55-74).

Sak zkoumal postoje mládeže ve věku 15-30 let k odlišným skupinám populace. K etnickým menšinám, náboženským skupinám a jiným národům. Ty byly vybrány tak, aby reprezentovaly různé aspekty: sousedé, Slované, historická zkušenost, rasový

aspekt, ekonomická vyspělost, válčící strany. Výzkum také sledoval Čechy. Ti dopadli nejlépe, na posledním místě byli Romové. Z ostatních národů jsou nejlépe přijímáni Francouzi, jejichž kultura je nám blízká a historická zkušenost, je s výjimkou Mnichova, pozitivní. Také postoje ke Slovákům se od rozdělení Československa stále zlepšují. U Romů byl nejvíce negativně hodnocen jejich způsob života a hodnotová orientace. 90% respondentů má k Romům negativní postoj. Sak také pokládá velmi zajímavou otázku: „zda majoritní společnost má právo integrovat minoritu tím způsobem, že ji donutí převzít kulturu majority, její sociální normy a hodnoty a styl života“? Také vyjadřuje svůj názor na vyšší míru tolerance u vysokoškolsky vzdělaných jedinců. Závislost mezi vzděláním a postojem k Romům může podle něho být ovlivněna i sociálně. Sociální pole lidí s vysokoškolským vzděláním je rozdílné od sociálního pole lidí se vzděláním základním. Sociální pole vysokoškoláků dává daleko menší příležitost ke kontaktům s romskou populací a tak výsledné postoje mohou být spíše abstraktnější. Také pro vysokoškolsky vzdělané pracovníky není Rom takovým konkurentem na trhu práce jako pro vrstvu nekvalifikovaných manuálních pracovníků (Sak, 1999, s. 1-2).

Podle Průchy závisí postoje domácího obyvatelstva vůči kulturně odlišným imigrantům na tom, do jaké míry jsou ochotni se integrovat, popřípadě asimilovat v hostitelské populaci. Minoritní skupiny spíše odmítají asimilaci v dominantní populaci a to posiluje negativní postoje této populace k minoritám. Na druhou stranu imigranti vypovídají, že pociťují vyšší životní spokojenost, pokud se setkávají s pozitivním přístupem ze strany majoritní populace. Bylo by proto žádoucí zkoumat, jaké představy mají příslušníci majoritní i minoritní populace o optimálním způsobu adaptace minorit a o strategiích, které by tuto adaptaci mohly podpořit (Průcha, 2001, s. 154).

## DISKUSE A ZÁVĚR

Cílem práce bylo zjistit, s jakými problémy se sestry při poskytování ošetrovatelské péče setkávají nejčastěji, jak tyto problémy zvládají a jak překonávají případnou jazykovou a civilizační bariéru při ošetrování tří vybraných skupin (Romové, Vietnamci, muslimové). První část podává přehled nejčastějších problémů, se kterými se může sestra při poskytování ošetrovatelské péče u těchto skupin setkat. K problematice Romů a Vietnamců bylo dohledáno velké množství materiálů, jsou to nejpočetnější minority s odlišnou kulturou, také proto se problematikou jejich integrace zabývá mnoho výzkumných záměrů z pohledu různých vědních oborů (Davidová 2008, Dingová 2005, Ivanová 2005, Michálková 2009, Nesvadbová 2003, 2009, Průcha 2001, Ryšavý 2003, Sak 1999, Sedláková 2006, 2007, Špirudová 2006, 2010, Tóthová 2006, 2007, 2009).

U Romů v důsledku násilných asimilačních tlaků totalitní společnosti v letech 1948–1988 začalo docházet k mnoha změnám, které předznamenaly posun ve vnímání významu velkorodiny. Snižuje se pevnost, semknutost současné rodiny, pokračuje ztráta rodových i rodinných autorit, dochází k deformaci hodnotového systému, na kterém byl jejich způsob života po staletí postaven. Současná situace tyto změny jen prohlubuje. Nezaměstnanost, sociální nejistoty, sílící diskriminační projevy a sociální vyloučení mnoha romských komunit, to vše vede ke změnám životních hodnot. Dochází tak k odkládání dětí do kojeneckých a dětských ústavů, k prostituci a narkomanii, což jsou jevy dříve naprosto neslučitelné s romskými tradičními hodnotami. Ošetrovatelská péče je stále náročná, vyžaduje trpělivost, úctu, znalost kultury a asertivitu (Davidová, 2008, s. 170).

Vietnamci se naší majoritě přizpůsobují zdánlivě bez velkých problémů, přesto je vhodné znát zvyky jejich kultury a respektovat komunikační etiketu. Jsou zde spokojeni, zakládají si na vzdělání svých dětí, jsou pro plánované rodičovství, preferují přirozený porod a nevyhýbají se přítomnosti otce u porodu, pečují o své zdraví a se zdravotnickou péčí jsou většinou spokojeni. Nadále však zůstávají uzavřenou komunitou, která je hrdá na svoji kulturu a tradice (Tóthová, 2006, s. 435, Michálková, 2009, s. 26-27).

Zvyky a kulturou muslimů se zabývají spíše religionisté než zdravotníci, přesto se snad podařilo z dohledaných materiálů sestavit základní přehled možných

ošetřovatelských problémů při specifické komunikaci s příslušníky této nábožensky vyhraněné komunity (Ivanová 2005, Mlýnková 2010, Špirudová 2010, Velkoborská 2009). Menší množství objektivních nepolitických informací je možné vysvětlit nevelkým počtem vyznavačů islámu žijících v naší republice. Jejich zvyková a kulturní odlišnost je natolik významná, že by si tato menšina zasloužila více pozornosti.

Komunikace s Romy je problematická nikoli pro jazykovou bariéru, nýbrž pro neznalost kultury tohoto etnika. Základní rady pro úspěšnou komunikaci jsou popsány v kapitole o komunikaci (Horňáková 2008, Kutnohorská 2005, 2006, Ivanová 2005, Maryšková 2010, Mlýnková 2010). U Vietnamců hraje jazyková bariéra větší úlohu, ale zde je často možné využít rodinného příslušníka jako tlumočnicka i poradce obou stran. Ale přesto by tato dnes početně hojná menšina uvítala, kdyby zdravotnický personál ovládal několik základních pojmů ve vietnamštině. Také znalost komunikační etikety je vhodná (Mlýnková 2010, Sedláková 2007, Michálková 2009). U muslimů (pokud nejde o muslimy české národnosti, což je dnes už možné) se jazyková bariéra vyskytuje ve většině případů, využívá se opět rodinný příslušník jako tlumočnick. Znalost komunikační etikety je zde velmi důležitá. Na klinikách a ve velkých nemocnicích je tlumočnick dostupnější, často bývá z řad zaměstnanců, protože pojišťovny tuto službu nehradí. V akutních případech by měly být využívány alternativní metody dorozumívání (piktogramy, komunikační karty, možnost vyjádřit se graficky...), ale ve většině případů tomu tak není. Na malou jazykovou vybavenost personálu a z toho vyplývající komunikační bariéru si cizinci stěžují nejvíce (Tóthová 2009, Ivanová 2005, Kutnohorská 2005).

Většina výzkumů se zaměřuje na integraci cizinců do naší společnosti z jejich pohledu. Studie, jak se s péčí o pacienty odlišných etnik a kultur vyrovnává zdravotnický personál, byly dohledány pouze dvě. „*Postoje středního zdravotnického personálu k romskému etniku*“ od M. Václavíkové a M. Ciché z roku 2006 a „*Postoje českých sester k pacientům vybraných minorit na území ČR*“ od L. Špirudové, J. Králové a M. Nemčekové z roku 2010. Špirudová říká: „...na základě opakovaných rešerší můžeme konstatovat, že zjištěné postoje sester k vybraným patientským skupinám nemají dosud možnost relevantního srovnání v oboru na národní úrovni.....na mezinárodní úrovni jsme sémantické studie zaměřené na postoje sester k národnostním a etnickým komunitám pacientů také nezachytili...“. Bylo by vhodné zkoumat toto téma více, protože postoje sester k pacientům odlišných etnik a kultur

velmi ovlivňují kvalitu poskytované ošetrovatelské péče a tím i výsledky ošetrovatelského procesu. A to se může negativně promítnout do ekonomiky zdravotnického zařízení a nákladů na léčbu. Pro srovnání byly nalezeny studie o postojích mládeže, vysokoškolských studentů a policistů (Sak 1999, Ryšavý 2003, Buriánek 2004). Nelze porovnávat jednotlivé výsledky, protože struktura hodnocených menšin a metoda výzkumu byly odlišné, ale jediná kategorie, kterou bylo možné porovnávat, bylo romské etnikum a zde jsou závěry velmi podobné (Sak 1999, Ryšavý 2003, Buriánek 2004, Václavíková 2006, Špirudová 2010). Respondenti mají k tomuto etniku postoje nejméně kladné (Sak 1999, Ryšavý 2003, Buriánek 2004, Václavíková 2006, Špirudová 2010). Mírnější hodnocení vychází od vysokoškoláků, ale je sporné zda proto, že vyšší vzdělání znamená vyšší míru tolerance nebo proto, že v jejich sociálním poli se mnoho Romů nevyskytuje a také pro ně nejsou konkurencí na trhu práce (Sak 1999, Ryšavý 2003). Zajímavé výsledky byly u respondentů s přímou zkušeností s daným etnikem a bez přímé zkušenosti. Postoje policistů i sester jsou k Romům tím tolerantnější, čím méně zkušeností s nimi mají (Buriánek 2004, Václavíková 2006). U postojů k vietnamské minoritě je tomu naopak (Václavíková 2006).

Většina autorů zabývajících se problematikou integrace menšin, zvláště romské, do naší společnosti se shoduje v názoru, že snaha o řešení musí vzejít z vnitřku (Sak 1999, Nesvadbová 2003, 2009). Majoritní společnost může napomáhat vytvářením podmínek pro tyto snahy. Je také otázkou, zda současná individualistická, egoistická a agresivní euro-americká kultura nebude v budoucnosti slepou uličkou sociálního vývoje. To, co se dnes může jevit zoufale opožděné, neprogresivní a primitivní, může v budoucnu mít velkou důležitost (Sak, 1999, s. 2).

*„Nikoli pohoršovat se, nikoli divit se, ale chápat!“* Toto je motto celé práce a měl by se jím řídit i každý zdravotnický pracovník. Problémy, které vznikají při poskytování ošetrovatelské péče, spočívají kromě jazykové bariéry hlavně v neznalosti kultury pacienta. I z různých studií vyplývá, že sestry nejsou na tuto kulturní a civilizační stránku zdravotní péče dostatečně připraveny. I proto se do jejich kontaktu s pacienty mohou promítat xenofóbní až rasistické postoje (Václavíková 2006). V minulosti byla příčinou etnických konfliktů obvykle neznalost a obava z něčeho cizího, z něčeho, na co se demagogicky dala svést kupříkladu neutěšená sociální situace majority. Pro eliminaci takových konfliktů a zlepšení vztahů mezi etniky ve

specifickém a emocionálně vypjatém zdravotnickém prostředí by bylo velmi vhodné nejen rozšířit obsah předmětu multikulturální ošetrovatelství v osnovách zdravotnických škol, ale hlavně pomocí vzdělávacích kurzů a seminářů doplnit tuto mezeru ve vzdělání u všech zdravotnických pracovníků. Vzdělání, tolerance a hlavně úcta k člověku jsou základy, na kterých může vyrůstat zdravá a multikulturální společnost budoucnosti.

## Seznam použité literatury a pramenů

- ALFÖLDY, Š. *Jedinec a jeho vrůstání do multikulturní společnosti*. Praha, Psychologický ústav Univerzity Karlovy, [citace 12.2.2011, 18:30], (<http://cmps.ecn.cz/pd/2006/texty/pdf/alfoldy.pdf>.)
- BRABCOVÁ, I. Zdravotní stav imigrantů ve vybrané lokalitě České republiky. *Kontakt*. České Budějovice, 2009, roč. 11, č. 2, s. 358-367, ISSN 1212-4117
- ČSÚ – Český statistický úřad. *Cizinci v České republice 2009*. Praha: ČSÚ, 2009, s. 239, ISBN 978-80-250-1993-1
- ČSÚ – Český statistický úřad. *Cizinci v ČR*. [citace 4.2.2011, 21:10], (<http://www.czso.cz/csu/cizinci.nsf/kapitola/uvod>)
- BURIÁNEK, J., KUCHAR, P. *Výzkum zaměřený na vztah Policie ČR a národnostních a etnických menšin v české společnosti*. Praha, 2004, [citace 15.3.2011, 20:15], (<http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/dokument/2006/mensiny.pdf>)
- DAVIDOVÁ, E., ELICHOVÁ, M., DVOŘÁKOVÁ, J. Kvalita života z aspektu determinant zdraví u romského obyvatelstva. *Kontakt*. České Budějovice, 2008, roč. 10, č. 1, s. 163-171, ISSN 1212-4117
- DINGOVÁ, M., ŽIAKOVÁ, K. Špecifiká starostlivosti o rómsku populáciu. *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatel'stve*. Martin, 2005, Univerzita Komenského Bratislava, Jesseniova lekárska fakulta Martin a ďalší, s. neuvedeno, ISBN 80-88866-32-4
- DOBIÁŠOVÁ, K. *Migrace a zdraví*. Projekt disertační práce, Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Praha, 2009, [citace 13.1.2011, 20:15], ([http://fsv.cuni.cz/ISS-138-version1-090930\\_Dobiasova\\_projekt.doc](http://fsv.cuni.cz/ISS-138-version1-090930_Dobiasova_projekt.doc).)
- DRBOHLAV, D. *Mezinárodní migrace obyvatelstva-pohyb i pobyt (Alenky v kraji divů)*, 2001, [citace 8.3.2011, 15:20], ([http://aa.ecn.cz/img\\_upload/9e9f2072be82f3d69e3265f41fe9f28e/Pohyb\\_a\\_pobyt.pdf](http://aa.ecn.cz/img_upload/9e9f2072be82f3d69e3265f41fe9f28e/Pohyb_a_pobyt.pdf).)
- HNILICOVÁ, H., DOBIÁŠOVÁ, K. *Zdraví a zdravotní péče pro migranty v ČR State of Art*, Praha, 2009, Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Ústav veřejného zdravotnictví a medicínského práva, [citace 13.1.2011, 20:20], ([http://mighealth.net/cz/images/3/36/State.of.Art.aktual.2009pro\\_wiki.doc](http://mighealth.net/cz/images/3/36/State.of.Art.aktual.2009pro_wiki.doc).)



- HOLUBOVÁ, A., *Minority – stáří a smrt. Sestra*. Praha: Mladá fronta, a.s., 2008, roč. 18, č. 11, s. 32-33, ISSN 1210-0404
- HORŇÁKOVÁ, A., *Multikulturní komunikace při ošetřování klienta jiné kultury. Sestra*. Praha: Mladá fronta a.s., 2008, roč. 18, č. 9, s. 23-24, ISSN 1210-0404
- IVANOVÁ, K., ŠPIRUDOVÁ, L., KUTNOHORSKÁ, J. *Multikulturní ošetrovatelství I*, 1. vyd., Praha: Grada Publishing a.s., 2005. s. 248, ISBN 80-247-1212-1
- KALIBOVÁ, K., PAVLÍK, Z., VODÁKOVÁ, A. *Demografie (nejen) pro demografy*. 3. vyd. - přepracované, Praha: SOCIOLOGICKÉ NAKLADATELSTVÍ (SLON), 2009, s. 241, ISBN 978-80-7419-012-4
- KALUŽÍKOVÁ, V. *Cizinec v našem lůžkovém zařízení. Teorie kulturně rozdílné a shodné péče*. Brno, Masarykova Univerzita, bakalářská práce obhájena 2007, s. 63
- KEENE, M. *Světová náboženství*. 1. vyd., Praha:Euromedia Group, k.s.- Knižní klub, 2003, překlad Dušan Zbavitel, s. 192, ISBN 80-242-0983-7
- KOŘÍNKOVÁ, J. *Cizinec v našem lůžkovém zařízení – teorie kulturně rozdílné a shodné péče*. Brno, Masarykova Univerzita, bakalářská práce obhájena 2007, s. 89
- KUČERA, K. *Vietnam. Novodobé válečné konflikty II*. Regionální muzeum ve Vysokém Mýtě, přednáška, 24.2.2011, 18:00
- KUTNOHORSKÁ, J., *Multikulturní/transkulturní komunikace. Interní medicína*. Praha: Ambit Media, a.s., 2006, č. 2, s. 96-98, ISSN 0042-773X
- MARYŠKOVÁ, A. *Specifika poskytování zdravotní péče romskému pacientu. Sestra*. Praha: Mladá fronta, a.s., 2010, roč. 20, č. 2, s. 26-27, ISSN 1210-0404
- MICHÁLKOVÁ, H., ŠEDOVÁ, L., TÓTHOVÁ, V., *Specifika ošetrovatelské péče u vietnamské minority. Sestra*. Praha: Mladá fronta, a.s., 2009, roč. 19, č. 12, s. 26-27, ISSN 1210-0404
- MIKULÁŠKOVÁ, B. *Průběh přizpůsobení a sociální vztahy studentů MU po návratu z výměnných programů Erasmus*, Brno, Masarykova Univerzita, bakalářská práce obhájena 2010, s. 51
- MIKULÁŠTÍK, M. *Komunikační dovednosti v praxi*. Praha: Grada Publishing a.s., 2003, s. 361, ISBN 80-247-0650-4
- MLÝNKOVÁ, J. *Multikulturní ošetrovatelství. Novinky v ošetrovatelské péči*. 1.vyd., Praha: A.R.Garamond, 2010, s. 52-70, [citace 20.2.2011, 18:50], ([http://www.ftn.cz/vzdelavani/files/Skripta\\_kurzNovinky.pdf#page=4](http://www.ftn.cz/vzdelavani/files/Skripta_kurzNovinky.pdf#page=4))
- NESVADBOVÁ, L., *Determinanty zdraví romské populace v České republice*.

- Analýza sociálně ekonomické situace romské populace v České republice s návrhy na opatření.* Praha, 2003, s. 200-223, [citace 12.3.2011, 10:15],  
([http://www.socioklub.cz/docs/vyzkum\\_situace\\_romske\\_populace.pdf#page=200](http://www.socioklub.cz/docs/vyzkum_situace_romske_populace.pdf#page=200))
- NESVADBOVÁ, L., DAVIDOVÁ, E. Ke zdravotnímu stavu etnických minorit v ČR. *Zdravotnictví v České republice.* Praha: Newton Media, a.s., 2009, roč. 12, č. 1, s. 36-38, ISSN 1213- 6050
- PAVELOVÁ, L., NÁDASKÁ, I., LIŠKOVÁ, M., Výživa a multikulturní ošetřovatelství. *Sestra.* Praha: Mladá fronta a.s., 2005, roč. 15, č. 3, s. 28-30, ISSN 1210-0404
- POJIŠŤOVNA VZP, a.s., *Manuál Pojišťovny VZP, a.s. – Zdravotní pojištění cizinců,* Praha: Pojišťovna VZP, a.s., 2011, s. 6
- PRŮCHA, J. *Multikulturní výchova, Teorie - praxe – výzkum.* Praha: ISV nakladatelství, 2001, 1. vyd., s. 211, ISBN 80-85866-72-2
- RYŠAVÝ, D. Sociální distance vůči Romům. Případ vysokoškolských studentů. *Sociologický časopis.* 39, Praha: Sociologický ústav AV ČR, v.v.i, 2003, č. 1, s. 55-78, ISSN 0038-0288
- SAADOUNI, Š., Multikulturní péče je především o úctě k člověku. *Zdravotnické noviny.* Praha: Mladá fronta a.s., 2008, roč. 57, č. 21, s. 16-18, ISSN 1214-7664
- SAK, P. *Struktura a dynamika utváření postojů mládeže k odlišným skupinám populace.* mezinárodní seminář "Etnická a rasová diskriminace očima současné mládeže" pořádaný EAICY (Evropská asociace volného času dětí a mládeže) za podpory Rady Evropy, Praha, 23.-25.4.1999, [citace 21.3.2011, 16:30],  
(<http://www.insoma.cz/index.php?id=paper>)
- SEDLÁKOVÁ, G. Rodinné ošetrovatel'stvo, rodinná sestra a vietnamská komunita. *Florence.* Praha: Ambit Media, a.s., 2006, č. 2, s. 50-51, ISSN 1801-464X
- SEDLÁKOVÁ, G., SOUKUPOVÁ, J., Transkulturní ošetrovatelské hodnocení podle modelu Gigerové a Davidhizarové. *Kontakt.* České Budějovice, 2007, roč. 9, č. 2, s. 230-239, ISSN 1212-4117
- SOUKUP, V. *Přehled antropologických teorií kultury.* Praha: Portál, 2000, 1.vyd., s. 232, ISBN 80-7178-328-5
- STANISLAVOVÁ, A. *Problematika uspokojování náboženských potřeb v nemocnicích,* Brno, Masarykova Univerzita, bakalářská práce obhájena 2008, s. 127

- ŠPIRUDOVÁ, L. a kol., *Multikulturní ošetřovatelství II*. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. 1. vyd., s. 248, ISBN 80-247-1213-X
- ŠPIRUDOVÁ, L., KRÁLOVÁ, J., NEMČEKOVÁ, M., Postoje českých sester k pacientům vybraných minorit na území ČR. *Sociologica – Andragogica 2009*, 1. vyd., Olomouc, Univerzita Palackého v Olomouci, 2010, editor: Dan Ryšavý, s. 79-95, ISSN 1803-0246, ISBN 978-80-244-2483-5
- ŠTECOVÁ, M. *Etika při ošetřování tzv. "obtížných klientů"*, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, bakalářská práce obhájena 2010, s. 108
- TRŽILOVÁ, A. *Cizinec v našem zařízení – teorie shodné a rozdílné péče*, Brno, Masarykova Univerzita, bakalářská práce obhájena 2008, s. 113
- TÓTHOVÁ, V. K problematice poskytování kulturně diferencované ošetřovatelské péče ve vietnamské a čínské minoritě. *Nové trendy v ošetřovatelství V*, Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí, V. Jihočeské ošetřovatelské dny, České Budějovice, 2006, s. 432-439
- TÓTHOVÁ, V. a kol., Aspekty životního stylu vietnamské a čínské minority. *Kontakt*. České Budějovice. 2007, roč. 9, č. 2, s. 221-230, ISSN 1212-4117
- TÓTHOVÁ, V. a kol., K problematice zajištění kulturně diferencované ošetřovatelské péče ve vybraných minoritách v České republice. *Kontakt*. České Budějovice, 2009, roč. 11, č. 2, s. 282-291, ISSN 1212-4117
- UHEREK, Z., KORECKÁ, Z., POJAROVÁ, T. a kol., *Cizinecké komunity z antropologické perspektivy: vybrané případy významných imigračních skupin v České republice*. Praha: Etnologický ústav AV ČR, v.v.i., 2008, s. 263, ISBN 978-80-87112-12-0
- VÁCLAVÍKOVÁ, M., CICHÁ, M., Postoje středního zdravotnického personálu k romskému etniku. *Florence*. Praha: Ambit Media, a.s., 2006, č. 9, s. 52-55, ISSN 1801-464X
- VELKOBORSKÁ, J., SMUTNÁ, J., Základy ošetřování pacientů islámské komunity. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, a.s., 2009, roč. 19, č. 3, s. 22-23, ISSN 1210-0404
- ZÁBOJNÍKOVÁ, K. *Cizinec na našem lůžkovém oddělení*, Brno, Masarykova Univerzita, bakalářská práce obhájena 2008, s. 63